

EXISTE UM TRATAMENTO CIRURGICO IDEAL PARA INCONTINENCIA URINÁRIA FEMININA?

SURGICAL TREATMENT THERE IS IDEAL FOR FEMALE URINARY INCONTINENCE?

Aissar Eduardo **NASSIF**^{1*}, Amanda **DIAS**², Josiani **BERTO**²

1. Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR, Professor Adjunto e, Coordenador do Curso de Medicina da Faculdade Ingá. 2. Aluna do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ingá.

* Av. Rio Branco, 761, esq. Com Rua Carlos Chagas, Zona 5 – 87015-380, Maringá-PR. aenassif@gmail.com

Recebido em 24/04/2013. Aceito para publicação em 10/06/2013

RESUMO

A incontinência urinária (IU) acomete milhões de pessoas de todas as idades, principalmente as do sexo feminino, afetando sua qualidade de vida. Existem várias modalidades de tratamento: clínico (perda de peso, aumento da atividade física), medicamentoso (estrógenos vaginais), fisioterápico; todas alternativas ao tratamento cirúrgico. Este artigo visa revisar as diferentes modalidades de tratamento cirúrgico, suas indicações, complicações e técnicas.

PALAVRAS-CHAVE: incontinência urinária, cirurgia, *sling*.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) affects millions of people of all ages, especially the females, affecting the quality of their lives. There are several treatment modalities: clinical (weight loss, increased physical activity), medication (topic estrogen) as alternatives to surgical treatment. This article aims to review the different modalities of surgical treatment, its indications, complications and techniques

KEYWORDS: urinary incontinence, surgery, *sling*.

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma doença que acomete milhões de pessoas de todas as idades, principalmente as do sexo feminino, afetando a qualidade de vida¹. Ainda segundo Higa, *et al.* (2008)¹, como aumento progressivo da expectativa devida da população, o número de mulheres na meia idade tende a aumentar cada vez mais, faixa na qual a IU torna-se mais prevalente. Com um número crescente de casos resultante do enve-

hecimento da população, este problema mostra-se cada vez mais frequente e cabe reforçar que esta patologia não é uma condição normal nem depende exclusivamente do envelhecimento.

Inúmeros são os fatores envolvidos na fisiopatologia da IU. Entre eles destacam-se:

- Bexiga hiperativa, causada por contrações inadequadas do músculo detrusor durante a fase de armazenamento do ciclo miccional - processo inicial anterior ao ato de urinar;
- Incontinência de esforço, relacionada com a disfunção do esfíncter uretral, ou seja, um afrouxamento muscular do esfíncter;
- Incontinência mista, que resulta da combinação destas duas situações.

Mais de 100 técnicas cirúrgicas já foram descritas para IU com uso de telas sintéticas. O termo *sling* vem do inglês que significa tipóia, balanço, funda faixa ou suporte para sustentação. Foi utilizado em diversas cirurgias, como nas hérnias abdominais em 1950, e depois em cirurgias ortopédicas e geniturinárias².

O tratamento da IU vai depender do tipo de incontinência que o indivíduo possui, mas pode ser feito com fisioterapia, exercícios específicos para os músculos do pavimento pélvico, medicamentos e por vezes cirurgia. O objetivo deste artigo foi fazer uma revisão da literatura sobre as técnicas cirúrgicas de *Sling* e avaliar estas técnicas cirúrgicas quanto a sua eficácia e complicações.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão bibliográfica do período de janeiro a março de 2013 a partir das bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) consultadas através do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Regional de

Medicina (BIREME) e de pesquisa em bibliotecas. Foram utilizados como critérios de inclusão neste estudo a avaliação clínica, a eficácia da técnica e suas complicações.

Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado no período de 1992 a 2013, estar escrito na língua inglesa e portuguesa e abordar temas relacionados à IU na mulher.

3. DESENVOLVIMENTO

Tipos de cirurgias para incontinência urinária

Dentre vários tratamentos realizados no decorrer das décadas, as cirurgias de *slings* (faixa), principalmente os que se implantam na região da uretra média, parecem ser os mais ideais para correção das perdas urinárias e as alterações fisiopatológicas da incontinência urinária. Os *slings* aponeuróticos foram os primeiros a serem realizados por Giordano (1907)³, mas sua principal característica era a obstrução, pois a faixa era locada sob o colo vesical, e não se conhecia a possibilidade de autocateterismo vesical³.

A incontinência urinária (IU) foi classificada em IU tipo I e tipo II hipermobilidade uretral, tradicionalmente tratada com suspensão transvaginal, por via retropúbica, ou via anterior e IU tipo III ou insuficiência esfíncteriana intrínseca tratada com técnica de *slings*, injeções de substâncias tais como gordura autóloga, teflon e colágeno⁴.

Existem vários trabalhos que se utilizam de diversos tipos de *slings*, sejam autólogos ou sintéticos, em pacientes com todos os tipos de IU, revelam que os resultados não apresentam diferença significativa. Dentre os materiais utilizados estão os autólogos como a fâscia do reto abdominal, fâscia lata e o *slings* de parede vaginal; e os sintéticos como os de polipropileno, politetrafluoroetileno e os de silicone, que têm eficácia similar e longa durabilidade⁵.

De acordo com o artigo de Bezerra *et al.* (2011)⁶ a correção cirúrgica da IU por meio do *slings* sintético, apresenta-se com menos número de falhas quando comparado à colossuspensão laparoscópica.

Sling pubovaginal

A cirurgia de *slings* pubovaginal tem sido utilizada no tratamento da IUE tipo III e como procedimento alternativo de resgate nos casos em que houve falha das cirurgias primárias habitualmente usadas⁵.

O procedimento de *slings* pubovaginal tem sido cada vez mais utilizado para a correção da IU dos tipos anatômica e associada, com taxas de sucesso que atingem 92 a 95%.

Recente estudo da *American Urological Association* (AUA) encontrou cerca de 73 a 89% de sucesso para a cirurgia de *slings* pubovaginal contra cerca de 53 a 79%

para o reparo vaginal anterior, 47 a 72% para as suspensões transvaginais e 79 a 88% para as suspensões retropúbicas, dependendo do tempo de seguimento da população estudada. Destes, apenas o *slings* seria indicado nos casos de deficiência esfíncteriana intrínseca⁷.

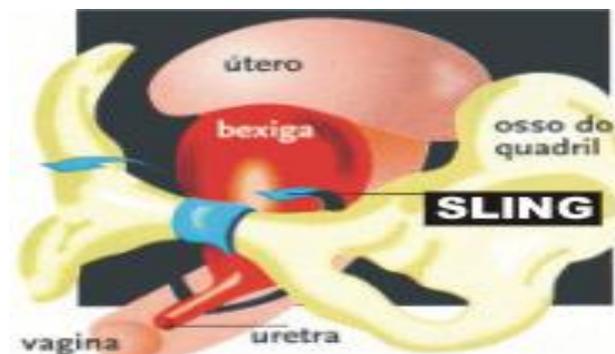


Figura 1. Representação esquemática do Sling

Com relação às complicações associadas à utilização dos *slings* temos: as imediatas, representadas pela retenção urinária, cistites e perfuração vesical ou de vasos sanguíneos e as tardias que perfazem as disfunções miccionais, hiperatividade detrusora “*de novo*”, infecções urinárias de repetição e erosões nos casos dos *slings* sintéticos⁶.

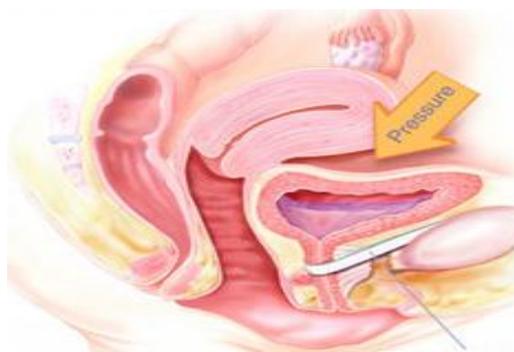


Figura2: Sling Pubovaginal

Sling transobturatório

Ainda segundo Tcherniakovsky (2006)³, recentemente, utilizam-se *slings* transobturatórios, idealizados por Delorme (2001), são faixas de polipropileno monofilamentar, unidas a um gancho em forma de “C” e introduzidos de fora para dentro, iniciando pelo forame obturatório percorrendo as estruturas (músculos e membrana perineal) transpondo o espaço extra vesical até alcançar a uretra média e continuar pelo forame contra lateral, criando assim um apoio para uretra sem tensão, chamado de *Transobturator Tape* (TOT). O potencial benefício dos *slings* transobturatórios reside no fato de

não entrar no espaço retropúbico, diminuindo, portanto, os riscos de perfuração de órgãos adjacentes e de grandes vasos pélvicos⁶.

Posteriormente, o *sling* transobturatório, “reajustável”, idealizado por Palma (1992)⁸, permite uma nova oportunidade de cura para estes pacientes, quando a primeira oportunidade de tratamento falha³.

A abordagem transobturatória apresenta menor risco de perfuração vesical⁶.



Figura 3. Malha Transobturatório

Sling retropúbico

Os *slings* retropúbicos podem ser implantados a partir do abdome ou da vagina, por meio da punção do espaço retropúbico (Retzius). Em ambas as situações, o acesso ao espaço retropúbico pode causar lesão de órgãos adjacentes, principalmente a bexiga e ou grandes vasos.

No estudo de Tanuri (2010)², foi comparado prospectivamente os "*slings*" sintéticos minimamente invasivos por via transobturatória eretropúbica. O tempo de seguimento foi de 12 meses a fim de avaliar resultados cirúrgicos e complicações pós-operatórias. A conclusão foi que em seus resultados as cirurgias de Safyre[®], pelas vias transobturatória e retropúbica, são procedimentos minimamente invasivos eficazes para o tratamento da

IUE. Não houve diferença estatística entre as duas técnicas quanto aos resultados clínicos, urodinâmicos, avaliação da qualidade de vida, teste do absorvente e presença de complicações. Porém, é importante ressaltar a necessidade de estudos com maior casuística e maior tempo de seguimento, para determinarmos potenciais vantagens e diferenças entre as técnicas².

Tratamento cirúrgico atual colposuspensão vesical, cirurgia de Burch.

Uma das primeiras cirurgias descritas para o tratamento cirúrgico da IUE, e que se manteve como padrão-ouro até o desenvolvimento da técnica de colpofixação, na década de 50, foi a colporrafia anterior de Kelly-Kennedy (1912). Devido à recidiva de 35 a 65% da cirurgia de Kelly-Kennedy em um prazo curto pós-cirúrgico, vieram às cirurgias retropúbicas (uretrocistopexias retropúbicas) de Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) em 1949, e de Burch em 1961 (GIRÃO *et al.*, 2002).



Figura 4. Operação de Burch. Fixação da fâscia vaginal ao ligamento do Cooper.

Em 1958, John C. Burch aperfeiçoou a técnica de MMK, suturando a fâscia paravaginal no ligamento de Cooper ao invés periósteeo, evitando uma das complicações desta técnica que é a osteíte púbica. O sucesso referido neste procedimento é na ordem de 85%. O objetivo é manter o colo vesical em posição intra-abdominal, através de sua suspensão. Visa, portanto, a correção da hiper mobilidade do colo vesical no pós-operatório. Sendo avaliado o volume residual, neste caso o cateter é retirado se o mesmo for inferior a 30% do volume urinário total⁸.

Até hoje a operação de Burch, com a modificação de Tanagho, se considera o padrão de referência na operação para incontinência, e é o parâmetro contra o que se compara a eficácia de qualquer procedimento deste tí-

po¹⁰. A cirurgia de Marshall está em desuso porque pode provocar osteíte Púbica⁹.

No caso de volumes residuais superiores, o paciente é mantido com o cateter uretral até o quinto pós-operatório quando nova tentativa de retirada é realizada. Pacientes com retenção urinária persistente são mantidas em programa de autocateter intermitente limpo⁸.

Slings pubovaginal autólogo

Devido à importância atribuída no passado ao colo vesical no mecanismo esfinteriano intrínseco, as técnicas desenvolvidas inicialmente tinham a finalidade de promover compressão a este nível, através da confecção de alças dispostas cirurgicamente no nível do colo vesical. A cirurgia é realizada através de uma incisão de Pfannenstiel com exposição da aponeurose do músculo reto abdominal, sendo dissecada uma faixa de cerca de 8 cm de comprimento por 1,5 cm de largura. Recomenda-se que a faixa seja suficientemente longa para alcançar o espaço retropúbico e que dessa forma propicie a formação de um apoio posterior, refazendo a anatomia normal. O enxerto é transposto para a vagina através do espaço retropúbico com auxílio de uma agulha de suspensão endoscópica, e a região central do enxerto é suturada ao nível do colo vesical, evitando-se qualquer tensão local. A cirurgia é realizada sob controle cistoscópico, a fim de permitir o diagnóstico de uma lesão vesical inadvertida. A seguir, o sítio doador da aponeurose do músculo reto abdominal é suturado com fio inabsorvível e a cirurgia é completada com as suturas da pele e da parede vaginal⁸.

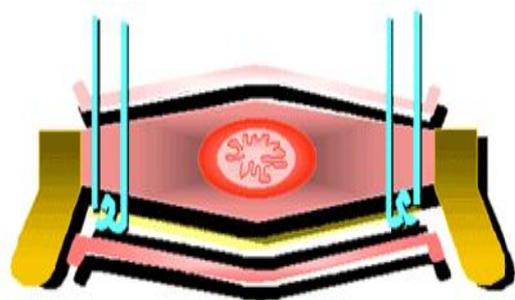
Slings pubovaginais sintéticos

Segundo Palma *et al.* (1992)⁸, uma das técnicas padrão para o tratamento cirúrgico das portadoras de IU é o *slings* pubovaginal autólogo. Esta preferência em relação aos materiais sintéticos se devia, em grande parte, a duas preocupações principais: infecção do implante e erosão uretral. No entanto, o emprego de slings sintéticos permite a redução do tempo cirúrgico, evita a realização de incisões abdominais extensas para a obtenção da faixa aponeurótica, determinando menor tempo de hospitalização e reduzindo o desconforto pós-operatório. Vários materiais sintéticos e heterólogos foram propostos para a confecção das alças pubovaginais sendo o polipropileno o mais aceito. O TVT (tension-free vaginal tape) é aplicado sem tensão, minimizando o problema de erosão uretral. A mudança do paradigma não reside apenas na eliminação da tensão, mas também na colocação do sling no terço médio da uretra e não no colo vesical, pois de acordo com a teoria integral da continência, o ligamento pubouretral em conjunto com a musculatura do assoalho pélvico faz da uretra média a região mais importante da continência urinária feminina. A técnica

inclui a dissecação com tesoura de Metzenbaum de um túnel submucoso vaginal pelo qual é inserida a faixa de polipropileno conectada às agulhas especiais em suas extremidades, substituindo-se a abertura convencional da fâscia endopélvica, por apenas duas punções, o que reduziu a possibilidade da criação de defeitos laterais a este nível. Os índices de cura aproximam-se de 90% em seguimento que até seis anos⁸.

O TVT tradicional utiliza a malha de polipropileno que reduz a possibilidade de complicações em cirurgia uroginecológica. É uma malha classificada como tipo I de material protético a qual possui poros para passagem de macrófagos para a fagocitose de bactérias que atingem a malha. Logo a malha de monofilamento impede esses espaços entre elas não penetração de macrófagos. O TVT tradicional apresenta grandes vantagens, pois não requer agulhas para passagem de fitas, tem menos possibilidade de danificar vasos sanguíneos, nervos ou perfura-los¹¹.

Portanto, se aceita que a correção da IU deve levar em consideração, ao menos, três possibilidades: elevação do colo vesical, estabilização da uretra média ou compressão uretral, como nos casos de esfínteres artificiais.



Esquema de Sling Pubo-vaginal

Figura 5. *Slings* pubovaginal

4. CONCLUSÃO

Mediante a grandiosidade do problema que acomete 200.000 mulheres/ano, determinando uma redução da qualidade de vida em virtude da perda urinária. O tratamento menos invasivo deve ser considerado como de primeira escolha. Sendo que o tratamento multidisciplinar com apoio do profissional fisioterapeuta e conhecimento da associação de técnicas de tratamento, baseado na causa da IU que é fundamental. Essa integração de profissionais habilitados, pode certamente oferecer à portadora de IU, uma indicação apropriada de tratamento, além do melhor prognóstico.

No Brasil, encontramos poucos trabalhos científicos sobre a IU, o que dificulta a comparação dos resultados. Devido a essa dificuldade de encontrar bibliografias re-

ferentes aos fatores de risco (ou fatores associados) para IU na mulher brasileira interfere na identificação dos principais fatores que causam a IU na nossa população.

Para uma correta abordagem à saúde da mulher, se faz necessária a identificação do problema e de seus fatores de risco, bem como a inclusão de intervenções para prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à perda da IU.

A presença de complicações, assim como de incontinência de urgência pós-operatória depende do tipo de *sling*, mas influencia no índice de satisfação das pacientes.

REFERÊNCIAS

- [1] Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Extraído da Dissertação de Mestrado "Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem", Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), 2004. Revista Escola de Enfermagem USP 2008; 42(1):187-92.
- [2] Tanuri ALS. "Sling" retropúbico e transobturatório no tratamento da incontinência urinária de esforço. Revista da Associação Médica Brasileira. 2010; 56(3). São Paulo.
- [3] Tcherniakovsky M *et al.* Tratamento Cirúrgico da Incontinência Urinária aos Esforços por Via Transobturatória: Resultados com Safyre-t. Revista Femina 2006; 34(7).
- [4] Winckler JA. Estudo comparativo entre técnicas de Polypropylene e cinta de aponeurose no tratamento da incontinência urinária feminina. Universidade de Passo Fundo RS UPF. Dissertação de Mestrado, 2009.
- [5] Carvalho Junior AM. Estudo comparativo entre sling pubovaginal de parede vaginal e *sling* de fâscia do reto abdominal no tratamento da incontinência urinária de esforço. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2001; 28(3). Rio de Janeiro.
- [6] Bezerra CA, *et al.* Incontinência Urinária Feminina: Tratamento Cirúrgico. Sociedade Brasileira de Urologia Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. 2011.
- [7] McGuire EJ, Lytton B, Kohorn EI, *et al.*: The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence. Journal de Urologia. 1980; 124:256
- [8] Palma PCR, Ikari O, D'Ancona CAL, Netto JR NR. Alça pubovaginal sintética no tratamento da IUE. Jornal Brasileiro de Urologia 1992; 18:201-4.
- [9] Girão MJBC, *et al.* Cirurgia vaginal e uroginecologia. 2ª ed. Recife: Artes Médicas, 2002. 242 p.
- [10] Cevasco JCA, *et al.* Operación de Burch: experiencia de 45 años de historia. RevGinecolObstetMex. 2007; 75: 155-63
- [11] Solá V, Pardo J, Ricci P, Guiloff E. Tensionfree-monofilamentmacroporepolypropilenemesh (GynemeshPS) in female genital prolapse repair. Int Braz Journal de Urologia. 2006;32(4):410-4; discusión 415.

