

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

COLPOPERINEOPLASTIA

- ESTUDO DE CASOS -

Autoras:

MARIA HELENA B. KREUTZFELD

SHEILA RIBEIRO

Doutorandas 11ª fase do
curso de graduação em
Medicina.

**- FLORIANÓPOLIS -
1991**

8.0

L. de L.

"Assim é a vida
Cair sete vezes
E se levantar oito"

Roland Barthes

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Lúcio José Botelho
pelo estímulo, colaboração e
dedicação.

Ao Dr. Ricardo Nascimento pela
orientação recebida.

A Ricardo A. Hauer
que com sua colaboração foi
fundamental à concretização
deste trabalho.

Í N D I C E

- Abstract	
I - Resumo	
II - Introdução	01
III - Casuística e Métodos	04
IV - Resultados	05
V - Comentários	16
VI - Considerações finais	21
VII - Referências Bibliográficas	23

ABSTRACT

We have analyzed ninety three patients who suffered urethrocystoexy at Maternidade Carmela Dutra Hospital, in the period of May, 1990 to April, 1991. In all of them the surgedus have done Kelly-Kennedy loops.

We noticed that patients have come from Florianópolis, with an average of 44,8 years old, most of them were housewives and the main indication was rectocystocele.

All the patients have used Folley catheter and antibiotic at the pos-operative period. They have stayed in the hospital an average period of 4 days and the most frequent complication detected was urinary retention.

I - RESUMO

As autoras analisaram noventa e três pacientes submetidas a colpoperineoplastia (C.P.P.) na Maternidade Carmela Dutra (M.C.D.), no período de maio de 1990 a abril de 1991. Todos sofreram a intervenção cirúrgica com pontos de Kelly-Kennedy (K-K).

Verifica-se que as pacientes eram fundamentalmente da região de Florianópolis, com idade média de 44,8 anos, sendo a maioria "do lar", com diagnóstico mais freqüente de retocistocele.

Todas usaram sonda de Folley e antibiótico no pós-operatório. A permanência de internação hospitalar foi em média de quatro dias e a complicação mais freqüente foi retenção urinária.

II - INTRODUÇÃO

O presente trabalho se fundamenta num estudo de casos sobre a colpoperineoplastia (C.P.P.) na Maternidade Carmela Dutra (M.C.D.).

A C.P.P. com pontos de Kelly-Kennedy (K-K) tem como uma das indicações principais a incontinência urinária de esforço (I.U.E.), sendo que os fatores estético e anatômico também foram relevantes. Seu objetivo é reestabelecer a integridade do A.U.P. e a inclinação uretral, por via vaginal⁽¹⁾.

Para compreender o estágio em que se encontra essa técnica cirúrgica observou-se que Howard A. Kelly, em 1913, foi o primeiro a escrever a respeito da I.U.E., quando selecionou a uretra posterior como local de principal relaxamento anatômico, centralizando neste ponto a reconstituição cirúrgica. (2,3,4)

No ano seguinte Kelly e Dunn realizaram a cirurgia para a correção de tal entidade, que consistiu na confecção de suturas em "U" no fâscia, ao nível do colo vesical (pontos de Kelly), usando como reparo o balão da sonda de Folley.

(2,3,5) Esses pontos tiveram a finalidade de elevar o colo vesical, restaurando o A.U.P.

Posteriormente, no ano de 1937, Kennedy aperfeiçoou a técnica de Kelly, acrescentando a esta a confecção de pontos em forma de "U" periuretrais. (2,3)

No espaço de algum tempo, várias técnicas para igual fim foram idealizadas. (6) De destaque são as operações de Marshall - Marchetti - Krantz e de Burch, ambas por via supra-púbica. (1,2,3,4,6) Entretanto é a C.P.P. com pontos de K-K que vem sendo consagrada pelo uso rotineiro em vários serviços de tocoginecologia. (3)

É interessante aqui ressaltar que na M.C.D. a técnica de escolha é a C.P.P. com pontos de K-K. (7,10)

Dada a elevada frequência (7%) e o desconforto social que a I.U.E. acarreta à população feminina e a conseqüente necessidade de reparo cirúrgico da alteração anatômica que se associa a ela, percebeu-se a real importância do aprofundamento do seu estudo para atingir a terapêutica ideal.

A etiopatogenia da I.U.E. está relacionada com o relaxamento do diafragma pélvico: músculos, fâscias e ligamentos que mantêm a uretra e o colo vesical em sua posição normal. (1,2,3,8,9)

Vale ressaltar que o fator obstétrico (partos múltiplos ou traumáticos, trabalho de parto prolongado,

ERRATA

Pág. 1, 2º§, 5ª linha: onde A.U.P.: lê-se AUP (Ângulo uretrovesical posterior).

Pág.19, 4º§, 4ª linha- onde registrarom, lê-se registraram.

Pág. 20, 3º §, 3ª linha onde com a bibliografia pesquisada (5,11,13,16), lê-se com a maioria da bibliografia pesquisada (5,11,13).

nascimento de bebê grande, etc) é fundamental na gênese destas alterações anatomo-funcionais (2,8,9,10). Existem casos entretanto, que independem dos fatores acima citados e devem-se ao tipo constitucional, caracterizado por frouxidão das estruturas do aparelho de suspensão das vísceras pélvicas. (2,10)

Atualmente o tratamento da I.U.E. é eminentemente cirúrgico, visto que : um A.U.P. apagado só poderá ser refeito, suspenso e fixado às custas de uma tática cirúrgica. (3,5)

A C.P.P. com pontos de K-K é de fácil execução e na maioria das vezes de bom resultado. Entretanto, pode apresentar algumas complicações no pós-operatório, tais como: infecção e retenção urinária. (6,10)

Com o objetivo de avaliar a realidade da C.P.P. na M.C.D., realizou-se um trabalho que se sustenta num levantamento estatístico em nosso meio, comparando-o com outras casuísticas.

III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte sem controle de pacientes submetidos a C.P.P. no intervalo de um ano. Com respeito ao período de maio de 1990 a fevereiro de 1991 os dados foram aferidos historicamente e de março a abril de 1991, contemporaneamente.

Foram excluídos dessa casuística 15 casos. Deveu-se isso ao fato de uns corresponderem a convênios (UNIMED, IPESC, Banco do Brasil, Eletrosul) tornando-os de difícil acesso, outros por ausência e/ou insuficiência de dados no Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticas (SAME) da M.C.D. pertencente à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (F.H.S.C.).

Para todas as pacientes foram observados os seguintes parâmetros de avaliação: idade, profissão, procedência, categoria, gestações, paridade, tempo de internação, indicações cirúrgicas (clínicas e anatômicas), descrição cirúrgica, cirurgias associadas, anestesia, antibioticoterapia (tipo e posologia), complicações (presença e tipos), e quanto à sonda: se utilizada ou não, tipo e número, tempo de permanência, caráter de uso (contínuo ou intermitente).

Os dados foram tabulados e tratados estatisticamente.

IV - RESULTADOS

Com relação à faixa etária a média de idade foi 44,8 anos + 13,1 (vide tabela I).

TABELA I - C.P.P. segundo faixa etária

Faixa etária (anos)	Pacientes	
	nº	%
26 - 29	4	4,3
30 - 39	33	35,5
40 - 49	33	35,5
50 - 59	11	11,8
60 - 69	9	9,7
70 - 79	3	3,2
TOTAL	93	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

Analisando a procedência houve predomínio das pacientes de Florianópolis (47,3%), seguida das procedentes de São José (20,4%) e outras em menor número, como por exemplo: Biguaçu, Palhoça, Aguas Mornas, Celso Ramos, etc.

A profissão mais freqüente foi "do lar", onde foram incluídas as aposentadas. Ambas totalizaram 65,6%, seguidas

por domésticas e serviçais com 10,7% e em menor número: comerciantes, bancárias, manicures, professoras, etc.

O tempo médio de internação foi 4 dias, melhor demonstrado na tabela II.

TABELA II - C.P.P. segundo período médio de internação

Tempo de internação (dias)	Pacientes	
	nº	%
até 4	75	80,7
5 ou mais	18	19,3
TOTAL	93	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

Dentre as indicações cirúrgicas, a mais freqüente foi a associação retocistocele com 65,6%, seguida de retocistocele + rotura perineal com 11,9% e cistocele com 9,7%. As indicações menos freqüentes encontram-se na tabela III.

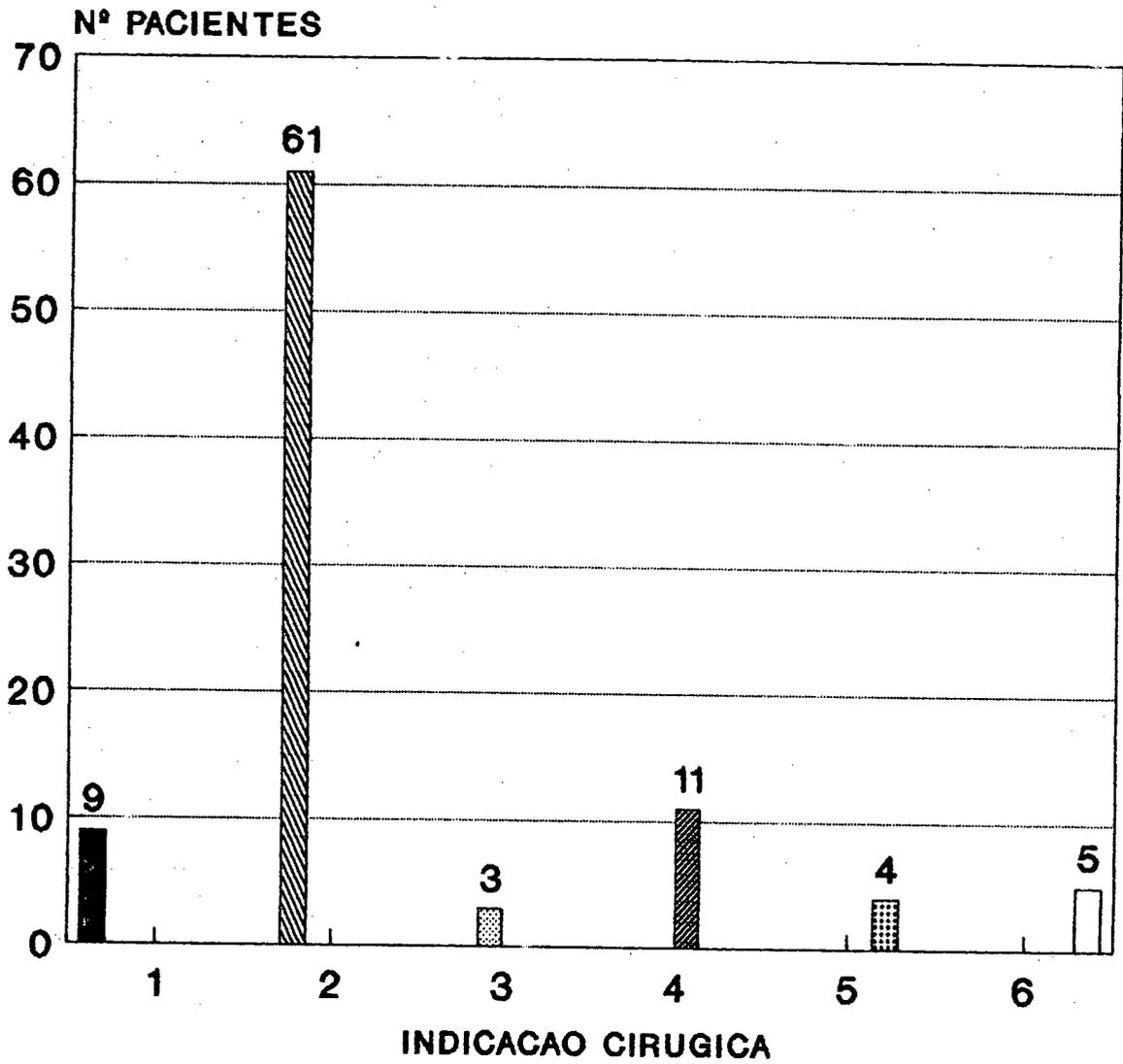
TABELA III - C.P.P. segundo a indicação cirúrgica

Indicação cirúrgica	Pacientes	
	nº	%
cistocele	9	9,7
retocistocele	61	65,6
cistocele + rotura perineal	3	3,2
retocistocele + rotura perineal	11	11,8
retocistocele + rotura perineal + prolapso uterino	4	4,3
retocistocele + outros*	5	5,4
TOTAL	93	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

* NOTA - outros referem-se a: hipertrofia de pequenos lábios
pólipo uterino
hipertrofia de colo uterino

GRAFICO I - C.P.P. segundo indicação cirúrgica



-  **CISTOCELE**
-  **RETOCISTOCELE**
-  **CISTOCELE + ROTURA PERINEAL**
-  **RETOCISTOCELE + ROTURA PERINEAL**
-  **RETOCISTOCELE + ROTURA PERINEAL + PROLAPSO UTERINO**
-  **RETOCISTOCELE + OUTROS**

Houve cirurgias associadas a C.P.P. em 19 casos sendo a mais freqüente a interrupção do trânsito tubário (I.T.T.). Houve 1 caso de excerése de hipertrofia de pequenos lábios, outro de extirpação de pólipó uterino e por último um caso de cirurgia de Manchester.

TABELA IV - C.P.P. segundo cirurgias associadas

cirurgia associada	Pacientes	
	nº	%
não houve	74	79,6
I.T.T.	16	17,2
outras*	3	3,2
TOTAL	93	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

* NOTA - outras: excerese de hipertrofia de pequenos lábios
extirpação de pólipó uterino
cirurgia de Manchester

TABELA V - C.P.P. segundo a anestesia utilizada

anestesia	Pacientes	
	nº	%
Raqueanestesia	81	87,1
Peridural	10	10,8
Geral inalatória	2	2,1
TOTAL	93	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

Sonda de Folley foi utilizada em todas as pacientes no pós-operatório imediato. O número de sonda mais utilizada foi a 16 seguida pelo 14 (vide tabela VI).

TABELA VI - C.P.P. segundo número de sonda

número de sonda	Pacientes	
	nº	%
12	5	5,4
14	34	36,5
16	42	45,2
18	12	12,9
TOTAL	93	100

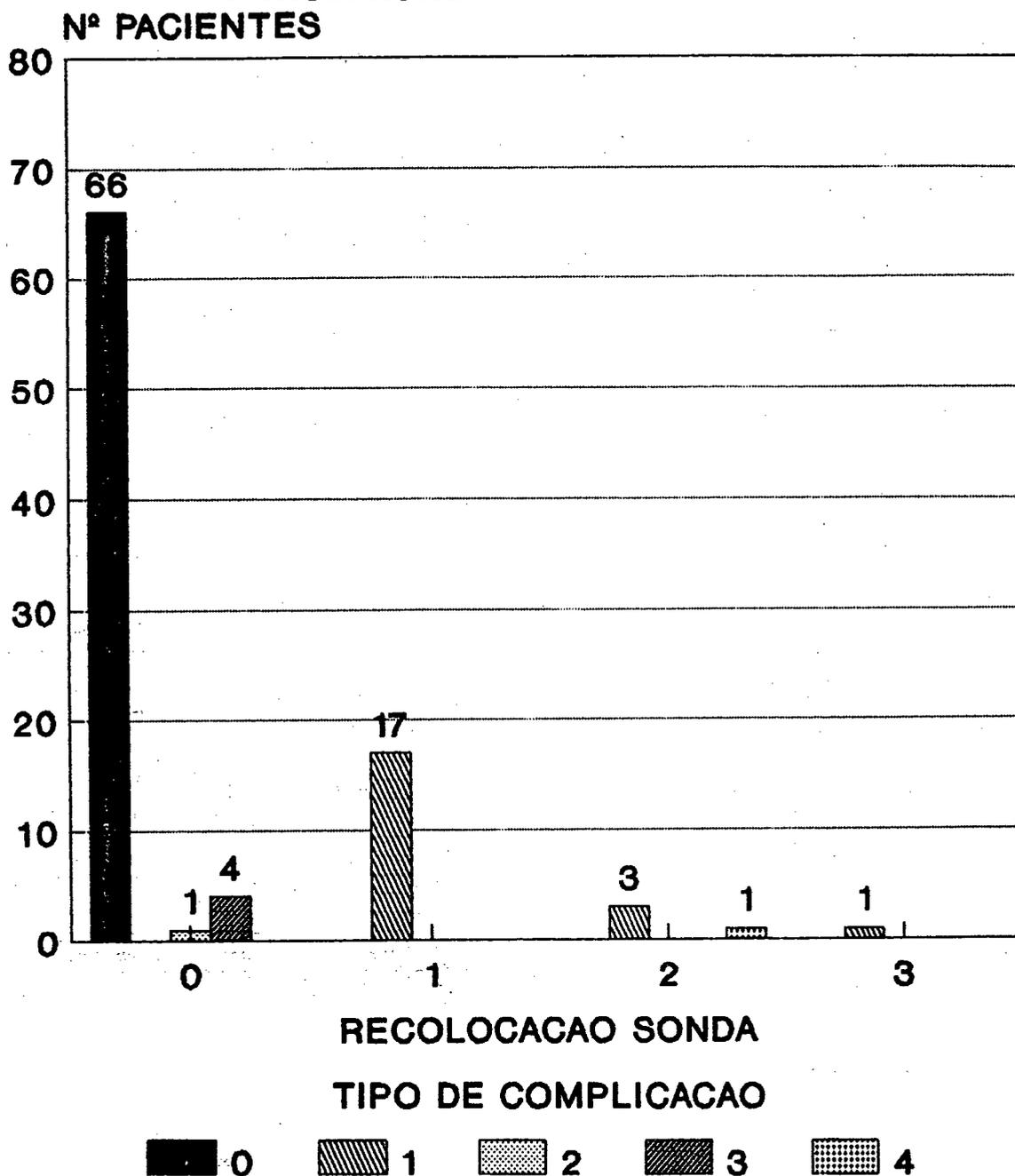
Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

TABELA VII - C.P.P. segundo recolocação de sonda de Folley

recolocação de sonda (nº de vezes)	Pacientes	
	nº	%
0	71	76,3
1	17	18,3
2	4	4,3
3	1	1,1
TOTAL	93	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

GRÁFICO II - C.P.P. segundo relação entre recolocação de sonda e complicações

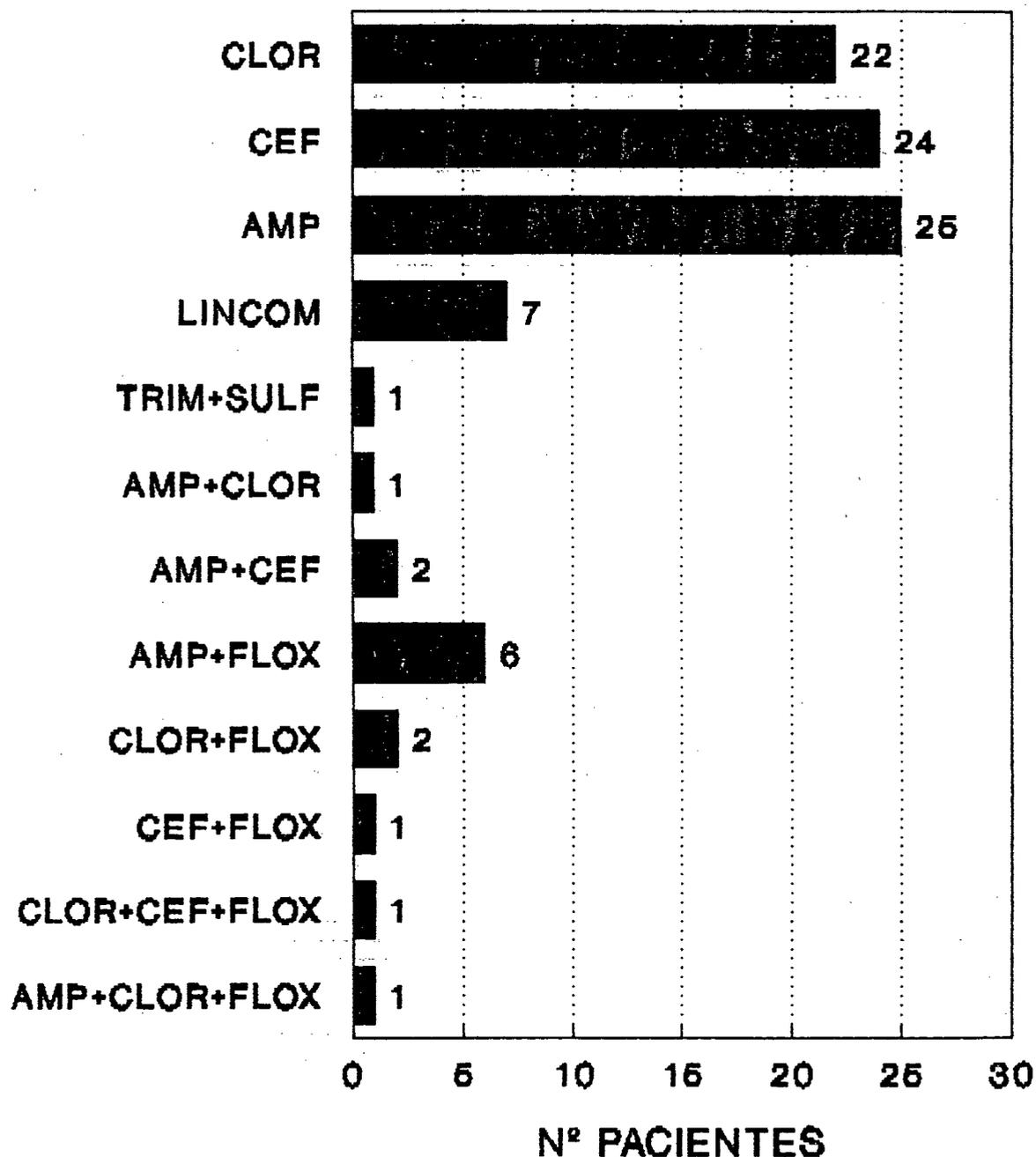


Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

* nota:

- 0 - 0 - ausência de complicações
- 1 - RU - retenção urinária
- 2 - DS - deiscência de sutura
- 3 - SG - sangramento
- 4 - LV - lesão vesical

GRAFICO III - C.P.P. segundo antibioticoterapia
ANTIBIOTICO



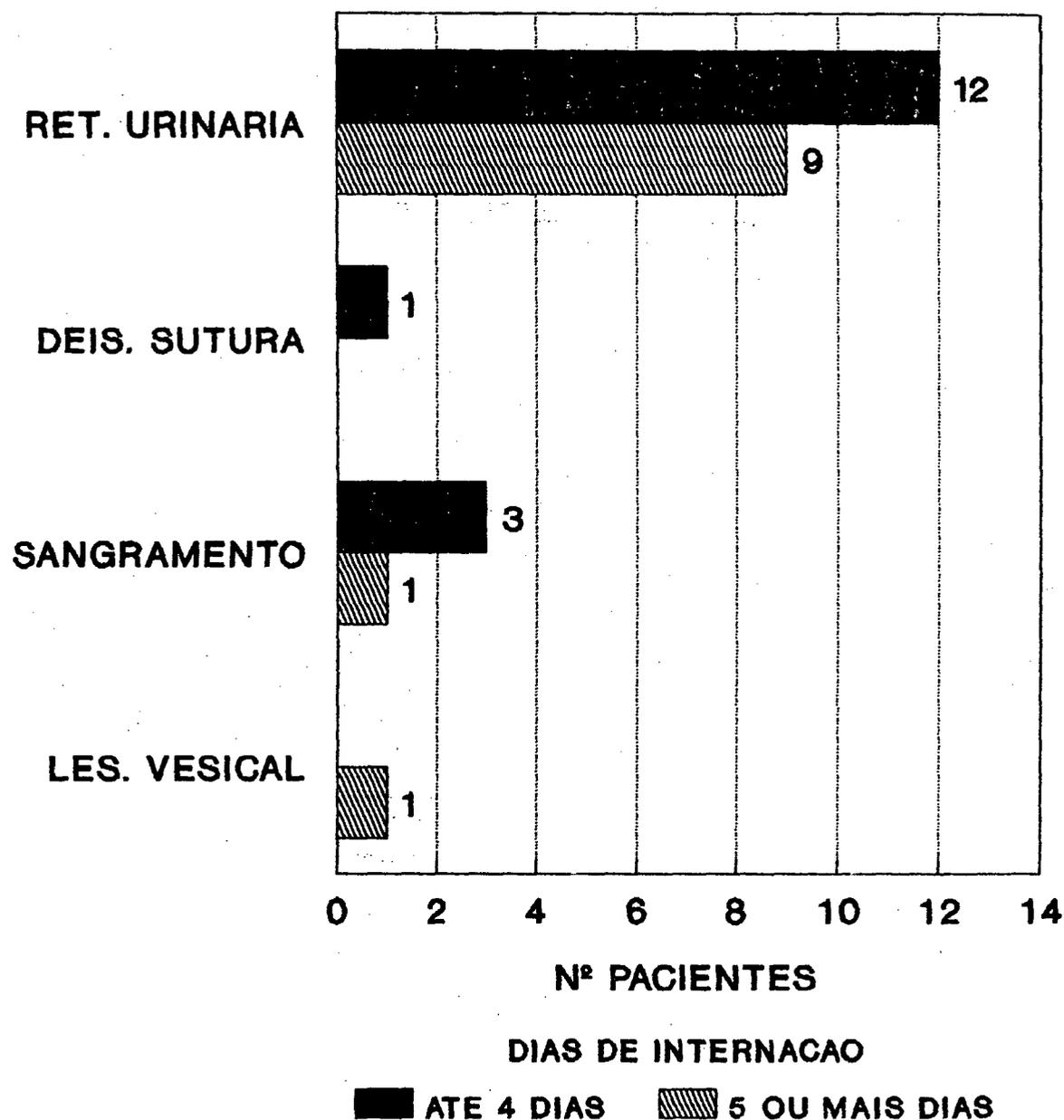
Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

* nota: clor - cloranfenicol
 cef - cefalosporina
 amp - ampicilina
 lincom - lincomicina
 trin+sulf - trimetoprim + sulfametoxazol
 flox - norfloxacino

Antibioticoterapia foi utilizada de rotina no pós-operatório imediato. A mais freqüente foi Ampicilina com 26,9% dos casos, seguido por cefalosporina com 25,8% e clo-ranfenicol com 23,7%.

GRÁFICO IV - C.P.P. segundo relação entre dias de internação e complicações

COMPLICAÇÃO



Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

* nota: Ret. urinária - Retenção urinária
 Deis. sutura - Deiscência de sutura
 Les. Vesical - Lesão vesical

TABELA VIII - C.P.P. segundo dias de internação e complicações

	Dias de internação				Total	%
	até 4	%	5 ou mais	%		
Retenção urinária	12	75,0	9	81,8	21	77,8
Deiscência de sutura	1	6,2	0	0	1	3,7
Sangramento	3	18,8	1	9,1	4	14,8
Lesão vesical	0	0	1	9,1	1	3,7
TOTAL	16	100	11	100	27	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

TABELA IX - C.P.P. segundo relação entre dias de internação e complicações

	Dias de internação				Total	%
	até 4	%	5 ou mais	%		
com complicação	16	17,2	11	11,8	27	29,0
sem complicação	59	63,5	7	7,5	66	71,0
TOTAL	75	80,7	18	19,3	93	100

Fonte: SAME - M.C.D. (Fpolis, maio/90 a abril/91)

($X^2 = 11,15$; $p < 0,01$)

V - COMENTÁRIOS

No que tange à faixa etária das pacientes submetidas à C.P.P. com pontos de K-K, verificou-se na literatura o predomínio das 3as e 4as décadas, concordando com os resultados encontrados no estudo em questão. (1,10)

Relata-se que a idade não é o fator principal na etiopatogenia da I.U.E., e sim os traumas obstétricos. Infelizmente, número de gestações, paridade, tipo de parto, etc, não pode ser observado nessa casuística por falta de dados nos prontuários.

Na M.C.D. a indicação para C.P.P. mais freqüente foi a retocistocele. No serviço de Bastos et al (10) predominou a IUE + retocistocele + rotura perineal de 2º grau. Já no relato de Simões et al (6) sobressaiu a I.U.E. + cistocele.

Não se pode fazer comparações a este respeito pelos diferentes critérios de avaliação entre os serviços analisados e ausência de dados nos prontuários da M.C.D. Vale ressaltar a nossa admiração pela falta de itens como uretrocele, tão intimamente relacionado com a I.U.E. e "aparen-

temente" esquecido.

A retenção urinária pós-operatória constitui-se preocupação constante para quem realiza intervenções ginecológicas por via vaginal. Por mais uniformizada que seja a técnica cirúrgica e por mais capacitado que seja o cirurgião, ocorrem casos de dificuldade de micção espontânea ou mesmo de retenção urinária no pós-operatório imediato. (10,11)

Para justificar a retenção urinária, invocam-se algumas explicações, dentre as quais o edema que se formaria em torno do colo vesical, a falha técnica caracterizada pela colocação inadequada dos pontos de sutura periuretrais e a infecção urinária pós-operatória. (10)

No serviço de tocoginecologia da M.C.D. constatou-se que a morbidade da C.P.P. foi de 29% sendo que a retenção urinária representou 77% e as outras complicações foram mínimas quando comparadas com ela. É importante salientar que, das pacientes que tiveram retenção urinária, a maioria (85%) teve alta hospitalar com sonda.

Simões et al (6) referem um índice de complicações em torno de 28% destacando-se o fato da retenção urinária ter se mostrado a mais constante com 48,3%, seguida de infecção urinária com 45%. Enquanto Bastos et al (10) referem-se a índices próximos a 10 e 12,5% respectivamente.

Do exposto anteriormente deduz-se que a morbidade da C.P.P. na M.C.D. não tem diferença estatisticamente

significativa ($p < 0,05$) quando comparada ao serviço de Simões.

Entretanto, quando comparou-se aos índices de Bastos et al, (10) foram consideravelmente maiores os valores obtidos na casuística em estudo.

Em diferentes serviços tem-se tentado minimizar estes efeitos adversos adotando-se rotineiramente o cateterismo vesical (sonda aberta ou com abertura intermitente) ou não a aplicando. (10)

O cateterismo vesical com sonda de Folley no pós-operatório da C.P.P. é utilizado de rotina na M.C.D. O período de uso na maioria dos casos foi 48 horas, de forma intermitente (com aberturas a intervalos de 3 a 4 horas). Ocorrendo incapacidade de micção espontânea a sonda é recolocada, seguindo a mesma conduta inicial tantas vezes quanto for necessário, até o reestabelecimento do trânsito urinário normal.

Salvatore et al (14) estudando a paresia vesical no pós-operatório ginecológico concluíram que não colocando a sonda vesical é significativamente maior o número de casos de retenção urinária. Ao revés, quando mantiveram a sonda aberta durante as primeiras 48 horas de pós-operatório, os resultados foram bem melhores.

Segundo Freitas Azevedo (11) o período de cateterismo vesical ideal é de 72 horas, pois na maioria das

vezes antes desse tempo a bexiga não é capaz de se esvaziar sozinha de modo completo. Ele considera esta medida preferível às sondagens sucessivas, que mais traumatizam a uretra e constituem fator de infecção que agrava a disfunção vesical. Recomenda então drenagem suprapúbica (introdução de um tubo de polietileno na bexiga ou aparelhagem mais sofisticada como "cysto-cat") nos casos em que a retenção urinária se prolonga por mais tempo.

É importante destacar que não houve relato deste tipo de drenagem no presente estudo, já que este método não é utilizado no serviço de tocoginecologia da M.C.D.

Por outro lado, Italo Baruffi (13) recomenda o uso de cateterismo vesical de rotina no pós-operatório da C.P.P. por 24 horas de forma contínua. No surgimento de retenção urinária, indica novo cateterismo, agora intermitente (com abertura de 3 em 3 horas). Não se refere experiência em relação a drenagem suprapúbica.

Outro fato a considerar é a permanência do cateter como causa de infecção pela ascensão de germes. (10) Souza e col. (15) relataram que as pacientes submetidas à drenagem vesical contínua por 48 a 72 horas, registrarão índices de bacteriúria significativa em 3,1% dos casos nas primeiras 72 horas e de 16,1% até o décimo dia pós-operatório. Registrou-se também menor tempo para o reestabelecimento da micção espontânea nas pacientes que não apresentaram bacteriúria, em relação às portadoras de infecção.

No presente estudo não foi possível constatar a presença de infecção urinária como complicação devido ao tempo de permanência hospitalar e ausência de dados laboratoriais para sua confirmação. Só se observou a troca e/ou associação de antibióticos, o que poderia sugerir tal complicação.

Houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 11,15$ $p < 0,01$) entre permanência hospitalar e complicações (vide tabela VIII), sendo este fato importante quando consideramos gastos hospitalares.

Em todas as pacientes desta casuística foi utilizado antibioticoterapia no pós-operatório imediato, conferindo com a bibliografia pesquisada. (5,11,13,16)

Gostaríamos de ressaltar que este trabalho está primordialmente fundado em dados de prontuários muitas vezes incompletos e, por isto, foi-nos impossível avaliar diversos aspectos que seriam fundamentais para mostrar com clareza a real situação que se encontra a C.P.P. e pontos de K-K na M.C.D.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais deste trabalho podem ser expressas nas seguintes proposições:

- Predominaram as pacientes na faixa etária de trinta a quarenta e nove anos com média de idade de 44,8 + 1,3 anos.
- O tempo de internação médio foi 4 dias.
- A indicação cirúrgica mais freqüente foi retocistocele.
- A raqueanestesia foi a técnica anestésica mais utilizada.
- Todas as pacientes foram submetidas ao uso de sonda de Folley sendo necessária a recolocação da mesma em vinte e dois casos.
- A morbidade da C.C.P. com pontos de K-K na M.C.D. foi vinte sete casos, correspondendo a 29%, sendo a retenção urinária a complicação principal, com 77,8% das mesmas.
- A utilização de agentes antimicrobianos foi uma constante.
- As complicações aumentaram o tempo de permanência hospitalar.

Acrescenta-se às proposições acima apresentadas que

este trabalho não teve por intenção encerrar o debate em torno da C.P.P., por considerarmos a medicina uma ciência dinâmica que está intimamente relacionada não só com a técnica, mas com toda a sensibilidade que envolve o ser humano.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OLIVEIRA, E.G. et al. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço por via vaginal. Análise de 55 casos. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, R.J., 99 (6): 231-4, 1989.
2. TE LIND, R.W. & MATTINGLY, R.F. *Ginecologia Operatória*. 4ª edição. Buenos Aires, Editorial Bernardes S.A., 1971, p. 437-52.
3. MELLO, J.O. Incontinência urinária de esforço: Uroginecopia ginecológica. *Femina*, R.J., 16 (10): 921-31, out. 1988.
4. FLORENCIO, R.S. et al. Tratamento da incontinência urinária de esforço: método de Burch; *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia* GO, 10 (11): 245-7, 1988
5. FREITAS AZEVEDO, J.R. Aspectos Urológicos da Ginecologia. II aula. *Femina*, S.P., 6 (8): 639-43, agosto 1978.
6. SIMÕES, P.M. et al. Tratamento da incontinência urinária de esforço na mulher. Análise de 621 casos. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, RJ, 91 (3): 205-8, 1981.
7. SILVA, M.M.S. et al. Incontinência urinária feminina e urodinâmica *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 97 (11-12): 581-3, 1987.

8. MATTINGLY, R.F. & DAVIS, L.E. Primary treatment of anatomic stress incontinence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 27(2) :445-58, June 1984.
9. PECKHAM, B.M. & SHAPIRO, S.S. *Sinais e sintomas em ginecologia*. Tradução de Benedictis et al. São Paulo, Harper, 1986 p. 100-8
10. BASTOS, A.C. et al. Retenção e infecção urinárias no pós-operatório imediato de uretropexia pela técnica de Kelly-Kennedy. *Ginecologia e Obstetricia Brasileiras*, 8 (3).
11. FREITAS AZEVEDO, J.R. Aspectos Urológicos da Ginecologia. IV aula *Femina*, São Paulo, 6(10) : 774-83. Out., 1978.
12. ARAKI, T. et al. The loop-loosening procedure for urination difficulties after stamey suspension of the vesical neck. *The Journal of Urology*, 144 : 319-23, 1990.
13. BARUFFI I., BURGOS J., DOS SANTOS J.A., SIMÕES P.M., PANDOLFO S.M., FREITAS AZEVEDO J.R. Cateterismo vesical: um inquérito. *Femina*, 4(11) : 758-68, nov. 1976.
14. SALVATORE, C.A. & MARTORELLI Filho B. O tratamento da paresia vesical no pós-operatório ginecológico. *Arq. Obst. Gynec.*, São Paulo. 3 : 13, 1962.
15. SOUZA, A.Z., SALVATORE, C.A. & OTONI, S. Função vesical no pós-operatório de ginecopatias cirúrgicas tratadas pela via vaginal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. 82 : 503, 1976.

TCC
UFSC
TO
0192

N.Cham. TCC UFSC TO 0192

Autor: Kreutzfeld, Maria

Título: Colpoperineoplasia : estudo de



972807183

Ac. 254326

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM