

c 76

CC 076

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

(B)

75

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL PARA A
CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE
ESTRESSE EM MULHERES.

Florianópolis, 25 de novembro de 1985.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DOUTORANDOS DA 12ª FASE DO CURSO DE MEDICINA

WILSON PEREIRA DOS SANTOS JR.
RENATO CHAVES VARGAS

Florianópolis, 25 de novembro de 1985.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Dr. Rogério Paulo Moritz e aos funcionários do Hospital Governador Celso Ramos, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMO	4
INTRODUÇÃO	5
- HISTÓRICO	
- AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESTRESSE	7
- CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS	9
- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA OPERATÓRIA	9
- TRATAMENTO PÓS-OPERATÓRIO	17
MATERIAL E MÉTODOS	19
RESULTADOS	20
COMENTÁRIOS	36
SUMMARY	38
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL PARA A
CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE
ESTRESSE EM MULHERES

RESUMO

Os autores fazem considerações sobre a incontinência urinária de Estresse e o emprego da Suspensão Endoscópica do Colo Vesical pela técnica de Stamey, em 23 pacientes, ressaltando os bons resultados obtidos.

INTRODUÇÃO

HISTÓRICO

Os meios empregados para se obter a correção da incontinência urinária de estresse tiveram origem na metade do século passado. De fato, umas das primeiras tentativas visando a resolução desse problema foram efetuadas por Baker Brown em 1864. Ele realizava cistostomias em mulheres com incontinência. Vários procedimentos destinados a alongar e estreitar o colo vesical e a uretra foram elaborados até o final do século XIX, porém sem conseguirem aceitação generalizada devido aos resultados pós-operatórios extremamente variáveis.

No início do século XX, as técnicas cirúrgicas destinadas a eliminar a incontinência urinária de estresse enfocaram três princípios básicos, ou seja, plicatura vaginal do colo vesical e da área uretral, suportes (tipóias) uretrais musculoaponeuróticas e processos tipo vesicouretropexia. Kelly tornou popular a técnica da Plicatura Vaginal, em 1911. Este procedimento consistia em usar pontos de colchoeiro de seda para unir os tecidos ao redor da uretra e do colo vesical, por intermédio de uma incisão vaginal. Ele relata que 90% das 20 pacientes operadas foram consideradas curadas logo após a cirurgia, porém apenas 65% melhoram em seus resultados tardios. A maioria dessas mulheres já havia sido submetida a algum tipo de cirurgia prévia. Portanto, esta técnica mostrou-se uma solução temporária para algumas mulheres, pois não curava a todas.

Os cirurgiões começaram a colocar tipóias (reforços) musculoaponeuróticas e até sintéticas ao redor da uretra e do colo vesical, como uma segunda abordagem para sanar o problema, na tentativa de estreitar e elevar essa área, prevenindo o vazamento de urina. Os resultados variaram, tornando-se difícil compará-los em virtude das diferentes populações de pacientes.

O terceiro enfoque consistia na suspensão da área uretrovesical pela via suprapúbica. Victor Bonney, em 1923, elaborou uma técnica que fixava as porções anteriores da bexiga ao músculo reto abdominal usando pontos de seda. Os resultados foram considerados ineficazes, pois os efeitos eram de curta duração, embora os sintomas fossem corrigidos inicialmente.

Em 1949, Marshall, Marchetti e Krantz conseguiram popularizar a suspensão vesicouretral para a correção da incontinência urinária de esforço, após relatarem seu sucesso com essa técnica.

Pereyra, em 1959, descreveu a utilização de uma agulha longa, especialmente elaborada, aplicada através de uma incisão suprapúbica superficial. Esta era dirigida para dentro dos tecidos periuretrais e um fio era usado para elevar a área do colo vesical. Este método trazia uma complicação importante, ou seja, a passagem às cegas da agulha e fio para dentro da bexiga por introdução inadvertida.

Em 1973, Stamey, propôs um método que utilizava também uma agulha introduzida a partir de uma incisão suprapúbica oferecendo as vantagens que Pereyra descrevia, ou seja, a incisão suprapúbica superficial e a não dissecação da bexiga e área do colo vesical. Outra vantagem consistia no uso de um apoio sintético colocado abaixo do tecido periuretral, dando maior força a estes tecidos. A inovação que Stamey propunha era o uso do cistoscópio para orientar a penetração da agulha e fio no colo vesical, eliminando a colocação inadequada dos pontos ou a sua introdução para dentro da bexiga.

Devido as vantagens da suspensão o colo vesical sob orientação endoscópica e de sua relativa simplicidade, desejamos discutir esta técnica com mais detalhes.

AValiação DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESTRESSE

Os sintomas da incontinência urinária de estresse (I.U.E.) podem ser divididos em três Graus:

- Grau I - Vazamento relacionado com estresse intenso (tosse, garga lhada, espirro);
- Grau II - Vazamento associado ao ato de correr e andar;
- Grau III - Incontinência total, mesmo em repouso.

É importante determinar, ao colher-se a história, quais as pacientes que relatam perda de urina após sentirem urgência para urinar (incontinência de urgência) e as referem dores suprapúbicas associadas com a bexiga cheia. O primeiro destes sintomas pode estar relacionado com a bexiga neuropática instável e o segundo com cistite intersticial. Essas duas situações devem ser bem avaliadas, pois nenhuma delas será corrigida com cirurgia.

A demonstração da I.U.E. constitui a parte mais importante da avaliação e deve ser feita durante o exame.

Quando a paciente está com a bexiga cheia e sente vontade de urinar, pedimos que urine no banheiro e colocamos um medidor de baixo do vaso sanitário para sabermos o volume eliminado. O volume é anotado e a paciente é cateterizada em seguida, com um catéter uretral 14 Fr, visando medir a urina residual que restou na bexiga. Se este volume residual for superior a 10% do volume miccionado, pode indicar uma bexiga neuropática não-contrátil.

Após registrar o volume residual, a bexiga é enchida lentamente, através de um catéter uretral conectado a uma seringa. Quando a paciente refere que está confortavelmente cheia (250-350ml), o volume de líquido na bexiga é registrado. Então a paciente é solicitada a tossir, ainda na posição de litotomia. Se a paciente possui vazamento que coincide com o ato de tossir, o exame é considerado completo. Podemos utilizar então, a manobra de Boney que consiste em colocar os dedos indicador e médio de cada lado da uretra e levan

tá-la. Solicitando-se a paciente para tossir, ela não mais perderá urina. Caso a paciente não demonstre vazamento nessa posição, pedimos que fique de pé e tussa com as pernas afastadas. Uma contração vesical surgirá dentro de 5 a 15 segundos após a tosse.

Antes de concluir o exame, deve ser inspecionado a presença de retoccele e cistoccele. O exame pélvico bimanual é necessário e a sensibilidade perineal deve ser averiguada.

Podemos utilizar a cistografia retrógrada com o auxílio de uma "correntinha", com o objetivo de determinarmos o ângulo uretrovesical posterior.

A avaliação urodinâmica é realizada nos casos de urgência urinária em que havia a suspeita de um componente neurológico na gênese I.U.E., ou se a paciente foi submetida a múltiplas operações anteriores.

Uma anamnese detalhada e um exame físico cuidadoso são suficientes para fazer o diagnóstico e indicar a cirurgia na maioria dos casos.

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

A paciente é submetida aos preparos pré-operatórios de rotina, na noite que antecede a cirurgia, incluindo nestes cuidados, enema de água e sabão, ducha com povidine e tricotomia.

Uma dose parenteral de aminoglicosídeo (gentamicina de 80 mg) é administrada na noite anterior e repetida uma hora antes da operação. Isto garante a urina estéril e produz um satisfatório nível tecidual de agente antimicrobiano por ocasião da cirurgia, reduzindo o risco de infecção pós-operatória.

TÉCNICA OPERATÓRIA

A cirurgia é realizada com a paciente na posição de litotomia modificada, com as pernas elevadas e a parte inferior do abdômen horizontal.

Os pequenos lábios são suturados lateralmente.

Realizam-se duas incisões cutâneas de 2-3 cm ao nível da sínfise púbica, que são aprofundadas até a aponeurose do músculo reto abdominal. Uma gaze seca pode ser colocada dentro de cada incisão, enquanto se continua a parte vaginal da operação.

O comprimento da uretra pode ser medido introduzindo um catéter uretral na bexiga e insuflando o balonete, sendo que este é posicionado ao nível do colo vesical sem tensão, enquanto o meato uretral é marcado sobre o catéter com uma pinça hemostática. Ao retirar o catéter, o balonete pode ser reinsuflado com a pinça ainda no local, medindo, dessa forma, o comprimento uretral aproximado.

A parte vaginal da cirurgia é iniciada. O catéter é reinstalado na bexiga e reinsuflado. A incisão vaginal é feita de-

baixo da uretra com um formato de um "T". Se a uretra é curta (2,5 cm ou menos), a porção transversa do "T" deve ser iniciada perto do meato uretral. Se a uretra é mais longa, a incisão pode ser iniciada mais profundamente na vagina. a incisão deve ser de 2-2,5 cm e pode ser iniciada na mucosa vaginal. O tecido vaginal anterior é separado da uretra, abrindo delicadamente as lâminas de uma tesoura curva de dissecção com as pontas dirigidas para baixo e as lâminas paralelas ao assoalho. A porção vertical da incisão em "T" é feita na mucosa vaginal que já foi separada da uretra. A incisão pode ser considerada completa, quando a mesma permite a introdução da ponta do dedo indicador de cada lado do catéter ao nível do colo vesical.

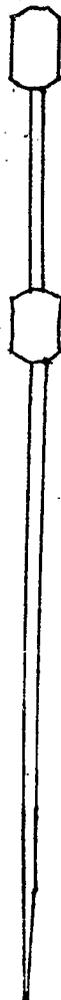


Figura 1. Agulha para introduzir o fio de nylon da incisão vaginal até a incisão suprapúbica.

Uma agulha longa, construída especialmente, é introduzida na borda interna de uma das incisões suprapúbicas e passada através da aponeurose do músculo reto na borda superior da sínfise pubiana. É dirigida a 1 cm ao longo da superfície posterior do pûbis. O catéter uretral é colocado, delicadamente, através da palma da mão, enquanto o dedo indicador levanta os tecidos ao nível do colo vesical até que a ponta da agulha seja palpada.

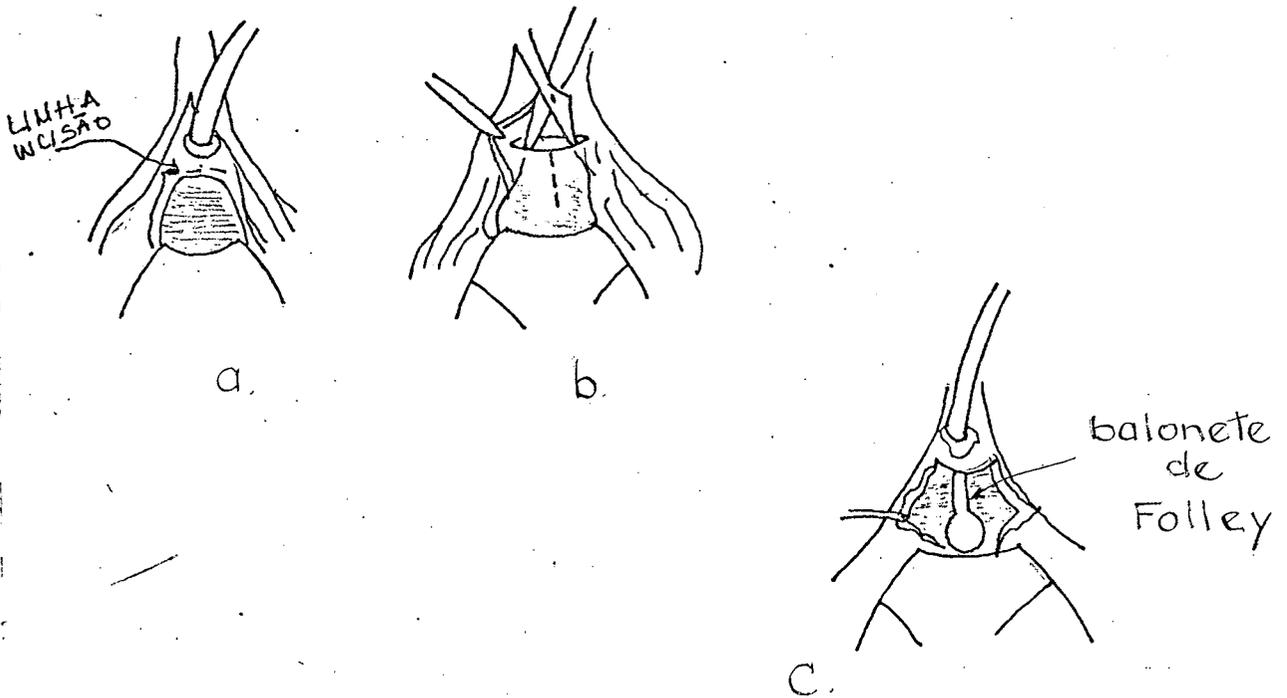


Figura 2. a-c, Ilustra a incisão vaginal em "T" que é feita por debaixo da uretra. É importante que as pontas da tesoura curva sejam dirigidas na direção da vagina, enquanto se define o plano entre a uretra e a mucosa vaginal, para evitar a penetração involuntária para dentro da uretra ou do colo vesical.

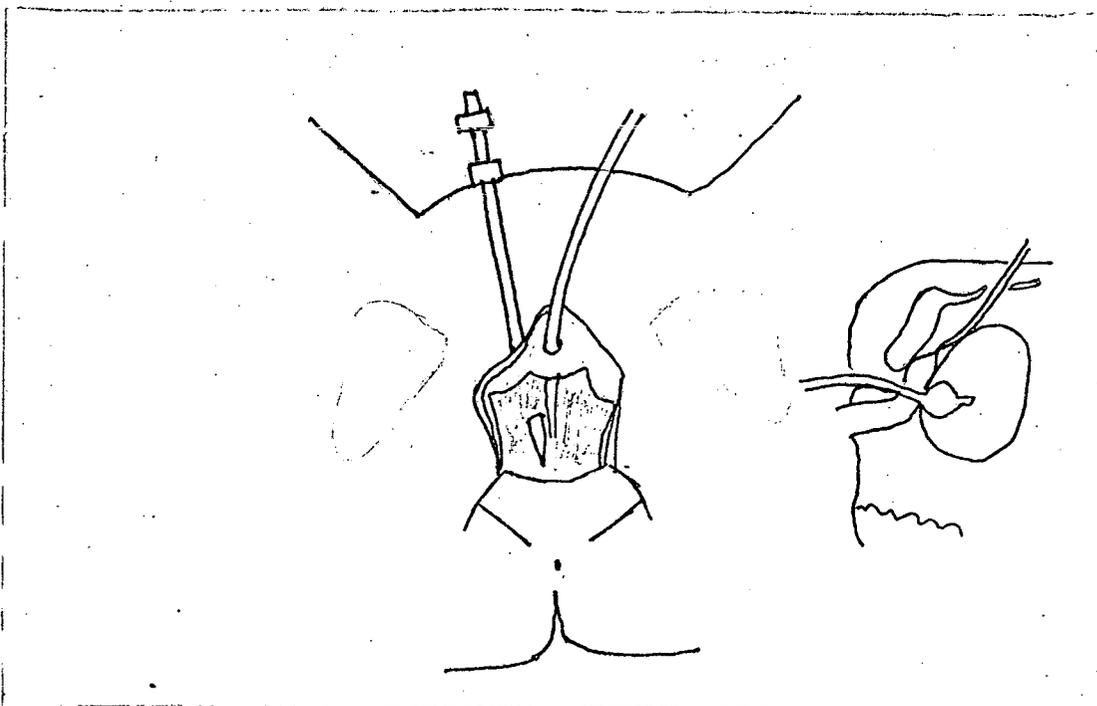


Figura 3. É mostrada a agulha na junção uretrovesical após a primeira passagem interna (medial). Como pode observar-se no detalhe, a agulha é orientada ao longo do colo vesical por um dedo que eleva os tecidos periuretrais, sendo a seguir orientada para dentro da incisão vaginal.

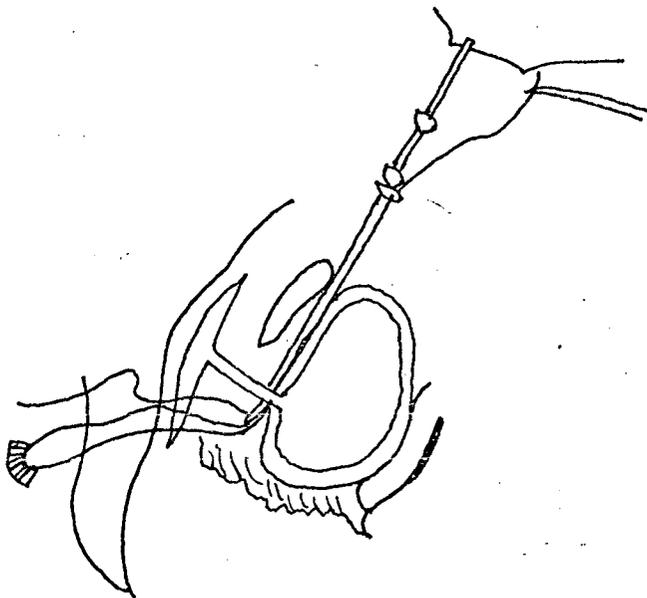
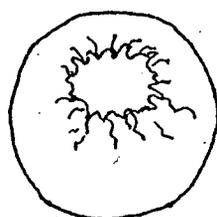
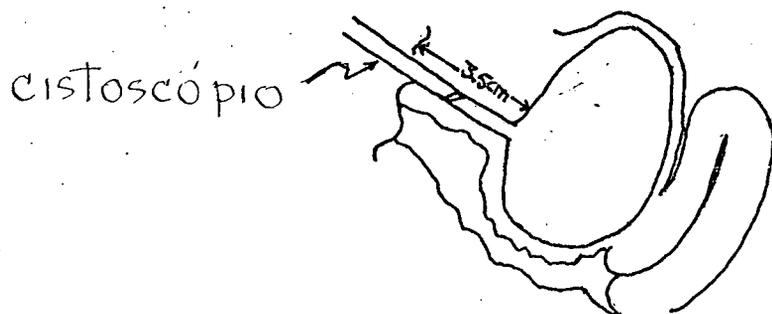


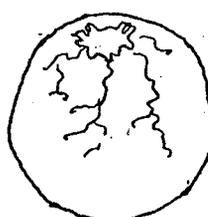
Figura 4. Após a segunda passagem da agulha sobre o lado ipsilateral da uretra, coloca-se o reforço de dacron sobre a extremidade vaginal do fio de nylon antes do mesmo ser introduzido no orifício da agulha. Esse reforço fornece apoio adicional aos tecidos periuretrais e ajuda a prevenir o esgarçamento produzido pelos pontos.

Então, a agulha é orientada ao longo do colo vesical até dentro da incisão vaginal, passando através da fâscia endopélvica pubocervical. A posição da agulha é avaliada, através de um cistoscópio in troduzido na bexiga. Se a agulha estiver na posição correta, é observado um entalhe sobre o colo vesical ipsilateral quando a mesma é movimentada lentamente da direita para a esquerda. Se a posição for incorreta ou se a agulha penetrou na bexiga ou na parede vesical, deve ser removida e reintroduzida.

Após a agulha estar posicionada corretamente, um fio de mononylon 2-0 é colocado no orifício da agulha e esta é retirada pela via suprapúbica. O fio de nylon agora possui uma extremidade dentro da incisão suprapúbica e outra na vagina. Realiza-se uma segunda passada da agulha a 1cm por fora da primeira, dentro da mesma incisão suprapúbica. A agulha é checada com o cistoscópio. Um enxerto de dacron de 1cm de comprimento e 5mm de diâmetro é colocado sobre o nylon para reforçar os tecidos periuretrais, antes da extremidade vaginal do fio de nylon ser introduzida através do orifício da agulha. Esta é retirada pela via suprapúbica. A seguir, o mesmo procedimento é repetido do outro lado da uretra.



ANTES



DEPOIS

Figura 5. Enquanto se exerce uma tração suprapúbica delicada através de dois fios de nylon, o panendoscópio pode ser utilizado para avaliar a facilidade de fechamento ao nível do colo vesical interno.

Depois que os pontos são colocados do lado oposto, o cistoscópio é colocado na uretra para avaliar o fechamento do colo vesical, enquanto se exerce levitação para cima através de cada apoio de nylon. O fechamento funcional do colo vesical pode ser observado quando o cistoscópio é removido e a bexiga ainda continua cheia. Caso o cistoscópio seja deprimido delicadamente ao ser removido, é quase certo que haverá vazamento abundante através do meato uretral. Isso pode ser eliminado facilmente com uma leve tração para cima, sob um ou ambos os pontos do nylon, destinados a realizar a suspensão. Quando o fechamento do colo é satisfatório, a incisão é fechada com uma sutura contínua de catéter cromado 3-0, de forma que ambos os contrafontes de dacron fiquem sepultados dentro da ferida. Um tampão vaginal seco é deixado na vagina até o dia seguinte.

Com a bexiga cheia, pode-se colocar um catéter vesical percutâneo suprapúbico.

A bexiga é esvaziada. Os dois suportes de fio de nylon são então tracionados superiormente com delicadeza até eliminar qualquer folga da alça. Pode ser necessário exercer pressão com um dedo sobre aponeurose do músculo reto abdominal para se ter certeza que foi removida qualquer folga extra. A tensão é reduzida e os pontos são amarrados sem tensão, de forma que o nó fique sobre a aponeurose do músculo reto. Cinco ou seis laçadas, no mínimo, são aplicadas sobre o nó. A pele e o tecido subcutâneo podem ser fechados num só plano com pontos de donnati de nylon 3-0.

A sonda suprapúbica pode ser fixada no local, usando-se adesivo impermeável, desde o ponto em que sai do abdômem até o umbigo. Um curativo de gaze seca pode ser colocado sobre as duas incisões suprapúbicas.

Nossos Resultados

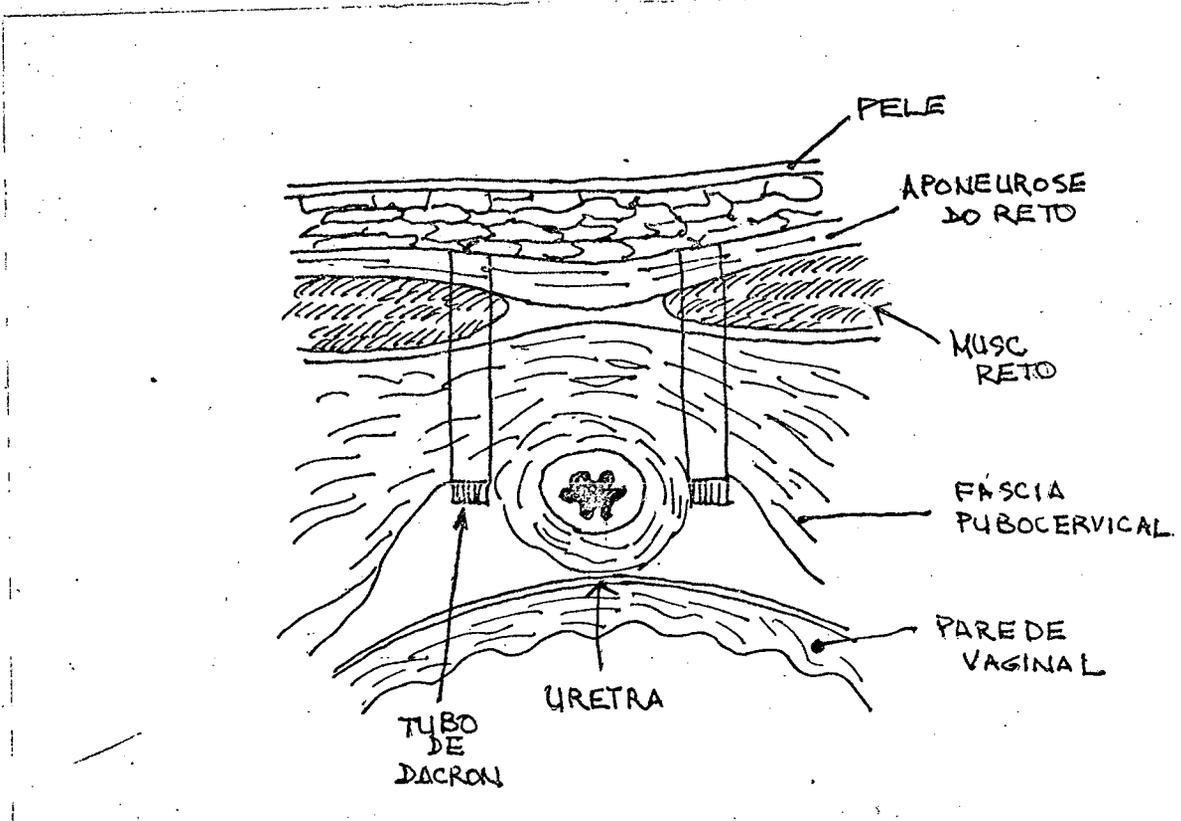


Figura 6. Este diagrama esquemático ilustra a colocação final dos pontos de nylon para a suspensão e seus reforços de dacron em cada lado da uretra. Neste diagrama pode-se ver que essa operação não é um procedimento tipo "tipôia"; a suspensão não passa por debaixo da uretra nem do colo vesical. É importante que os pontos de nylon sejam amarrados sem folga, porém igualmente sem tensão excessiva.

TRATAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

A profilaxia com aminoglicosídeos parenterais continua por 24 horas após a cirurgia. O tampão vaginal é retirado na manhã seguinte. Uma compressa perineal é colocada para absorver qualquer sangramento vaginal.

A paciente pode iniciar os ensaios miccionais no segundo ou terceiro dia pós-operatório, já que o desconforto após a cirurgia é mínimo. Ensina-se à paciente a manipular a pinça que controla a drenagem através do catéter suprapúbico. A pinça é fechada e pede-se que a paciente aumente a ingestão de líquido. Quando a bexiga da paciente estiver cheia e ela sentir uma vontade imperiosa de urina, solicita-se que urine dentro de um recipiente medidor colocado abaixo do vaso sanitário. Consiga ou não urinar, ela deve retornar para sua cama e abrir a drenagem para dentro do catéter suprapúbico por cinco a dez minutos para esvaziar a bexiga. A hora, o volume de urina eliminado, mesmo sendo zero, e o volume residual drenado através da sonda suprapúbica devem ser anotados.

Quando a paciente consegue urinar 75% do volume vesical total, o catéter suprapúbico pode ser removido. Se ela não consegue urinar esse volume cinco ou seis dias após a operação, a paciente pode receber alta com o catéter no local e continuar registrando os resultados dos ensaios miccionais em casa. A seguir, ela é reavaliada no consultório. Se no pós-operatório deixou-se um catéter uretral na bexiga da paciente, ela pode ser instruída a realizar a auto-cateterização intermitente. Esta cateterização é interrompida quando o volume residual é menor ou igual a 25% do volume vesical total. Não se usam agentes antimicrobianos enquanto o catéter suprapúbico estiver no local, ou quando a paciente estiver realizando a auto-cateterização intermitente. Quando cessa a cateterização, ou depois que o catéter suprapúbico é removido, a paciente é tratada vários dias com um agente antimicrobiano oral de longo espectro para esterilizar a urina.

Assim que a paciente retornar ao consultório, depois que o agente antimicrobiano foi suspenso por duas semanas ou mais, pode-se obter uma amostra de urina cateterizada para cultura e determinar o volume residual após a micção. Deve-se administrar agentes antimicrobianos profiláticos por 24 horas para evitar uma possível infecção da bexiga associada ao catéter.

MATERIAL E MÉTODOS

O material de pesquisa foi extraído dos arquivos do Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis, durante o período compreendido entre junho de 1980 a julho de 1985.

A metodologia seguida foi retrospectiva.

Foram levantados uma amostra de 23 pacientes, com idade variada de 28 a 59 anos, que tiveram Incontinência Urinária de Estresse, constituindo assim o nosso grupo de estudo.

As variáveis analisadas, são as seguintes:

idade, número de partos, cirurgias prévias, grau de incontinência, avaliação urodinâmica pré-operatória, tipo de anestesia, tempo de cirurgia, tempo de cistostomia, permanência hospitalar, uso de antibiótico, cura da incontinência, presença de dor suprapúbica e condições clínicas das pacientes.

RESULTADOS

A sususpensão endoscópica do colo vesical foi empregada em 23 pacientes que apresentavam I.U.E. graus II e III. No período de junho de 1980 à julho de 1985 no Hospital Governador Celso Ramos.

A idade das pacientes variava entre 28 e 59 anos, sendo que a média de idade foi 43,17 anos. Todas eram multíparas, com a exceção de duas. A média de partos foi de 5,17 por paciente.

Quanto as cirurgias prévias realizadas nestas mulheres, verificamos que 12 delas já haviam sido submetidas à operações anteriores, o que dá um total de 52,18%. A maioria destas 12 pacientes, em número de 8 (34,78%), sofreram uma intervenção cirúrgica pela técnica de Kelly-Kennedy. 3 pacientes foram operadas 2 vezes no passado, totalizando 13,05%, pelas técnicas de Kelly-Kennedy e Marshal-Marchetti-Krantz. Das 23 mulheres que constituem nosso grupo de estudo, 11 não tinham operações prévias, constituindo 47,82%.

O grau de incontinência urinária que prevaleceu, de forma expressiva foi o II, com 95,65%. Registramos 1 caso (4,35%) de incontinência grau III e nenhum caso de grau I.

A avaliação urodinâmica foi efetuada sempre que houvesse suspeita de que alguma neuropatia fosse a causadora da incontinência. A técnica foi utilizada somente quando esta suspeita foi afastada.

O tipo de anestesia mais empregado foi a Peri-Dural com 56,52%, ou seja, 13 vezes. A anestesia geral fez-se presente em 9 casos (39,13%) e a Raque em 1 caso (4,35%).

Pudemos observar que o tempo de cirurgia foi progressivamente diminuindo a medida que o procedimento foi utilizado. O tempo cirúrgico variou de 2 horas e 45 min. à 1 hora, com uma média de 1 hora e 21 minutos.

A cistostomia foi retirada do 2º ao 8º dias, pós-operatórios, sendo que 4 dias (26,10%) foi o tempo predominante, seguido por 2 dias (21,70%). A média foi de 5 dias.

Quanto a permanência hospitalar, houveram variações entre 3 e 15 dias. A média foi de 8 dias e a maior incidência (21,70%) também é de 8 dias.

Verificamos que 15 pacientes fizeram uso de antibiótico ou seja, 65,20% do total. Bactrim foi o agente antimicrobiano mais utilizado em 7 oportunidades (30,45%). Em 8 mulheres não foi necessário administrar antibiótico.

Ressaltamos que 21 das 23 pacientes operadas foram consideradas curadas da sua incontinência urinária, ou seja, os resultados foram positivos em 91,30% dos casos. Uma paciente relatou que continuou incontinente e outra referiu piora da incontinência.

A presença da dor suprapúbica não foi observada, em nosso estudo.

Em 18 pacientes (78,25%) não foram notadas quaisquer alterações das condições clínicas. A obesidade foi configurada em 4 casos (17,40%). Uma paciente era broncopata e apresentava alterações mentais.

As complicações pós-operatórias registradas, em número de 4 (17,40%) são discretas e a morbidade é pequena.

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 1 - IDADE DOS PACIENTES

IDADE	Nº	%
28	1	4,35
32	2	8,70
34	2	8,70
36	1	4,35
38	3	13,00
41	1	4,35
42	1	4,35
43	2	8,70
44	1	4,35
47	1	4,35
49	2	8,70
50	1	4,35
52	1	4,35
54	1	4,35
55	2	8,70
59	1	4,35
TOTAL	23	100,00

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 2 - PARTOS

PARTOS	Nº	%
1	2	8,70
3	5	21,73
4	4	17,39
5	5	21,73
6	2	8,70
7	2	8,70
8	1	4,35
9	1	4,35
18	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 3 - CIRURGIA PRÉVIA

CIRURGIA	Nº	%
NENHUMA	11	47,82
UMA (1) KK*	8	34,78
UMA (1) MMKO	1	4,35
DUAS (2) MMK	1	4,35
DUAS (2) KK	1	4,35
DUAS (2) KK MMK	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

*KK: Kelly-Kennedy

oMMK: Marshall-Marchetti-Krantz

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 4 - GRAU DE INCONTINÊNCIA

GRAU	Nº	%
II	22	95,65
III	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 5 - AVALIAÇÃO URODINÂMICA

AVALIAÇÃO URODINÂMICA	Nº	%
NÃO	22	95,65
SIM*	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

*SIM: RESULTADO NORMAL

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 6 - TIPO DE ANESTESIA

ANESTESIA	Nº	%
PERI-DURAL	13	56,52
GERAL	9	39,13
RAQUE	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 7 - TEMPO DE CIRURGIA

TEMPO DE CIRURGIA	Nº	§
1 HORA	1	4,35
1 HORA e 5 MIN.	3	13,00
1 HORA e 10 MIN.	1	4,35
1 HORA e 15 MIN.	2	8,70
1 HORA e 20 MIN.	1	4,35
1 HORA e 25 MIN.	1	4,35
1 HORA e 40 MIN.	2	8,70
1 HORA e 45 MIN.	4	17,40
1 HORA e 50 MIN.	1	4,35
2 HORAS	2	8,70
2 HORAS e 10 MIN.	1	4,35
2 HORAS e 15 MIN.	2	8,70
2 HORAS e 25 MIN.	1	4,35
2 HORAS e 45 MIN.	1	4,35
TOTAL	23	100,00

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 8 - TEMPO DE CISTOSTOMIA

TEMPO DE CISTOSTOMIA	Nº	%
2 DIAS	5	21,70
3 DIAS	1	4,35
4 DIAS	6	26,10
5 DIAS	4	17,40
6 DIAS	2	8,70
7 DIAS	1	4,35
8 DIAS	4	17,40
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 9 - PERMANÊNCIA HOSPITALAR

PERMANÊNCIA	Nº	%
3 DIAS	1	4,35
4 DIAS	1	4,35
5 DIAS	1	4,35
6 DIAS	2	8,70
7 DIAS	2	8,70
8 DIAS	5	21,70
9 DIAS	1	4,35
11 DIAS	2	8,70
12 DIAS	4	17,40
13 DIAS	2	8,70
14 DIAS	1	4,35
15 DIAS	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 10 - USO DE ANTIBIÓTICO

ANTIBIÓTICO	Nº	%
NENHUM	8	34,80
BACTRIM	7	30,45
KEFAZOL	5	21,70
CEFRADOL	1	4,35
BINOTAL	1	4,35
FLOXACEN	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 11 - RESULTADOS OBTIDOS

RESULTADOS	Nº	%
CURADA DA INCONTINÊNCIA	21	91,30
PERSISTE A INCONTINÊNCIA	1	4,35
PIOROU DA INCONTINÊNCIA	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 12 - PRESENÇA DE DOR SUPRAPÚBICA

DOR SUPRAPÚBICA	Nº	%
NÃO	23	100,00
SIM	—	—
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 13 - CONDIÇÕES CLÍNICAS

CONDIÇÕES CLÍNICAS	Nº	%
SEM PARTICULARIDADES	18	78,25
OBESOS	4	17,40
BRONCOPATA + ALTERAÇÕES MENTAIS	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

SUSPENSÃO ENDOSCÓPICA DO COLO VESICAL

TABELA 14 - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

COMPLICAÇÕES	Nº	%
NENHUMA	19	82,60
INFECÇÃO DE PAREDE	3	13,05
LEUCORRÉIA INESPECÍFICA	1	4,35
TOTAL	23	100,00

HGCR-SAME, FPOLIS, 1985

COMENTÁRIOS

Diversos fatores parecem estar envolvidos com a I.U.E., incluindo o comprimento uretral, a transmissão da pressão intraabdominal para dentro da bexiga e uretra, e a posição vesico-uretral. O fator mais importante parece ser a perda da posição normal da junção vesico-uretral, que, quando se mobiliza para a posição posterior e interior para dentro da vagina, altera a relação de pressão intravesical e intrauretral, fazendo com que a primeira seja maior, e em consequência a incontinência urinária aparece quando a paciente faz esforços. A finalidade do tratamento cirúrgico da I.U.E. é restaurar a posição normal da junção vesico-uretral sem determinar obstrução.

Stamey modificou e popularizou a técnica da suspensão endoscópica do colo vesical conseguindo mais de 90% de sucesso.

Na nossa experiência, 91,30% das pacientes ficaram curadas com esta técnica, o que é comparável com a taxa de cura de Stamey, ou seja 92 a 93%.

A abordagem endoscópica oferece várias vantagens sobre as outras técnicas anti-incontinência. A perda sanguínea e a morbidade é menor porque uma operação pélvica aberta é evitada. Obesidade, trauma pélvico, ou cirurgia prévia não são contra indicações para a cirurgia. Por outro lado, por esta técnica conseguimos posicionar perfeitamente os pontos. Pela identificação precisa do colo vesical. Complicações são infrequentes. Em nossa série não houve complicações intra-operatórias. Como complicações pós-operatórias, tivemos infecção de parece em 3 casos e um caso de leucorréia inespecífica. O procedimento permite as pacientes urinarem precocemente, a partir do 2º dia pós-operatório.

Nos casos nos quais a técnica falhou, um já apresentava incontinência urinária de esforço, desde a adolescência, já tinha sido submetido a duas operações pela técnica retropúbica.

O procedimento foi indicado para pacientes que apresentavam incontinência U.E. grau II (22 casos) e III (1 caso) sendo que 12 desses casos já tinham pelo menos uma cirurgia prévia. Nas pacientes onde havia dúvida quanto associação de instabilidade vesical, o estudo urodinâmico foi realizado. Dos 11 casos virgens

de tratamento, onde o procedimento foi utilizado, todas estão curadas. Nas 12 pacientes com cirurgia prévia, 10 estão curadas, uma não houve qualquer modificação da sua incontinência, e a outra piorou após a cirurgia, passou de uma I.U.E. grau II para III. Nesses 2 casos ambas tinham 2 cirurgias prévias e a uretra e bexiga estavam envoltas, em processo fibroso intenso, estando localizadas praticamente na sua posição normal. De formas que pouco se conseguiu elevar o colo vesical com este procedimento.

SUMMARY

The autores make considerations about urinary stress incontinence and use of the endoscopic suspension of the bladder neck by the stamey technique in 23 patients and emphasize the good results with this procedure.

CONCLUSÃO

A suspensão endoscópica do colo vesical foi utilizada em 23 pacientes com incontinência urinária de estresse graus II e III. Os resultados positivos, ou seja, a cura da incontinência foi obtida, em caráter definitivo, em 21 pacientes (91,30%). As complicações pós-cirúrgicas são discretas (4 casos), sendo 3 infecções de parede e 1 leucorréia inespecífica.

Todos os casos sem cirurgias prévias, 11 ao todo, foram curadas. Das 12 pacientes já operadas por outras técnicas anteriormente, 10 estão curadas e 2 continuam incontinentes.

Concluimos que esta técnica revelou-se um meio bem sucedido de corrigir esse problema, pois apresenta vantagens com relação aos outros métodos empregados para corrigir a incontinência urinária de estresse. Uma incisão suprapúbica dolorosa é evitada, o pós-operatório é reduzido, não é necessária uma dissecação extensa ao redor do coló vesical e região retropúbica, evitando assim um sangramento. Tentativas prévias de correção da incontinência, obesidade ou fibrose local não aumentam necessariamente a dificuldade, nem a morbidade deste procedimento. A colocação exata dos pontos que elevam a abertura vesicouretral interna é favorecida pelo uso do cistoscópio. Isso permite a visualização do colo vesical interno. Os reforços de dacron fornecem um apoio adicional aos tecidos periuretrais, pois são colocados debaixo dos mesmos.

Além disso, é método menos invasivo e relativamente simples. Pode, ainda, ser combinado com procedimentos abdominais e vaginais, realizados com outras finalidades, proporcionando bons resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KELLY, H.A., and Dumm, W.M.: Urinary incontinence in women, without manifest injury to the bladder Surg. Gynecol. Obstet., 18:444-450, 1914
2. Marshall, V.F., Marchetti, A.A., and Krantz, K.E.; The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. Surg. Gynecol. Obstet., 88:509-518, 1919.
3. Pereyra, A.J.: A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women. West. J. Surg., 67:223-226, 1959.
4. Stamey, T.A.: Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. Surg. Gynecol. Obstet., 136:547-554, 1973.
5. Stamey, T.A.: Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females: Report on 203 consecutive patients. Ann Surg., 192:465, 1980.
6. Stanton, S.L.: Female urinary incontinence. London, Lloyd Luke Ltd, 1977.
7. Ullery, J.C.: Stress incontinence in the female. New York, Grune and Stratton, 1953.

TCC
UFSC
CC
0076

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0076

Autor: Santos Júnior, Wil

Título: Suspensão endoscópica do colo ve



972815095

Ac. 252911

Ex.1 UFSC BSCCSM