

COLPOPEXIA DE BURCH

M. ALMEIDA, J. COLAÇO, H. SANTOS PEREIRA, A. VIEIRA, V. GONÇALVES; H. RETTO, MANUEL MEIRINHO
Serviço de Ginecologia. Unidade de Uroginecologia do Hospital Garcia de Orta: Almada

RESUMO

Objectivo: O presente estudo teve como objectivo avaliar a taxa de cura subjectiva da Colpopexia de Burch, bem como as suas complicações. **Desenho do estudo:** Retrospectivo, por consulta dos registos do bloco operatório e processos clínicos. **Amostra:** 49 mulheres com I.U.E. genuína, vigiadas na consulta de Uroginecologia, submetidas a Colpopexia de Burch entre os anos de 1994 e 2000. **Material e Métodos:** Todas as mulheres foram avaliadas pré e pós-operatoriamente usando uma história clínica estandardizada e avaliação clínica, com avaliação urodinâmica pré-operatória na maioria dos casos. A escolha da técnica cirúrgica baseou-se na clínica, achados urodinâmicos e preferência do(a) ginecologista. A cura subjectiva foi definida como ausência de I.U.E. genuína ou I.U.E./urgência ocasionais (< 1 episódio/semana). O follow-up teve início às seis semanas de pós-operatório, prolongando-se por um a sete anos. **Resultados:** Trinta e seis (73,5%) das quarenta e nove mulheres submetidas à colpopexia de Burch encontram-se sem sintomatologia (cura subjectiva), três (6,1%) com melhoria significativa da sintomatologia, verificando-se uma falha da cirurgia em dez casos (19,2%). **Conclusão:** De acordo com a literatura, comprovou-se a baixa taxa de morbilidade desta técnica, a par da sua eficácia, no tratamento da I.U.E. genuína, incluindo os casos recidivantes.

Palavras-chave: Burch; colpopexia; suspensão retro-púbica; I.U.E. genuína.

SUMMARY

BURCH COLPOSUSPENSION

Objective: This study was undertaken to evaluate the subjective success rates, and complications, of Burch colposuspension. **Design:** A retrospective review. **Sample:** Forty-nine women undergoing surgery - Burch colposuspension - for genuine stress incontinence, between 1994 and 2000, were reviewed. **Methods:** Choice of surgical procedure was made on the basis of clinical and urodynamic findings and physician preference. The subjective cure rate was determined by means of historical report and defined as no or occasional stress or urge incontinence (< one episode per week). Clinical follow-up started six weeks after the surgical procedure and continued for one to seven years. **Results:** Thirty-six (73,5%) of the 49 women submitted to Burch colposuspension were subjectively cured of the stress urinary incontinence and three (6,1%) had improvement with mainly urge incontinence, while ten (19,2%) operations failed (n= 52). **Conclusion:** Burch colposuspension is an effective and safe procedure for women with urinary stress incontinence (even after retropubic continence surgery).

Key Words: Burch; colposuspension; retropubic urethropexy; stress incontinence.

INTRODUÇÃO

O leque de intervenções cirúrgicas descritas na literatura para tratamento da incontinência urinária de esforço (I.U.E.) é extenso (mais de 100), o que alerta para o facto de não existir nenhuma cirurgia que se possa considerar ideal no tratamento desta patologia. A maioria das doentes com I.U.E. genuína possui um defeito anatómico responsável por uma hiper mobilidade da uretra e colo vesical, daí que, embora controverso, se considere a colpopexia de Burch como a cirurgia de referência para este tipo de incontinência [1,2].

A primeira suspensão retro-púbica, para tratamento da I.U.E, foi descrita em 1949 por Marshall, Marchetti e Krantz (MMK), sendo o tecido peri-uretral suturado à face posterior da sínfise púbica. Burch, em 1962, modificou o procedimento cirúrgico fixando os tecidos peri-uretrais/peri-vesicais ao ligamento de Cooper [3,4]. É geralmente aceite uma taxa de cura semelhante para os dois procedimentos [4-6] embora a taxa de complicações pareça ser superior na técnica de MMK [4], sendo esta mais obstrutiva e podendo ocasionar osteíte do púbis (até 5%).

A uretropexia de Burch é o procedimento cirúrgico mais estudado, com longos seguimentos. Estão descritas taxas de cura objectiva de 75-90% [5,7-9], sendo as taxas de cura objectiva, tipicamente, mais baixas que as de cura subjectiva. A evidência de um declínio nas taxas de cura ao longo do tempo a partir dos dois anos [7,8,11,12,14-16] exige a definição de um tempo mínimo de seguimento (cinco anos, segundo Stanton e Cardozo [10]) que permita melhorar a comparação de resultados. Alcalay [17] refere um declínio na taxa de sucesso da colpossuspensão de Burch durante 10 a 12 anos, altura em que esta atinge um *plateau* de 69%. Em relação às complicações pós-operatórias descritas com maior frequência, destacamos: a instabilidade do detrussor em 5 a 18% dos casos [4,12,17], dificuldades miccionais em 8 a 22% [4,11,17,18] e um aumento da incidência de prolapso da parede vaginal posterior [11,12,19].

Na avaliação de qualquer procedimento cirúrgico existe sempre um conjunto de variáveis independentes com impacto na taxa de sucesso [20]. Uma das mais importantes é a experiência do cirurgião. A idade (factor significativo em certos tipos de cirurgia) parece ter menor relevância na colpopexia de Burch [12,13,17]; Gillion e Stanton [21] encontraram 90% de taxa de cura em pacientes seleccionadas com mais de 65 anos. O efeito da obesidade é questionável [17,22]. Alguns estudos demonstram ainda taxas de sucesso reduzidas em doentes com cirurgias prévias de correcção de I.U.E. falhadas [5,11], hipomobibilidade uretral [23] e I.U.E. tipo III/disfunção in-

trínseca do esfíncter [24,25]. Assim, a colpopexia de Burch no tratamento da I.U.E. genuína parece especialmente indicada em mulheres com I.U.E. genuína grave, nulíparas ou doentes sem relaxamento importante da parede vaginal, obesas, mulheres com doenças pulmonares crónicas obstrutivas e sempre que haja necessidade de uma incisão abdominal, para tratamento de patologia pélvica associada. Está igualmente indicada no tratamento da I.U.E. recorrente, após criteriosa selecção das doentes [26,27].

MATERIAL E MÉTODOS

Entre Janeiro de 1994 e Dezembro de 2000 foram efectuadas 52 intervenções cirúrgicas de colpopexia segundo a técnica de Burch, em 49 mulheres com I.U.E. genuína, seguidas na Consulta de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia do Hospital Garcia de Orta. Após consulta dos registos do bloco operatório foram levantados e avaliados, retrospectivamente, os 49 processos clínicos das referidas pacientes, tendo em conta as seguintes características demográficas: a) idade de aparecimento dos sintomas; b) tempo de duração das queixas; c) idade à data da cirurgia; d) raça; e) paridade; f) estado hormonal; g) tipo de I.U.E.; h) relaxamento pélvico concomitante; i) estudo urodinâmico; j) complicações pós-operatórias; l) *follow-up* (queixas subjectivas). Na figura 1 está repre-

COLPOPEXIA DE BURCH
(revisão da casuística)

Nome: _____

Processo: _____

Profissão: _____

N.º de Telefone: _____

Colheita de dados

- 1) 1ª consulta:
- 2) Idade de início das queixas / sintomas:
- 3) Duração das queixas (meses ou anos) / eventual relação com o(s) parto(s):
- 4) Tipo de incontinência urinária (IUE genuína, mista, déficit intrínseco):
- 5) Gravidade (ligeira, moderada ou grave):
- 6) Estudo urodinâmico (data e resultados):
- 7) Existência de relaxamento pélvico e classificação do mesmo:
- 8) Altura / Peso:
- 9) I.O. / Tipos de parto / Peso dos R.N.:
- 10) Menopausa (sim/não) e THS (sim/não):
- 11) Patologia associada e respectiva medicação:
- 12) Terapêutica médica ou cirúrgica anterior:
- 13) Data da Colpopexia de Burch / Cirurgias concomitantes / Idade média à data da cirurgia (< 35; 35-45; 46-55; 56-65; 66-75; > 75 anos)
- 14) Complicações pós-operatórias:
- 15) *Follow-up* (sem queixas, IUE ligeira, moderada ou grave):

3 M	3 A
6 M	4 A
1 A	5 A
2 A	6 A
- 16) Abandono da consulta (sim/não):
- 17) Cirurgia posterior de correcção de IU / Resultados:

Fig. 1 – Protocolo de colheita de dados

sentado o protocolo de colheita de dados utilizado na revisão da nossa casuística.

Verificou-se que todas as mulheres haviam sido avali-

adas pré-operatoriamente usando uma História Clínica estandardizada, o exame clínico objectivo e, na maioria dos casos, avaliação urodinâmica. Definiu-se a I.U.E. genuína como: ligeira (grau I) - se perda de urina com tosse, espirro ou riso; moderada (grau II) - se perda de urina com subida ou descida de escadas; severa (grau III) - se perda de urina com actividade física mínima. O relaxamento pélvico concomitante, quando existente, foi classificado de acordo com as definições da Sociedade Internacional de Continência. As doentes foram seleccionadas para este tipo de cirurgia (colpopexia de Burch) de acordo com a clínica, achados urodinâmicos, condições concomitantes e preferência do(a) ginecologista.

Todas as cirurgias foram realizadas ou supervisionadas pelos dois assistentes hospitalares da Unidade de Uroginecologia. Em relação à técnica cirúrgica propriamente dita, a colpopexia de Burch foi efectuada através de uma incisão de Pfannenstiel baixa, colocando-se dois pares de suturas reabsorvíveis entre a fásia paravaginal e o ligamento ileopectíneo ipsilateral: o par de suturas mais distal localizado ao nível da porção média da uretra e o par de suturas mais proximal a cerca de 1 cm da sutura anterior. Até 1998, inclusivé, o fio de sutura utilizado foi o Vycril 1 â (multifilamento, com absorção por hidrólise enzimática em 56-72 dias), passando depois a utilizar-se o PDS 1 â (monofilamento, com absorção por hidrólise não enzimática em 180 dias). Foi prescrita antibioterapia profilática a todas as doentes, bem como anti-inflamatórios não esteróides (A.I.N.E.). O tempo mínimo de algaliação, no pós-operatório, foi de 72 horas.

A avaliação pós-operatória incluiu a pesquisa da sintomatologia das doentes e sua observação clínica; teve início às seis semanas pós-cirurgia sendo efectuada, posteriormente, aos três meses, seis meses, um ano e anualmente a partir do primeiro ano. A cura subjectiva foi definida como ausência de perda urinária ou I.U.E./urgência ocasionais (< 1x/semana), de acordo com a informação constante no processo clínico. Foi, ainda, considerado sucesso terapêutico a existência de melhoria sintomática significativa. O insucesso terapêutico foi definido como recorrência dos sintomas.

RESULTADOS

Entre Janeiro de 1994 e Dezembro de 2000 foram efectuadas 52 intervenções cirúrgicas de colpopexia segundo a técnica de Burch, em 49 mulheres com I.U.E. genuína. Três destas mulheres foram, assim, submetidas a uma segunda intervenção, segundo a mesma técnica, durante o tempo a que se reporta este estudo (Quadro I). A figura 2 apresenta a distribuição das cirurgias por ano de

realização das mesmas. Verificou-se uma diminuição do número de cirurgias efectuadas, no decorrer do ano de 1997, por ausência de um dos assistentes hospitalares da Unidade.

Quadro I. População. Valores apresentados em n (%).

1ª colpopexia	Follow-up	2ª colpopexia (n=3)	Follow-up
1994 (42 A, IUE gen.)	2 A - recidiva	1996 (44 A, IUE mista)	5 A - sem sintomas
1995 (67 A, IUE gen.)	4 A - recidiva	1999 (71 A, IUE gen.)	3 A - sem sintomas
1996 (43 A, IUE gen.)	4 A - recidiva	2000 (47 A, IUE gen.)	2 A - sem sintomas

As características demográficas das pacientes são apresentadas no quadro II. A média de idade à data da cirurgia foi de 55 anos (variando entre 40 e 77 anos). Em relação à idade de aparecimento dos sintomas (mínima-28 anos; máxima-67 anos) existe um desfasamento, que em 50% das doentes é superior a cinco anos; verifica-se, portanto, a existência de um longo intervalo de tempo de duração das queixas. A raça caucasiana predomina em relação a outras raças (47 mulheres de raça caucasiana / duas de raça negra). Na população do nosso estudo, e no que diz respeito à paridade, não se encontrou nenhuma paciente nulípara (Quadro II).

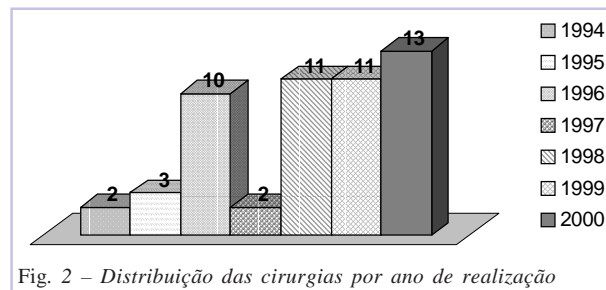


Fig. 2 - Distribuição das cirurgias por ano de realização

Em relação ao estado hormonal 17 mulheres encontravam-se em idade reprodutora, sete em perimenopausa e 28 em menopausa. O tipo de I.U. diagnosticado foi em 38 casos I.U.E. genuína e em 14 casos I.U. mista (associada a instabilidade do detrusor). Verificou-se relaxamento pélvico concomitante em 36 doentes. Em relação às 52 cirurgias efectuadas realizaram-se 45 estudos urodinâmicos, pré-operatoriamente (86,5%). As patologias associadas, as cirurgias prévias, bem como as cirurgias concomitantes com a colpopexia de Burch são apresentadas na figura 3 e nos quadros III e IV, respectivamente.

No que diz respeito à taxa de complicações com esta técnica cirúrgica, há apenas a referir dois casos de instabilidade do detrusor, um caso de retenção urinária (com resolução espontânea após um mês) e um caso de febre no 3º e 4º dias de pós-operatório (por infecção urinária).

O *follow-up* destas doentes, em termos de tempo de

Quadro II. População. Valores apresentados em n (%), média ou intervalo.

Características demográficas		
Idade (anos)	55 (40-77)	
Peso - kg (n=42)	71 (50-87)	
N.º de gestações (média)	4 (1-12)	
Paridade	2,6 (1-11)	
Estado hormonal		
idade reprodutora	17	
perimenopausa (7)	com THS	5
	sem THS	2
pós-menopausa (28)	com THS	12
	sem THS	16
Grau de I.U.E.		
ligeira	7	
moderada	28	
grave	17	
Relaxamento pélvico concomitante		
cistocelo	36	
rectocelo	20	
enterocelo	2	
histerocelo	10	
Estudo urodinâmico (Sim/Não)	45 / 7	
Cirurgias prévias	20	
Cirurgias concomitantes	21	

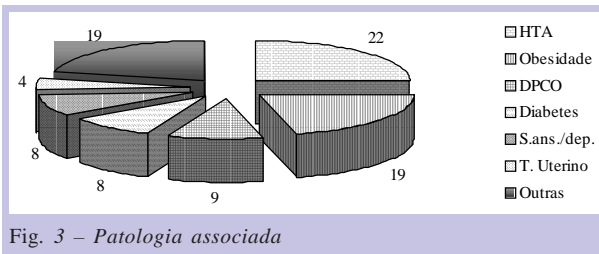


Fig. 3 - Patologia associada

Quadro III. População. Valores apresentados em n (%).

Cirurgias Prévias (n=20)	
Colpopexia de Burch	4 *
Pontos nos ligamentos para-uretrais	2
CRA	1
HV + CRA + CPMR	7
HTA + AB	3
LTB / Ooforectomia	3

CRA - colporrafia anterior; HV - histerectomia vaginal; CPMR - colpoperineomiiorrafia; HTA - histerectomia total abdominal; AB - anexectomia bilateral; LTB - laqueação de trompas bilateral.

* Uma das cirurgias efectuada noutra instituição hospitalar.

Quadro IV. População. Valores apresentados em n (%).

Cirurgias Concomitantes *(n=21)	
HTA + AB + CRA + CPMR	3
HTA c/ ou s/ AB	5
HV + CRA + CPMR	1
CRA + CPMR	1
CPMR	3
LTB / Salpingectomia / Quistectomia	8

* Realizadas no mesmo tempo cirúrgico da Colpopexia de Burch

seguimento no pós-operatório, é apresentado no quadro V. A primeira avaliação foi efectuada às seis semanas pós-cirurgia e, posteriormente, aos três meses, seis meses, um ano e anualmente, a partir do primeiro ano.

Quadro V. População. Valores apresentados em n (%).

Follow-up (anos)	n (52)
< 2 A	10
2 - 3	14
3 - 4	11
4 - 5	3
≥ 5	11
Abandono da consulta	3

Trinta e nove (79,6%) das quarenta e nove mulheres submetidas à colpopexia de Burch, por I.U.E. genuína, encontram-se sem sintomatologia ou com melhoria sintomatológica significativa. Em relação ao número total de cirurgias efectuadas (n=52) verifica-se uma taxa de cura subjectiva de 69,2% (n=36), uma melhoria significativa do estado clínico em 5,8% (n=3) e um insucesso terapêutico (falha cirúrgica) de 19,2% (10 casos). Três doentes abandonaram o follow-up após a cirurgia. (Figura 4)

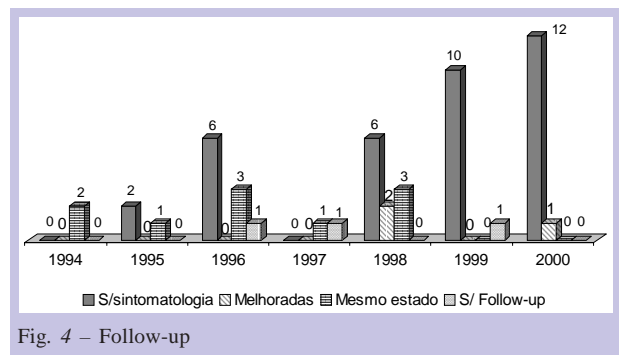


Fig. 4 - Follow-up

O quadro VI apresenta os resultados do follow-up divididos em dois grupos distintos, tendo em conta a data da cirurgia, uma vez que se implementaram alterações na técnica cirúrgica, a partir do ano de 1999, inclusivé (mudança do fio de sutura e da localização e forma de fixação dos pontos).

1994 - 1998	n=28	%
Cura subjectiva	14	50
Melhoria clínica	2	7,14
Recidiva	10	35,72
Sem follow-up	2	7,14
1999 - 2000	n=24	%
Cura subjectiva	22	91,6
Melhoria clínica	1	4,2
Recidiva	0	0
Sem follow-up	1	4,2

Quadro VI. População. Valores apresentados em n (%).

CONCLUSÃO

Em relação ao nosso estudo a melhoria dos resultados deve-se, fundamentalmente, à progressão da curva de aprendizagem, à metodologia aplicada, no que diz respeito às alterações técnicas implementadas e à manutenção da mesma equipa cirúrgica, bem como uma adequada selecção das doentes.

De acordo com o descrito na literatura, comprovou-se a baixa taxa de morbilidade desta técnica, a par da sua eficácia, no tratamento da I.U.E. genuína.

A colpopexia de Burch mostrou-se, ainda, eficaz no tratamento da I.U.E. genuína recidivante.

A progressiva melhoria dos resultados tem sido muito gratificante para a equipa que tem investido nesta técnica.

BIBLIOGRAFIA

1. THOMPSON JD, ROCK JA: Te Linde's Operative Gynecology 1992; 33: 901-920
2. COLOMBO M, VITOBELLO D, PROIETTI F: Randomised comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 544-551
3. BURCH JC: Uretrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 81: 281-290
4. BURCH JC: Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 100: 764-774
5. JARVIS GJ: Surgery for genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 371-374
6. COLOMBO M, SCALAMBRINO S, MAGGINONI A, MILANI R: Burch colposuspension versus modified Marchall-Marketti-Krantz urethropexy for primary genuine stress urinary incontinence: a prospective, randomised clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1573-1579
7. BERGMAN A, ELIA G: Three surgical procedure for genuine stress incontinence: five-year follow-up of a prospective randomised study. *Am J Obstet Gynaecol* 1995; 173: 66-71
8. VAN GEELEN JM, THEEVWES AGM, ESKEO LAB, MARTIN C: The clinic and urodynamic effects of anterior vaginal repair and Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 137-144
9. PETERS VA, THORTON WN: Selection of the primary operative procedure for stress urinary incontinence. *AM J Obstet Gynecol* 1980; 137: 923-930
10. STANTON SL, CARDOZO L: Results of colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 86: 693-697
11. KJOLHEDE P, RYDEN G: Prognostic factors and long-term results of the Burch colposuspension. A retrospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 642-647
12. ERIKSEN BC, HAGEN B, EIK-NES SH, MOLNE K, MJOLNEROD D, ROMSLO I: Long-term effectiveness of the Burch colposuspension in female urinary stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69: 45-50
13. AKPINAR H, CETINEL B, DEMIRKESEN O, et al: Long-term results of Burch colposuspension. *Int J Urol* 2000; 7(4): 119-25
14. FEYEREISL J, DREHER E, HAENGGI W, ZIKMUND J, SCHNEIDER H: Long-term results after Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 647-652
15. HERBERTSSON G, IOSIF CS: Surgical results of urodynamic studies 10 years after retro pubic colpourethropexy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 298-301
16. LAURSEN H, FARLIE R, RASMUSSEN KL, AAGARD J: Colposuspension Burch – an 18 year follow-up study. *Neurol Urodyn* 1994; 13: 445
17. ALCALAY M, MONGA A, STANTON SL: Burch colposuspension: a 10-20 year follow-up. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 740-745
18. LOSE G, JORGENSEN L, MORTENSEN JK: Voiding difficulties after colposuspension. *Obstet Gynecol* 1987; 1: 33-38
19. STANTON SL, WILLIAMS JE, RITCHIE D: The colposuspension operation for urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1976; 83: 890-895
20. OSTERGARD DR, BENT AE: Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice, fourth edition; 38: 517-526
21. GILLION G, STANTON SL: Long-term follow-up of surgery for urinary incontinence in elderly women. *Br J Urol* 1984; 56: 478-481
22. STANTON SL, CARDOZO L, WILLIAMS JE, RITCHIE D, ALLEN V: Clinical and urodynamic features of failed incontinence surgery in the female. *Obstet Gynecol* 1979; 51: 515-520
23. SUMMIT RL, BENT AE, OSTERGARD DR, HARRIS TA: Stress incontinence and low urethral closure pressure. *J Reprod Med* 1990; 35: 877-880.
24. SAND PK, BOWN LW, PANGANIBAN R, OSTERGARD DR: Low pressure urethra as a factor in failed retro pubic urethropexy. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 399-402
25. KOONINGS PP, BERGMAN A, BALLARD CA: Low urethral pressure and stress urinary incontinence in women: risk factor for failed retro pubic surgical procedure. *Urology* 1990; 36: 245-248
26. AMAYE-OBU FA, DRUTZ HP: Surgical Management of Recurrent Stress Urinary Incontinence: A 12-Year Experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1296-1309
27. MAHER C, DWYER P, CAREY M, GILMOUR D: The Burch colposuspension for recurrent urinary stress incontinence following retropubic continence surgery. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106(7): 719-24