

The impact of hysterectomy for benign pathology on female sexual function – a narrative review

O impacto da histerectomia por patologia benigna na função sexual feminina – uma revisão narrativa

Maria Inês Sousa¹, Rosa Macedo², Paula Norinho²

Departamento da Mulher e Medicina Reprodutiva, Centro Materno Infantil do Norte, Unidade Local de Saúde de Santo António

Abstract

Hysterectomy is one of the most commonly performed gynecological surgical procedures and its impact on female sexuality remains topic of debate. This review assessed the impact of hysterectomy on female sexual function, considering the surgical approach, whether a total or subtotal hysterectomy was performed, salpingo-oophorectomy and vaginal vault suspension. A literature review was conducted using Medline/PubMed and ScienceDirect, applying the terms: “hysterectomy” AND (“sexual dysfunction” OR “sexual function”). The selection of the articles was based on the title and abstract, according to the established inclusion criteria. The results of the studies presented in this review are heterogeneous. Overall, it can be concluded that the outcomes are similar in women who underwent total or subtotal hysterectomy, better in women who underwent prophylactic vaginal vault suspension, similar or slightly better in those who underwent total laparoscopic hysterectomy compared to the transabdominal approach and worse in women who underwent salpingo-oophorectomy, particularly in those of reproductive age. The potential impact of gynecological surgery on sexual function should be addressed prior to the surgical procedure, providing appropriate counselling. A multidisciplinary approach often allows for the optimization of outcomes.

Keywords: Hysterectomy, Sex disorders, Sexuality.

Resumo

A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos mais frequentemente realizados e o seu impacto na sexualidade da mulher permanece tema de debate. Esta revisão avaliou o impacto da histerectomia na função sexual feminina, de acordo com a via, realização de histerectomia total/subtotal, salpingo-ooforectomia e suspensão da cúpula vaginal. Foi realizada uma revisão da literatura utilizando a *Medline/PubMed* e a *ScienceDirect*, aplicando os termos: “*hysterectomy*” AND (“*sexual dysfunction*” OR “*sexual function*”). A seleção dos artigos foi feita com base no título e resumo, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Os resultados dos estudos apresentados nesta revisão são heterogêneos. Globalmente, pode concluir-se que os resultados são semelhantes em mulheres que realizaram histerectomia total ou subtotal, melhores em mulheres que realizaram suspensão profilática da cúpula vaginal, semelhantes ou ligeiramente melhores nas submetidas a histerectomia total laparoscópica comparativamente com a via transabdominal e piores em mulheres que efetuaram salpingo-ooforectomia sobretudo em idade reprodutiva. O potencial impacto da cirurgia ginecológica na função sexual deve ser abordado previamente à realização do procedimento cirúrgico, proporcionando um aconselhamento adequado. Uma abordagem multidisciplinar permite, muitas vezes, uma otimização dos resultados.

Palavras-chave: Histerectomia, Perturbações sexuais, Sexualidade.

INTRODUÇÃO

A hysterectomia é um dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos mais frequentemente realizados. Esta cirurgia constitui muitas vezes uma opção terapêutica na abordagem a patologias benignas em mulheres refratárias, não elegíveis ou que recusam tratamento conservador¹.

Apesar de historicamente o útero ser considerado um órgão sexual importante associado a bem-estar psicológico², não existem muitos estudos sobre o papel da hysterectomia na função sexual (FS) feminina e os que existem apresentam resultados heterogêneos. As razões para as diferenças encontradas residem no facto de se compararem populações diferentes e com indicações cirúrgicas diferentes, utilizando ferramentas distintas e por vezes inadequadas para avaliar a FS³.

Ausência de disfunção sexual não é sinónimo de bem-estar sexual⁴, visto que a sexualidade é um tema complexo, influenciado por fatores culturais, religiosos, emocionais e físicos. Embora o paradigma esteja a mudar, esta temática raramente é abordada de forma espontânea pelas mulheres em consultas médicas. Num estudo transversal realizado nos Estados Unidos, apenas 54,8% das mulheres se recordam de ter discutido na avaliação médica pré-operatória o potencial impacto da hysterectomia na sua sexualidade, o que sugere uma importante limitação na comunicação sobre este tema⁵. Ademais, sabe-se que um aconselhamento inadequado se pode associar a piores resultados⁶.

A presente revisão pretende avaliar de que modo a hysterectomia no contexto de patologias benignas afeta a FS feminina. Em associação, e porque o impacto deste procedimento é difícil de determinar isoladamente, pretende avaliar-se ainda o papel da preservação cervical, salpingo-ooforectomia, métodos de encerramento da cúpula vaginal e/ou realização de suspensão profilática da mesma, comprimento vaginal e *status* pós-menopausa.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura utilizando a *Medline/PubMed* e a *ScienceDirect*, que incluiu artigos publicados entre 2013 e junho de 2023, escritos em inglês. Foram utilizados os seguintes termos: “*hysterectomy*” AND (“*sexual dysfunction*” OR “*sexual function*”), tendo-se identificado um total de 126 e 178 artigos, respetivamente. Nesta revisão, foram incluídos ensaios clínicos e estudos de coorte prospetivos ou retrospectivos que estudam a FS feminina através da aplicação de escalas de avaliação da FS, em mulheres submetidas a hysterectomia por patologia benigna. Foram excluídos artigos de revisão, pesquisas qualitativas, comentários, estudos que incluíssem outros procedimentos cirúrgicos ou nos quais a indicação para hysterectomia fosse oncológica, estudos que avaliassem a dor à penetração como o único desfecho ou que analisassem a FS após intervenções psicológicas. A seleção dos artigos foi feita com base no título e resumo, de acordo com os critérios estabelecidos. A análise foi realizada por um dos autores, sendo a decisão sobre a integração dos artigos discutida com um segundo autor sempre que não fosse claro o cumprimento dos critérios de inclusão. A Figura 1 representa o fluxograma da seleção dos artigos.

RESULTADOS

De um total de 304 artigos científicos identificados, 24 apresentavam resumos que se enquadravam na temática pré-definida e foram considerados elegíveis para inclusão nesta revisão. Destes, 10 foram excluídos: 4 por incluírem procedimentos cirúrgicos além da hysterectomia⁷⁻¹⁰, 2 por avaliarem o impacto do aconselhamento/intervenções psicológicas na FS e qualidade de vida de mulheres hysterectomizadas^{11,12}, 3 por analisarem resultados não relacionados com FS¹³⁻¹⁵ e 1 por incluir apenas um resultado sexual (dispareunia)¹⁶. A seleção final abrangeu 14 artigos e informações sobre estes artigos encontram-se sistematizadas na Quadro I. Foram incluídos 2 estudos aleatorizados^{17,18}, 9 estudos de coorte prospetivos¹⁹⁻²⁷ e 3 retrospectivos²⁸⁻³⁰. O tamanho das amostras variou entre 50¹⁷ e 2412²⁴ mulheres.

A avaliação da FS feminina, tanto na prática clínica como em estudos realiza-se sobretudo através da

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto EPE, Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso, Porto, Portugal.

2. Departamento da Mulher e Medicina Reprodutiva, Centro Materno-Infantil do Norte, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal.

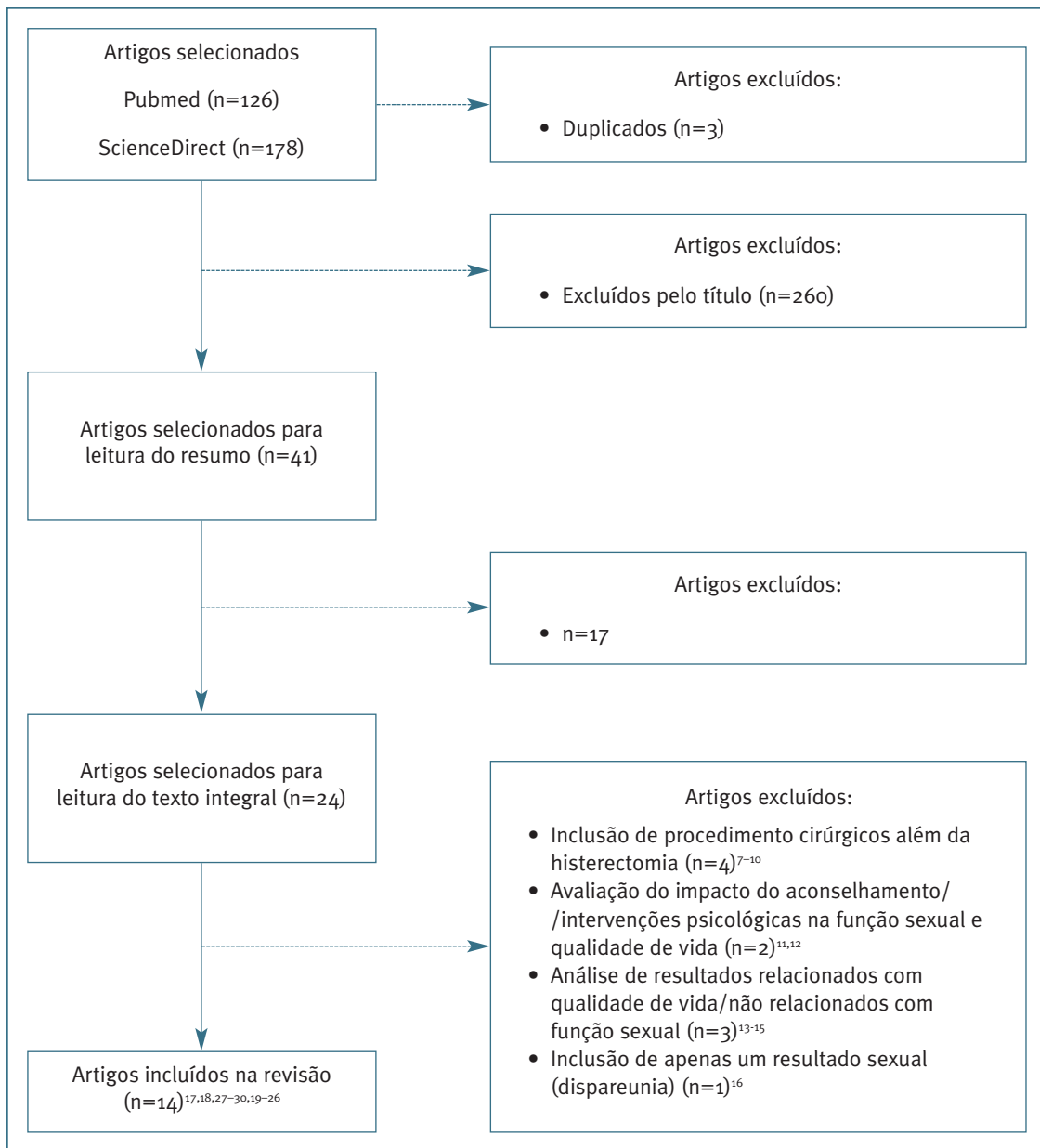


FIGURA 1. Fluxograma do protocolo utilizado na seleção de estudos.

aplicação de questionários/escalas, que apresentam um alto grau de confiabilidade e validade, com resultados sensíveis às intervenções terapêuticas³¹. Nos estudos incluídos nesta revisão, foram utilizados diferentes questionários: *Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)*^{28,32}, *Female Sexual Function Index (FSFI)*^{17-20,22,26,29,33}, *Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12 Short Form (PISQ-*

-12)^{21,24,34}, *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction Scale (GRISS)*^{23,25,35} e um questionário-piloto³⁰. Um dos questionários mais utilizados é o FSFI, incluído na maioria dos estudos desta revisão. Este índice avalia todas as fases do ciclo sexual feminino, incluindo 19 parâmetros relativos a 6 aspetos do funcionamento sexual da mulher: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.³³

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLuíDOS NA REVISÃO.

1.º autor (ano)	Desenho do estudo	Contexto	Objetivos do estudo	N.º de mulheres	Indicações para cirurgia	Preditor	Via de abordagem	Hist. total/subtotal	Pré/pós-menopausa	SPO	Avaliação da FS	Momento de av.
Goltas (2015)	Coorte prospectivo	Multicêntrico	Determinar se a HT com SPO em mulheres com idade entre 40-60 anos tem impacto na FS e nível de depressão	150	causas benignas	HTT e HTL	TA	HT	Ambos	com SPO	FSFI e BDS	3 meses antes e 3 meses após a cirurgia
Pauwels (2015)	Coorte retrospectivo	Unicêntrico	Identificar os fatores que influenciam a decisão quanto ao tipo de histerectomia (total vs subtotal) e o seu impacto na FS	115	causas benignas	HTL/subtotal	Laparoscópica	Ambos	Ambos	com e sem SPO	Questionário – piloto	follow-up médio de 15,2 meses
Uçar (2016)	Estudo prospectivo randomizado	Multicêntrico	Avaliar a FS antes e após HV com culdoplastia de McCall e comparar os efeitos do encerramento horizontal e vertical da CV na FS	78 (37 EV + 41 EH)	prolapso uterino de grau ≥ 2	Histerectomia vaginal	Vaginal	HT	Ambos	NA	PISQ-12	pré-operatório e 6 meses após cirurgia
Bastu (2016)	Estudo prospectivo randomizado	Unicêntrico	Comparar os efeitos do encerramento da CV por via laparoscópica vs vaginal durante a HTL na FS feminina	70 (34 vaginal + 36 lap)	causas benignas	HTL	Laparoscópica	HT	pré-menopausa	NA	FSFI	pré-operatório e 3 meses após cirurgia (continua)

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUIDOS NA REVISÃO. (CONTINUAÇÃO)

I.º autor (ano)	Desenho do estudo	Contexto	Objetivos do estudo	N.º de mulheres	Indicações para cirurgia	Preditor	Via de abordagem	Hist. total/subtotal	Pré/pós-menopausa	SPO	Avaliação da FS	Momento de av.
Till (2017)	Estudo prospetivo randomizado	Unicêntrico	Avaliar a viabilidade da culdoplastia de McCall na HTL e as diferenças no comprimento vaginal na manobra de Valsalva e FS aos 12 meses comparando com o encerramento <i>standard</i> da CV	50 (25 plastia de McCall + 25 <i>abord. standard</i> da CV)	causas benignas	HTL	Laparoscópica	HT	NA	Com salp.	FSFI	pré-operatório, 6 e 12 meses após cirurgia
Bonde (2018)	Coorte prospetivo	Multicêntrico (Nacional)	Investigar se a suspensão profilática da CV durante a HT se associa a dor pélvica e disfunção sexual	2412 (2143 suspensão + 269 sem suspensão)	causas benignas	Histerectomia	TA, laparoscópica e vaginal	HT	NA	NA	PISQ-12	em média 25,8 meses após cirurgia
Dundar (2019)	Coorte prospetivo	Unicêntrico	Investigar o efeito da técnica de encerramento da CV na HTL no comprimento vaginal e FS feminina	100 (75 lap + 25 vaginal)	causas benignas	HTL	Laparoscópica	HT	NA	NA	GRISS	pré-operatório e 6 meses após cirurgia
Wang (2020)	Coorte retrospectivo	Unicêntrico	Avaliar as diferenças na FS após HTL ou HTT	245 (119 HTL + 126 HTT)	causas benignas	HTT e HTL	TA e laparoscópica	HT	NA	NA	BISFW	> 6 meses após cirurgia

(continua)

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLuíDOS NA REVISÃO. (CONTINUAÇÃO)

1.º autor (ano)	Desenho do estudo	Contexto	Objetivos do estudo	N.º de mulheres	Indicações para cirurgia	Preditor	Via de abordagem	Hist. total/subtotal	Pré/pós-menopausa	SPO	Avaliação da FS	Momento de av.
Beyan (2020)	Coorte retrospectivo	Unicêntrico	Investigar o efeito da técnica (HTL vs HTT) na FS e <i>outcomes</i> a curto e longo-prazo	455 (329 HTL + 126 HTT)	causas benignas	HTT e HTL	TA e laparoscópica	HT	pré-menopausa	Com salp.	FSFI e EQ-5D	NA
Dedden (2020)	Coorte prospectivo	Multicêntrico	Determinar o efeito da histerectomia na FS feminina aos 3 e 12 meses	260	causas benignas	Histerectomia	NA	Ambos	Ambos	com e sem SPO	FSFI versão reduzida	pré-operatório, 3 e 12 meses após
Uccella (2020)	Ensaio clínico randomizado	Multicêntrico	Avaliar se existe diferença na FS feminina entre o encerramento vaginal ou lap. da CV após uma HTL	182	causas benignas	HTL	Laparoscópica	HT	Ambos	com e sem SPO	FSFI	pré-operatório e 4 a 6 meses após cirurgia
Körpe (2022)	Coorte prospectivo	Unicêntrico	Avaliar e comparar a qualidade de vida e FS pré e pós-operatórias em mulheres submetidas a HTT e HTL	121 (65 HTT e 56 HTL)	causas benignas	HTT e HTL	TA e laparoscópica	HT	Ambos	com e sem SPO	GRISS e WHOQOL-BREF	pré-operatório e 6 meses após cirurgia
Kiremiñi (2022)	Coorte prospectivo	Unicêntrico	Comparar os <i>comprimentos</i> vaginais pré e pós-operatórios, taxa de encurtamento vaginal e função sexual pós-operatória	136 (55 HTT, 33 HV e 48 HTL)	causas benignas	comprimento vaginal e taxa de encurtamento vaginal nas HTT, HV e HTL	TA, laparoscópica e vaginal	HT	Ambos	com e sem SPO	FSFI	pré-operatório e 6 meses a 2 anos após cirurgia

(continua)

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLuíDOS NA REVISÃO. (CONTINUAÇÃO)

I.º autor (ano)	Desenho do estudo	Contexto	Objetivos do estudo	N.º de mulheres	Indicações para cirurgia	Preditor	Via de abordagem	Hist. total/subtotal	Pré/pós-menopausa	SPO	Avaliação da FS	Momento de av.
Till (2023)	Coorte prospectivo	Unicêntrico	Avaliar a relação entre fatores psicossociais e a atividade sexual e FS aos 6 meses em mulheres com dor pélvica	193	causas benignas	Histerectomia	NA	NA	Ambos	NA	FSFI	pré-operatório e 6 meses após cirurgia

Legenda: CV – Cúpula vaginal; EH – Encerramento horizontal; EV – Encerramento vertical; FS – função sexual; HT – Histerectomia total; HTL – Histerectomia total laparoscópica; HTT – Histerectomia transabdominal total; HV – Histerectomia vaginal; Lap – Laparoscópica; NA – Não avaliado; Salp – Salpingectomia; SPO – Salpingo-ooforectomia; TA – transabdominal | Escalas: BDS – Beck Depression Scale; BISEF-W – Brief Index of Sexual Functioning for Women; EQ-5D – European Quality of Life Five-Dimension Scale; FSFI – Female Sexual Function Index; GRISS – Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction scale; PISQ-12 – Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12 Short Form; WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire.

No que concerne aos resultados dos estudos considerados, Dedden *et al.*¹⁹ avaliaram o efeito da histerectomia na FS feminina, independentemente da via da abordagem, realização de salpingo-ooforectomia e *status* pós-menopausa. Aos 12 meses após a cirurgia, os autores reportaram um aumento do *score* FSFI, tendo a percentagem de mulheres com disfunção sexual passado de 33,1 para 16,9%. Mulheres sem disfunção sexual previamente à histerectomia apresentaram um *score* FSFI significativamente superior às mulheres com esta disfunção.

No estudo de Wang *et al.*²⁸, que comparou a FS entre mulheres que realizaram histerectomia total laparoscópica (HTL) e histerectomia total transabdominal (HTT), não se verificou uma diferença significativa entre os grupos nos índices de FS pós-operatória, tendo-se constatado efeitos negativos comparáveis em ambas as vias de abordagem.

Beyan e colaboradores²⁹ reportaram uma melhoria pós-operatória do *score* FSFI em mulheres submetidas a HTL e HTT, sendo esta melhoria estatisticamente significativa apenas no grupo da HTL. Os *scores* médios de desejo e excitação também foram estatisticamente superiores no pós-operatório no grupo da HTL. Apesar do *score* de orgasmo ter sido significativamente superior no grupo HTL relativamente ao grupo HTT, este aumento não foi significativo comparativamente aos valores pré-operatórios.

No estudo de Körpe *et al.*²⁵, que utilizou o questionário GRISS, as diferenças individuais e o número de mulheres com disfunção sexual antes e após HTL ou HTT não foram estatisticamente significativos em nenhum dos grupos.

No trabalho de Goktas *et al.*²⁶, que avaliou mulheres submetidas a HTL ou HTT com salpingo-ooforectomia, verificou-se uma deterioração significativa do *score* FSFI ao terceiro mês pós-operatório, embora para a faixa etária 50-60 anos viver com a família alargada tenha sido identificado como um fator confundidor para o afetação da FS.

Uccella *et al.*¹⁸, num estudo comparativo entre mulheres submetidas a HTL com encerramento vaginal e laparoscópico da cúpula vaginal não encontraram diferenças entre grupos nos *scores* FSFI pré e pós-operatórios. Contudo, mulheres com um FSFI pré-operatório baixo tinham uma probabilidade significativamente

superior de apresentar uma disfunção sexual pós-operatória e mulheres com hematomas da cúpula vaginal tiveram um FSFI pós-operatório significativamente inferior. Demonstraram ainda que mulheres com salpingo-ooforectomia pré-menopausa tiveram um FSFI pós-operatório significativamente inferior.

Na sua avaliação sobre o impacto da HTL ou histerectomia laparoscópica subtotal, Pouwels e colaboradores³⁰ constataram que cerca de um terço ou mais das mulheres (32,8% no grupo da histerectomia total e 39,62% no grupo da histerectomia subtotal) reportaram que este procedimento não teve impacto na sua FS.

Quando compararam mulheres submetidas a HTL com encerramento vaginal e laparoscópico da cúpula vaginal, Bastu *et al.*²² constataram que o *score* FSFI pré-operatório foi significativamente superior em comparação com os 3 meses de pós-operatório em ambos os grupos. O *score* FSFI total encontrava-se ainda correlacionado com o comprimento vaginal, embora esta correlação não tenha sido significativa.

Dundar e colaboradores²³ reportaram *scores* GRISS idênticos na avaliação pré-operatória nos grupos de encerramento laparoscópico e vaginal da cúpula vaginal, estando a alteração do comprimento vaginal positivamente correlacionada com a alteração no *score* GRISS em ambos os grupos. O risco de disfunção sexual feminina aumentou 69,88 vezes por cada centímetro de encurtamento vaginal.

Kiremitli *et al.*²⁷ concluíram que a avaliação da taxa de encurtamento vaginal ao invés do comprimento vaginal pós-operatório, permitia prever a FS de forma mais precisa e individualizada. A HTL associou-se a melhor preservação da FS por provocar uma menor perda de tecido vaginal, quando comparada com a HTT e a histerectomia vaginal (HV).

Numa avaliação sobre a realização de culdoplastia de McCall relativamente ao encerramento *standard* na cúpula vaginal nas HTL, Till *et al.*¹⁷ reportaram a ausência de diferenças significativas no que respeita à FS e dor à penetração, entre grupos com características pré-operatórias e cirúrgicas semelhantes.

Comparando os encerramentos horizontal e vertical da cúpula vaginal em mulheres com HV e culdoplastia de McCall, Uçar *et al.*²¹ descreveram melhorias significativas na FS nos dois grupos após cirurgia, sem diferenças entre eles.

Por fim, Bonde *et al.*²⁴ reportaram um grau significativamente menor de disfunção sexual em mulheres com suspensão profilática da cúpula vaginal após HTL, HTT ou HV.

DISCUSSÃO

Nesta revisão, foram incluídos estudos heterogêneos no que concerne aos critérios avaliados, nomeadamente indicação cirúrgica, via de abordagem, preservação do colo do útero, encerramento e suspensão da cúpula vaginal, salpingo-ooforectomia, comprimento vaginal, *status* pós-menopausa, ferramentas de avaliação da FS e duração do *follow-up*. Esta variabilidade dificulta a obtenção de resultados replicáveis e interpretação dos mesmos.

A histerectomia altera as relações anatómicas, inervação, suprimento sanguíneo do pavimento pélvico e comprimento vaginal, o que em teoria pode agravar a FS^{36,37}. Por outro lado, o alívio dos sintomas, associado a maior controlo e perceção corporais, podem-se associar a uma melhoria da disfunção^{37,38}. Numa revisão sistemática com meta-análise, Kazemi e colaboradores³⁹ concluíram que a histerectomia por motivos benignos não altera a FS de forma significativa. Ainda assim, a interpretação de estudos como o de Dedden *et al.*¹⁹, que demonstrou uma melhoria global da FS mesmo na ausência de disfunção pré-operatória, deve ser cautelosa, visto que a população incluída é heterogênea e não são avaliados os fatores que podem influenciar estes resultados favoráveis, dificultando a sua generalização. Alguns desses fatores são analisados de seguida.

Ooforectomia

Os ovários são uma fonte importante de hormonas esteroides, sobretudo em idade reprodutiva. A ooforectomia bilateral pré-menopausa associa-se, muitas vezes, a diminuição da libido e prazer sexual e a deficiência de estrogénios provoca secura vaginal. Todavia, a histerectomia simples *per se* pode afetar a função ovárica por lesão ou compromisso da sua vascularização². Dos estudos que avaliaram o impacto da salpingo-ooforectomia, ambos demonstraram que a realização deste procedimento se associou a uma FS pós-operatória inferior, sendo que num deles apenas foram avaliadas

mulheres pré-menopausa¹⁸ e no outro a avaliação foi realizada independentemente do *status* hormonal²⁶, o que constitui uma limitação importante. Numa revisão sistemática⁴⁰, a histerectomia sem salpingo-ooforectomia associou-se a melhoria mais acentuada do orgasmo e da lubrificação do que a histerectomia com salpingo-ooforectomia. Estes resultados parecem favorecer a preservação ovárica sobretudo em idade reprodutiva, devendo-se realizar ooforectomia apenas se clinicamente indicado.

Via de abordagem

Diferentes técnicas cirúrgicas comprometem a inervação e as estruturas de suporte do pavimento pélvico em graus variáveis³⁷. Abordagens minimamente invasivas associam-se a menor distorção da imagem corporal, menos aderências e menor encurtamento vaginal.

Dos três estudos que avaliaram a via de abordagem (laparoscópica e laparotómica), os resultados foram discordantes, tendo um deles reportado efeitos negativos na FS em ambas os casos²⁸, outro não revelando diferenças pré e pós-operatórias na FS em nenhum dos grupos²⁵ e o terceiro tendo demonstrado uma melhoria pós-operatória significativa somente no grupo da HTL²⁹. Apenas um dos estudos incluiu mulheres pré-menopausa não submetidas a ooforectomia²⁹, o que aumenta a sua validade e reprodutibilidade. Embora pareça existir uma discreta vantagem da HTL, as conclusões não são claras quanto à importância da via de abordagem na FS.

Histerectomia total/subtotal

Graças aos rastreios organizados de cancro do colo do útero e a novas técnicas cirúrgicas, a preservação cervical voltou a ser considerada como uma alternativa pela preocupação com a FS, urinária e gastrointestinal.

No estudo que comparou a importância da preservação cervical³⁰, não parece existir diferença entre os grupos na FS pós-operatória. Constituem limitações deste estudo a utilização de um questionário-piloto não validado e a inexistência de informação pré-operatória relativa à FS. Ainda assim, uma revisão sistemática da Cochrane reiterou estes resultados, não demonstrando diferenças significativas na FS entre a histerectomia total ou subtotal⁴¹, embora algumas mulheres optem por manter o colo do útero por temerem o impacto da sua

remoção na FS. Noutra revisão sistemática com meta-análise⁴⁰, nenhum dos tipos de histerectomia (total/subtotal) se associou a uma mudança significativa na FS, independentemente da via de abordagem, apesar de existir uma tendência para as mulheres reportarem disfunção sexual remanescente nos casos de disfunção sexual pré-operatória⁴⁰.

Encerramento/suspensão da cúpula e comprimento vaginal

Para além da técnica de encerramento da cúpula vaginal, também o comprimento vaginal final deve ser avaliado, sendo a suspensão profilática da cúpula um dos métodos que contribui para a sua otimização⁴². Apesar do comprimento vaginal não ser habitualmente um determinante da FS, pode ser considerado um indicador em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica³⁶, podendo existir um limiar a partir do qual o comprimento passa impactar a FS.

De acordo com os estudos incluídos, relativamente ao encerramento vaginal ou laparoscópico da cúpula vaginal na HTL, não parece existir superioridade de nenhuma técnica sobre a outra^{22,24}. Um deles concluiu, contudo, que o aumento do comprimento vaginal se associa a melhoria da FS²³. Kiremitli²⁷ determinou a superioridade da HTL relativamente à HTT e HV, por se associar a uma menor taxa de encurtamento vaginal, embora a inexistência de uma avaliação pré-operatória da FS constitua uma limitação. A taxa de encurtamento vaginal é uma variável raramente considerada, exigindo uma avaliação pré e pós-operatória do comprimento vaginal, mas a sua utilização em detrimento do comprimento vaginal (cujo valor é influenciado por diversos fatores, frequentemente sem relação com a cirurgia) é mais informativa, embora seja necessário aferir a sua utilidade real em estudos subsequentes.

Relativamente ao impacto da suspensão da cúpula vaginal após HTL, HTT ou HV, foi reportado um grau significativamente menor de disfunção sexual se realizado este procedimento²⁴. No que respeita à culdoplastia de McCall, o estudo que avaliou a sua realização em HTL, com uma reduzida dimensão amostral (n=50), não se associou a diferenças na FS¹⁷; nas HV, a sua realização associou-se a melhoria significativa na FS pós-operatória²¹. De um modo geral, a suspensão profilática da cúpula vaginal parece associar-se a uma

melhoria da FS²⁴, independentemente da via de abordagem.

Follow-up

Na maioria dos estudos, as avaliações pós-cirúrgicas da FS são realizadas durante o primeiro ano, sem reavaliações posteriores. É importante estabelecer períodos de *follow-up* longos, porque numa avaliação precoce o stress cirúrgico recente pode ter um impacto relevante, não traduzindo as repercussões deste procedimento a longo prazo.

Outros fatores

A maioria dos estudos destaca a importância de fatores clínicos e cirúrgicos na FS feminina, não se atribuindo tanta importância aos fatores psicossociais. Num estudo que avaliou o impacto da histerectomia em mulheres com dor pélvica²⁰, o *score* FSFI não se alterou significativamente entre a avaliação pré-operatória e 6 meses após a cirurgia, mas houve melhoria significativa do desejo, excitação e dor. Mais de 60% das mulheres cumpria os critérios para disfunção sexual em ambas as avaliações, tendo ocorrido uma diminuição significativa do orgasmo e satisfação.

Outro fator a considerar é a disfunção do pavimento pélvico, que afeta em algum grau cerca de 50-83% das mulheres sexualmente ativas⁴³. A maioria dos estudos avalia coletivamente o efeito de várias cirurgias corretivas destes defeitos (incluindo a histerectomia), bem como diferentes tipos e graus de prolapso, tornando-se difícil perceber o impacto de cada intervenção isolada na sexualidade feminina. Num estudo prospetivo observacional, Chang *et al.*⁴⁴ demonstraram uma melhoria significativa da FS pós-operatória aos 12 meses em mulheres submetidas a todos os tipos de correção com tecidos nativos e que eram sexualmente ativas antes da cirurgia. Nas sexualmente inativas pré-operatoriamente, verificou-se uma melhoria da satisfação sexual. Numa revisão da literatura, Jha⁹ refere uma melhoria em diferentes aspetos da FS (frequência das relações sexuais, dor à penetração, orgasmo, secreção vaginal e libido) em mulheres com disfunção do pavimento pélvico submetidas a histerectomia, independentemente da via. Apesar do principal objetivo da cirurgia do pavimento pélvico ser o restabelecimento do suporte abdominopélvico, devem ser evitados efeitos nefastos para a FS.

Limitações

Algumas limitações desta análise devem ser consideradas: a diversidade dos estudos incluídos, a natureza retrospectiva de alguns estudos, uma limitação na participação pela relutância em abordar questões relacionadas com a sexualidade (viés de seleção)¹⁸, a inclusão apenas de mulheres sexualmente ativas antes e após a cirurgia e a quantificação da disfunção sexual através da aplicação de escalas²⁵. Sendo a FS uma realidade multidimensional, para além de ser avaliada como um todo, devem também ser avaliados os seus diferentes domínios.

Foi efetuada uma avaliação individual de mulheres que têm atividade sexual com parceiro(a), mas a avaliação deve abranger os dois elementos do casal quando este existe e mulheres que apenas desenvolvem práticas de masturbação.

A diversidade de fatores a incluir nesta avaliação são, contudo, a maior limitação. Consequentemente, foram levantadas mais questões do que respostas encontradas, o que constitui um ponto de partida importante para estudos futuros.

CONCLUSÕES

Os resultados dos estudos apresentados são heterogéneos, tal como expectável. É difícil e imprudente avaliar o papel da histerectomia sem considerar outras variáveis, como a via de abordagem, a preservação do colo do útero e a manutenção dos ovários.

Pode concluir-se que os resultados são semelhantes nas histerectomias totais ou subtotais, globalmente melhores se suspensão profilática da cúpula vaginal, semelhantes ou com discreta vantagem da via laparoscópica sobre a transabdominal e piores se realizada salpingo-ooforectomia sobretudo em idade reprodutiva.

A complexidade da investigação reside na necessidade de estudar os fatores além da histerectomia isoladamente que podem influenciar o bem-estar sexual da mulher, recorrendo a métodos de avaliação adequados. De modo a tornar os resultados de estudos futuros mais representativos, deve-se limitar a presença de fatores confundidores: realizar uma avaliação da FS pré e pós-operatória com períodos de *follow-up* longos, utilizando uma escala validada (preferencialmente a FSFI),

em mulheres pré-menopáusicas, sem necessidade de salpingo-ooforectomia, através de uma abordagem minimamente invasiva, sempre que possível.

O potencial impacto da cirurgia ginecológica na FS deve ser mencionado previamente ao procedimento, proporcionando um aconselhamento adequado. Se necessário, devem ser disponibilizadas intervenções no âmbito da Sexologia Clínica, visto que uma abordagem multidisciplinar permite otimizar os resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Hysterectomy. JAMA [Internet]. 2004 Mar 24;291(12):1526. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.291.12.1526>
2. Nappi R, Salonia A, Traish AM. Clinical Biologic Pathophysiologies of Women's Sexual Dysfunction. 2005;4-25.
3. Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. J Br Menopause Soc. 2006 Dec;12(4):153-7.
4. Rozenman D, Janssen E. Sexual function after hysterectomy. Vol. 283, JAMA. United States; 2000. p. 2238-9.
5. Bradford A, Meston C. Sexual Outcomes and Satisfaction with Hysterectomy: Influence of Patient Education. 2010;4(1):106-14.
6. Roos AM, Thakar R, Sultan AH, Scheer I. Female sexual dysfunction: are urogynecologists ready for it? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009 Jan;20(1):89-101.
7. Wihersaari O, Karjalainen P, Tolppanen AM, Mattsson N, Nieminen K, Jalkanen J. Sexual Activity and Dyspareunia After Pelvic Organ Prolapse Surgery: A 5-Year Nationwide Follow-up Study. Eur Urol Open Sci. 2022;45:81-9.
8. Yount SM. The impact of pelvic floor disorders and pelvic surgery on women's sexual satisfaction and function. J Midwifery Women's Heal. 2013;58(5):538-45.
9. Jha S. Maintaining sexual function after pelvic floor surgery. Climacteric [Internet]. 2019;22(3):236-41. Available from: <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1551870>
10. Rodrigues Â, Rodrigues C, Negrão L, Afreixo V, Castro MG. Female sexual function and quality of life after pelvic floor surgery: a prospective observational study. Int Urogynecol J. 2021;32(5):1273-83.
11. Mahmoodi Dangesaraki M, Maasoumi R, Hamzehgardeshi Z, Kharaghani R. Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: A randomised controlled trial. Sex Health. 2019;16(3):225-32.
12. Xie M, Huang X, Zhao S, Chen Y, Zeng X. Effect of Psychological Intervention on Pelvic Floor Function and Psychological Outcomes After Hysterectomy. Front Med. 2022;9(April):1-9.
13. Monterrosa-Castro A, Monterrosa-Blanco A, Beltrán-Barrios T. Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. Sleep Sci. 2018;11(2):99-105.
14. Afayah RK, Wahyuni CU, Prasetyo B, Winarno DD. Recovery time period and quality of life after hysterectomy. J Public Health Res. 2020;9(2):176-8.
15. Ala-Nissilä S, Haarala M, Järvenpää T, Mäkinen J. Long-term follow-up of the outcome of supracervical versus total abdominal hysterectomy. Int Urogynecol J [Internet]. 2017;28(2):299-306. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3143-0>
16. Siedhoff MT, Carey ET, Findley AD, Hobbs KA, Moulder JK, Steege JF. Post-hysterectomy Dyspareunia. J Minim Invasive Gynecol [Internet]. 2014;21(4):567-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2014.02.008>
17. Till SR, Hobbs KA, Moulder JK, Steege JF, Siedhoff MT, McCall C. Culdoplasty during Total Laparoscopic Hysterectomy: A Pilot Randomized Controlled Trial. J Minim Invasive Gynecol [Internet]. 2018;25(4):670-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.10.036>
18. Uccella S, Capozzi VA, Ricco' M, Perrone E, Zanello M, Ferreri S, et al. Sexual Function following Laparoscopic versus Transvaginal Closure of the Vaginal Vault after Laparoscopic Hysterectomy: Secondary Analysis of a Randomized Trial by the Italian Society of Gynecological Endoscopy Using a Validated Questionnaire. J Minim Invasive Gynecol [Internet]. 2020;27(1):186-94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.03.018>
19. Dedden SJ, van Ditschuijzen MAE, Theunissen M, Maas JWM. Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2020;247:80-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.047>
20. Till SR, Schrepf A, Santiago S, As-Sanie S. Psychosocial predictors of change in sexual activity and sexual function after hysterectomy in women with pelvic pain. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2023;229(3):322.e1-322.e8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.06.026>
21. Uçar MG, İhan TT, Anlıkan F, Çelik Ç. Sexual functioning before and after vaginal hysterectomy to treat pelvic organ prolapse and the effects of vaginal cuff closure techniques: a prospective randomised study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;206:1-5.
22. Bastu E, Yasa C, Dural O, Ozgor BY, Yilmaz G, Gungor Ugurlucan F, et al. Comparison of 2 Methods of Vaginal Cuff Closure at Laparoscopic Hysterectomy and Their Effect on Female Sexual Function and Vaginal Length: A Randomized Clinical Study. J Minim Invasive Gynecol [Internet]. 2016;23(6):986-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2016.07.007>
23. Dundar B, Cakmak BD, Aykanat Y, Macunluoglu AC. Laparoscopic versus vaginal cuff closure in laparoscopic hysterectomy: Does it affect female sexuality? Ginekol Pol. 2019;90(7):365-70.
24. Bonde L, Püschel IC, Möller LA, Ottesen B, Breinegaard N, Gimbel H. No evidence of association between native tissue vault suspension and risk of pelvic pain or sexual dysfunction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2018;225:141-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.022>
25. Körpe B, Yorgancı A, Evliyaoglu Bozkurt Ö. Quality of life

and sexual function after abdominal versus laparoscopic hysterectomy: a prospective study. *Minerva Obstet Gynecol.* 2022;74(2):137-45.

26. Goktas SB, Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. *Pakistan J Med Sci.* 2015;31(3):700-5.

27. Kiremitli S, Kiremitli T, Ulug P, Yilmaz N, Yilmaz B, Kulhan M, et al. The effect of hysterectomy types on vaginal length, vaginal shortening rate and FSFI scores. *Taiwan J Obstet Gynecol [Internet].* 2022;61(3):427-32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.02.042>

28. Wang Y, Ying X. Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: A retrospective cohort. *Brazilian J Med Biol Res.* 2020;53(3):1-7.

29. Beyan E, nan AH, Emirdar V, Budak A, Tutar SO, Kanmaz AG. Comparison of the Effects of Total Laparoscopic Hysterectomy and Total Abdominal Hysterectomy on Sexual Function and Quality of Life. *Biomed Res Int.* 2020;2020.

30. Pouwels NSA, Brito LGO, Einarsson JI, Goggins ER, Wang KC, Cohen SL. Cervix removal at the time of hysterectomy: Factors affecting patients' choice and effect on subsequent sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet].* 2015;195(2015):67-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.09.040>

31. Rosen RC, Ph D. Assessment of female sexual dysfunction : review of validated methods. 2002;77(4).

32. Mazer N, Leiblum S, Rosen R. The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. 2020.

33. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S. Journal of Sex & Marital The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self- Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. 2011;(September 2013):37-41.

34. Hoen LA, Utomo E, Steensma AB, Blok BFM, Korfage IJ. The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12): validation of the Dutch version. 2015;1293-303.

35. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). 1985;63-4.

36. Celik H, Gurates B, Yavuz A, Nurkalem C, Hanay F, Kavak B. The effect of hysterectomy and bilaterally salpingo-oophorectomy on sexual function in post-menopausal women. *Maturitas.* 2008 Dec;61(4):358-63.

37. Thakar R. Is the Uterus a Sexual Organ? Sexual Function Following Hysterectomy. *Sex Med Rev.* 2015 Oct;3(4):264-78.

38. Pauls RN. Impact of gynecological surgery on female sexual function. *Int J Impot Res.* 2010;22(2):105-14.

39. Kazemi F, Alimoradi Z, Tavakolian S. Effect of Hysterectomy due to Benign Diseases on Female Sexual Function: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol [Internet].* 2022 Apr 1;29(4):476-88. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.10.012>

40. Dedden SJ, Werner MA, Steinweg J, Lissenberg-witte BI, Huirne JAF, Geomini PMAJ, et al. Hysterectomy and sexual function: a systematic review and meta-analysis. 2023;(February):447-66.

41. Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane database Syst Rev.* 2012 Apr;(4):CD004993.

42. Turner LC, Lavelle ES, Shepherd JP. Comparison of complications and prolapse recurrence between laparoscopic and vaginal uterosacral ligament suspension for the treatment of vaginal prolapse. *Int Urogynecol J.* 2016 May;27(5):797-803.

43. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev [Internet].* 2019;7(4):559-64. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.05.007>

44. Chang OH, Yao M, Ferrando CA, Paraiso MFR, Propst K. Changes in sexual function over 12 months after native-tissue vaginal pelvic organ prolapse surgery with and without hysterectomy. *Sex Med.* 2023 Apr;11(2):qfad006.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram para a definição dos critérios de inclusão, discussão sobre a seleção dos artigos e respetiva análise.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam nenhum apoio financeiro.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Inês Sousa

E-mail: maria.ines.sousa94@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-3251-9360>

RECEBIDO EM: 17/11/2024

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 11/01/2025