

CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NA MULHER

Com Incontinência Urinária de Esforço

Sílvia SOUSA, Maria Geraldina CASTRO, Nuno PEREIRA, Carla RODRIGUES,
Conceição APARÍCIO, André CATARINO, Liana NEGRÃO

RESUMO

Objectivo: Avaliar a segurança e eficácia das técnicas minimamente invasivas na correcção de incontinência urinária de esforço (IUE) recorrente.

Material e Métodos: Efectuou-se uma análise retrospectiva dos processos de doentes submetidas a este tipo de cirurgia por insucesso de cirurgia anterior de Setembro de 2002 a Dezembro de 2006. Foram avaliados diversos parâmetros: idade, sintomas, tipo de cirurgia prévia, resultados da avaliação urodinâmica, tipo de cirurgia efectuada, complicações intra e pós operatórias, e resultados (cura, melhoria ou falha) a curto e médio prazo (dois meses e um ano).

Resultados: Dos 73 processos analisados, 57 doentes haviam sido submetidas previamente a cirurgia clássica e 16 a cirurgia minimamente invasiva. Na cirurgia de correcção de IUE recorrente por técnicas minimamente invasivas registaram-se complicações intra-operatórias em oito casos (cinco casos de perfuração vaginal, dois de laceração vesical e um de laceração da veia femural) e pós-operatórias em 13 casos (três casos de retenção urinária, dois de infecção urinária, um de anemia e sete de erosão vaginal da tira). As taxas de cura, melhoria e insucesso a curto prazo (dois meses) foram de 69,9%, 28,8% e 1,4%, respectivamente. A médio prazo (um ano), estas taxas foram de 54,8%, 41,1% e 4,1%, respectivamente.

Conclusões: A cirurgia minimamente invasiva de correcção de IUE é uma opção válida após insucesso de cirurgia anterior, pela baixa morbidade e reduzida taxa de insucesso a curto e médio prazo.

S.S., M.G.C., N.P., C.R., C.A.,
A.C., L.N.: Serviço de Ginecologia. Maternidade Bissaya Barreto. Coimbra

© 2011 CELOM

SUMMARY

MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN WOMEN With Recurrent Stress Urinary Incontinence

Objectives: Evaluate the efficacy and safety of minimally invasive surgical techniques as second procedure in recurrent stress urinary incontinence (SUI).

Study design: We retrospectively analyzed data on patients submitted to this type of surgery after previous surgery failure, since September 2002 to December 2006. Several parameters were evaluated: women's age, symptoms, previous surgery, urodynamics results, procedure technique, complications at short (two months) and medium term (one year) results.

Results: Of the 73 analyzed cases, 57 patients had been submitted previously to classic surgery and 16 to minimally invasive surgery. In surgery for recurrent SUI using minimally invasive techniques eight complications were registered (five vaginal perforations, two bladder lacerations and one femoral vein laceration); post-op complications occurred in 13 cases (three urinary retentions, two urinary tract infections, one anaemia and seven vaginal sling erosions). Short-term cure, improvement and failure rates were 69.9%, 28.8% and 1.4%, respectively. At medium term, these rates were of 54.8%, 41.1% and 4.1%, respectively.

Conclusions: Minimally invasive surgery for recurrent SUI is a valid option after previous surgery failure, given the low morbidity and reduced failure rate at short and medium term.

INTRODUÇÃO

A cirurgia de correcção da incontinência urinária de esforço (IUE) na mulher tem sido ao longo do tempo objecto de intensa pesquisa, encontrando-se na literatura referência a inúmeras técnicas cirúrgicas. Nos últimos anos as atenções têm-se virado para as técnicas minimamente invasivas, com eficácia semelhante à das técnicas de correcção de IUE clássicas e apresentando vantagens em termos de rápida recuperação e baixa morbilidade.

A colocação de um *sling* suburetral sintético retropúbico por via vaginal (tension-free vaginal tape – TVT), técnica desenvolvida por Ulf Ulmsten¹ no início da década de 90, veio revolucionar a cirurgia de correcção de IUE, iniciando a era da cirurgia minimamente invasiva. Posteriormente, Delorme introduziu a cirurgia por via transobturadora (transobturador tape – TOT)², e De Leval uma variante desta técnica (transobturador vaginal tape inside-out – TVT-O)³. Estas técnicas por via transobturadora apresentam um risco de lesão vesical significativamente inferior ao da via retropúbica, sendo actualmente as mais utilizadas.

Tal como sucede com as cirurgias clássicas, estão referidos casos de insucesso terapêutico com as técnicas minimamente invasivas⁴. Um dos factores que pode comprometer o sucesso de uma cirurgia subsequente a uma colporetrossuspensão é a fibrose a nível do espaço de Retzius, dificultando a dissecação e aumentando o risco de hemorragia e de lesões uretrais ou vesicais. A utilização das técnicas minimamente invasivas poderá minimizar estas complicações, principalmente se evitarmos a passagem pelo espaço retropúbico com a via transobturadora.

Apesar dos vários estudos publicados nos últimos anos atestando a eficácia e segurança destas novas técnicas, existem poucos sobre a sua utilização após insucesso de um procedimento prévio e os estudos existentes analisam amostras reduzidas deste tipo de casos⁵⁻⁷. O objectivo deste estudo foi avaliar a segurança e eficácia de uma segunda cirurgia de correcção de IUE por técnicas minimamente invasivas.

Quadro 1 - Cirurgia prévia de correcção de incontinência urinária de esforço

Cirurgia clássica	57
Burch	51
Sling	3
Bologna	2
Marshall-Marchetti-Krantz	1
Cirurgia minimamente invasiva	16
TVT	4
TOT	8
TVT-O	4
Total	73

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efectuada uma análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes submetidas a cirurgia minimamente invasiva de correcção de IUE na Maternidade Bissaya Barreto por insucesso de cirurgia anterior, entre Setembro de 2002 e Dezembro de 2006.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade da mulher à data da cirurgia, tipo de incontinência, tipo de cirurgia prévia, resultados da avaliação urodinâmica, tipo de cirurgia efectuada, duração da cirurgia, complicações intra e pós operatórias, e resultados (cura, melhoria ou mesmo estado) a curto e médio prazo (dois meses e um ano).

A avaliação dos resultados cirúrgicos foi efectuada com base em critérios subjectivos e objectivos: cura – sem queixas de IUE e sem perdas urinárias ao exame físico; melhoria – melhoria das queixas de IUE ou perdas urinárias ao exame físico; mesmo estado – manutenção das queixas de IUE e perdas urinárias abundantes ao exame físico.

RESULTADOS

Dos 73 processos analisados, 57 doentes haviam sido submetidas anteriormente a cirurgia clássica e 16 a cirurgia minimamente invasiva (Quadro 1). A idade das doentes foi em média de $58,5 \pm 8,7$ anos (42 – 81).

Clinicamente, 44 doentes (60,3%) apresentavam sintomas de incontinência urinária mista (IUM) e 29 (39,7%) queixas de IUE isolada. Foi efectuada estudo urodinâmico prévio à cirurgia em 63 doentes, que revelou insuficiência esfinteriana grave (pressão de continência uretral <20mmHg) em 20 (31,7%), instabilidade do detrusor em seis (9,5%) e instabilidade uretral em cinco (7,9%).

As técnicas de cirurgia minimamente invasiva utilizadas neste grupo de doentes foram o *sling* retropúbico (TVT) em 12 casos e o *sling* por via transobturadora em 61 casos, 17 dos quais outside-in (TOT) e 44

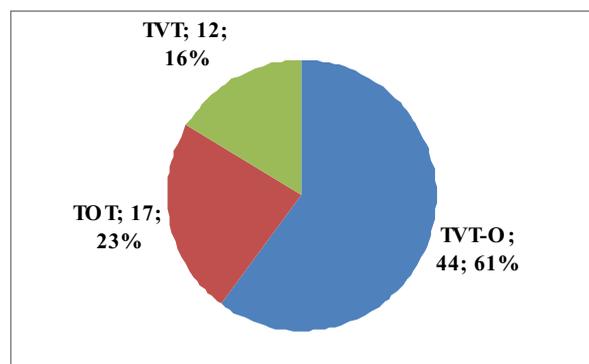


Fig.1 – Cirurgia minimamente invasiva utilizada na correcção de IUE recorrente

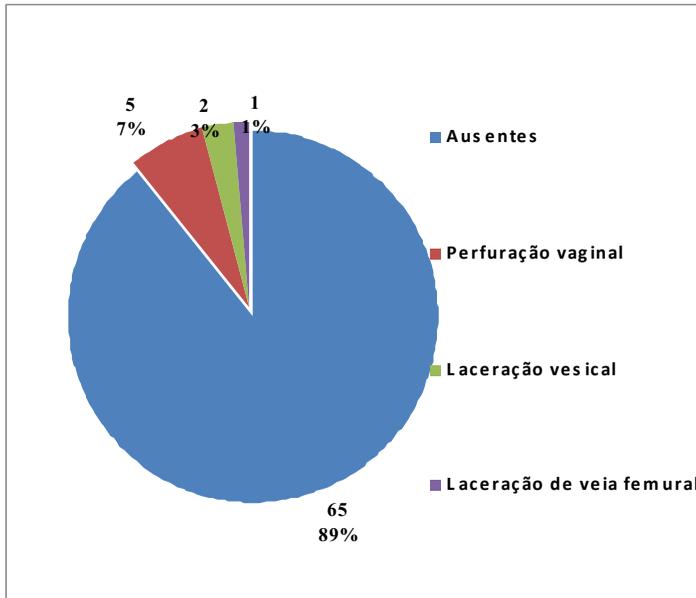


Fig. 2 – Complicações intra-operatórias

Quadro 2 – Duração da cirurgia

	Média ± DP	Mínimo-Máximo
Duração da cirurgia (minutos)	33,9 ± 29	8 – 140*
Cirurgia isolada	27,7 ± 24,2	8 – 140*
Com cirurgia associada	70,3 ± 29,7	30 – 125

* Ver referência no texto

DP: desvio padrão

inside-out (TVT-O) (Figura 1). Na grande maioria dos casos o procedimento foi efectuado sob anestesia geral (90,4%), sendo os restantes efectuados com anestesia loco-regional (sete casos de TVT retropúbico).

Em 10 casos foram efectuados procedimentos cirúrgicos adicionais: seis colpoplastias (anterior e/ou posterior), uma hysterectomia por via abdominal (HT), uma hysterectomia (HV) por via vaginal, uma operação de Le Fort e uma colpossuspensão com prótese por via vaginal. Quando efectuada isoladamente, a duração da cirurgia foi em média de 27,7 minutos (Quadro 2).

Ocorreram complicações intra-operatórias em oito casos (11%): cinco casos de perfuração vaginal, dois de laceração vesical e um de laceração de veia femoral (Figura 2), com correcção durante a cirurgia. As lacerações vesicais e vascular ocorreram durante a colocação de TVT retropúbico em doentes previamente submetidas a colporetrossuspensão de Burch.

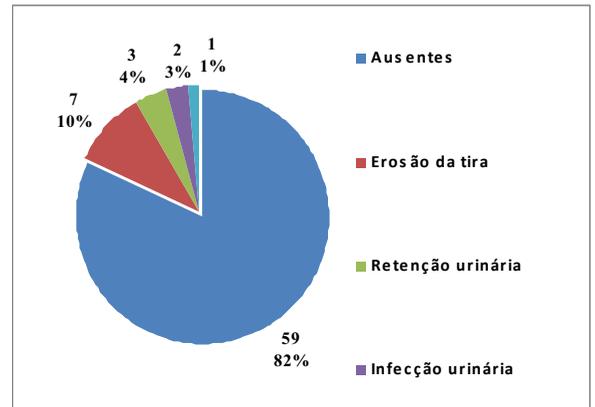


Fig. 3 – Complicações pós-operatórias

A duração média do internamento foi de 1,44 ± 1,2 dias. Em 57 casos (78%) a doente teve alta no primeiro dia de pós-operatório.

No pós-operatório imediato ocorreram complicações em seis casos: três de retenção urinária transitória, dois de infecção urinária e um de anemia com necessidade de transfusão (TVT em que ocorreu laceração vascular). A longo prazo registaram-se sete casos de erosão vaginal da tira (Figura 3). O diagnóstico da erosão foi estabelecido durante o primeiro ano de pós-operatório em quatro casos e no segundo ano em dois casos. As erosões vaginais da rede não ocorreram nas situações de laceração vaginal durante o procedimento cirúrgico.

Todas as doentes foram observadas aos dois meses e

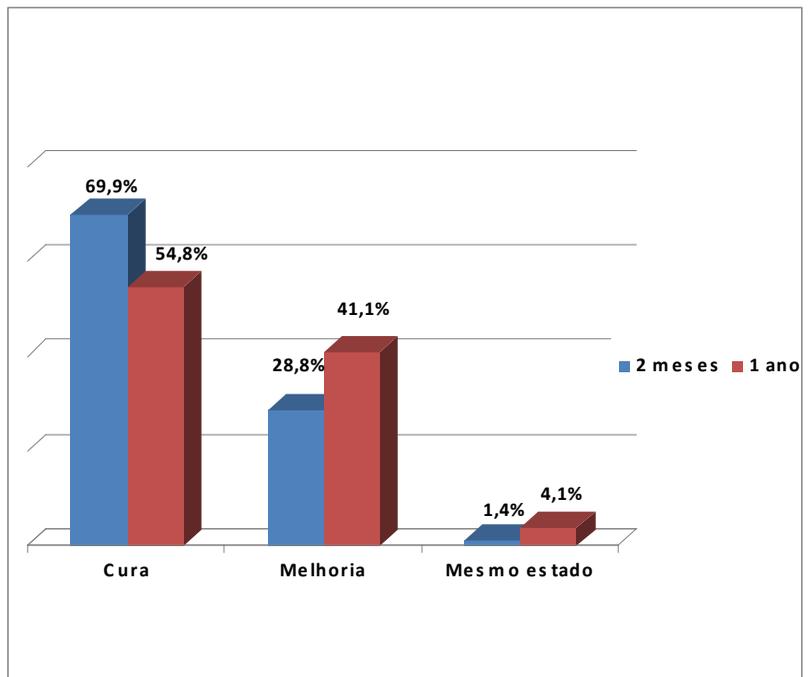


Fig. 4 – Resultados cirúrgicos

Quadro 3 – IUU no pós-operatório

	2 meses	1 ano
IUE de novo (IUE isolada prévia: N=29)	3 (10,3%)	8 (27,5%)
IUU prévia (N=44)	13 (29,6%)	17 (38,6%)

um ano. As taxas de cura, melhoria e insucesso a curto prazo (dois meses) foram de 69,9%, 28,8% e 1,4%, respectivamente. A médio prazo (um ano), estas taxas foram de 54,8%, 41,1% e 4,1%, respectivamente (Figura 4).

Foram referidos sintomas incontinência urinária de urgência (IUU) *de novo* em três doentes (10,3%) aos dois meses e em oito doentes (27,5%) ao fim de um ano. Nas 44 doentes que referiam IUM prévia à cirurgia, 13 (29,6%) mantiveram queixas de IUU aos dois meses e 17 (38,6%) após um ano (Quadro 3).

DISCUSSÃO

A eficácia das cirurgias minimamente invasivas de correcção de IUE é semelhante à da cirurgia clássica, sendo a sua utilização vantajosa devido à diminuição da taxa de complicações, facilidade e rapidez de execução e tempo de recuperação reduzido.

No nosso estudo podemos constatar que se trata de uma cirurgia rápida (em média 27,7 minutos) e com um reduzido tempo de internamento ($1,44 \pm 1,2$ dias).

Em termos de segurança, ocorreram complicações operatórias *major* em apenas 1,4% dos casos (um caso de laceração vascular registada durante TVT retropúbico). Com a via transobturadora apenas se verificaram perfurações vaginais, complicações facilmente identificáveis e corrigíveis e sem repercussões tardias.

À excepção do caso de laceração vascular, com necessidade de transfusão, as restantes complicações pós-operatórias (retenção urinária, infecções urinárias e erosões da tira) foram auto limitadas, de fácil resolução e sem consequências a longo prazo.

Constatamos assim que as técnicas minimamente invasivas de correcção de IUE são seguras mesmo em casos de IUE recorrente após procedimento prévio, parecendo existir uma maior taxa de complicações mais graves com o TVT retropúbico. Este facto que poderá estar relacionado com a fibrose do espaço de Retzius resultante da cirurgia anterior.

Em termos de eficácia, a cirurgia minimamente invasiva na correcção da IUE recorrente apresenta resultados inferiores aos de uma primeira cirurgia de IUE com as mesmas técnicas⁵⁻⁷ – 80 a 90% de cura na literatura *versus* 54,8% no nosso estudo (resultados ao primeiro ano). A

longo prazo, a taxa de insucesso cirúrgico foi de 4,1%.

Clinicamente, a cirurgia também foi eficaz na maioria das doentes com queixas de IUM, com resolução dos sintomas de IUU em 61% das doentes (26 em 44). A taxa de IUU *de novo* não foi significativa, ocorrendo em apenas 11% (8 em 29) das doentes do estudo (resultados ao 1º ano).

CONCLUSÕES

A correcção cirúrgica da IUE recorrente apresenta taxas de cura inferiores às referidas nas séries sem cirurgia prévia^{1-3,8}. Esta limitação também se verifica com as técnicas minimamente invasivas. No entanto, a utilização destas técnicas é uma opção válida após insucesso de cirurgia anterior, pela baixa morbilidade e reduzida taxa de insucesso a curto e médio prazo, com consequente melhoria significativa em termos de qualidade de vida para a quase totalidade das doentes.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. ULMSTEN U, HENRIKSSON L, JOHNSON P, VARHOS G: An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7(2):81-5
2. DELORME E et al: Transobturador tape (Uratape®): A New Minimally-Invasive Procedure to Treat Female Urinary Incontinence. *Eur Urol* 2004;45:203-7
3. DE LEVAL J et al : Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturador vaginal tape inside out. *Eur Urol* 2003;44(6):724-730
4. COMITER CV: Surgery Insight: Management of Failed Sling Surgery for Female Stress Urinary Incontinence. *Nat Clin Pract Urol* 2006;3(12):666-674
5. REZAPOUR M, ULMSTEN U: Tension-Free vaginal tape (TVT) in women with recurrent stress urinary incontinence – a long-term follow up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12(Suppl 2):S9-11
6. LEE KS, DOO CK, HAN DH, JUNG BJ, HAN JY, CHOO MS: Outcomes following repeat mid urethral synthetic sling after failure of the initial sling procedure: rediscovery of the tension-free vaginal tape procedure. *J Urol* 2007;178(4 Pt 1):1370-4
7. MOORE RD, GAMBLE K, MIKLOS JR: Tension-free vaginal tape sling for recurrent stress incontinence after transobturador tape sling failure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(3):309-313
8. DE LEVAL J, WALTREGNY D: New surgical technique for treatment of stress urinary incontinence TVT-Obturator: new developments and results. *Surg Technol Int* 2005;14:212-221