

CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS

A primeira cirurgia uroginecológica parece ter ocorrido em 1913, quando um médico chamado Kelly realizou uma cirurgia via vaginal para correção de cistolcele. Essa cirurgia foi modificada por Kennedy em 1926 e tornou-se uma das cirurgias mais realizadas até hoje. Junto com ela, a noção de que a incontinência urinária era proporcional ao prolapso vesical. Assim, todas as cirurgias que se seguiram visavam corrigir cada vez mais o prolapso vesical com a intenção de cura da incontinência urinária. Ainda hoje é comum ouvirmos, inclusive de médicos, que a paciente perde urina porque tem a BEXIGA CAÍDA, ou que é preciso levantar a bexiga para resolver a incontinência urinária da paciente. Na realidade De Lancey em 1990 e mais tarde, Petros e Ulmsten com a teoria integral da mulher, demonstraram que não havia relação entre o prolapso da parede anterior da vagina e a incontinência urinária.

A incontinência urinária, assim como o prolapso genital, é afecção que traz sérias repercussões à qualidade de vida da mulher, modificando-a nos aspectos sociais, emocionais e econômicos.

Inúmeros são os fatores riscos envolvidos no desenvolvimento da incontinência urinária onde se destacam idade, raça, paridade, tipo de parto, índice de massa corpóreo, cirurgia ginecológica, estado hormonal, uso de medicações, álcool e caféina; comorbidades como a hipertensão arterial e o diabetes e, ainda, o status sócio econômico. Entre os vários fatores assinalados, devemos ressaltar o número de gestações e o tipo de parto por lesionar, de forma acentuada, o sistema de suspensão e sustentação dos órgãos pélvicos. A lesão do assoalho pélvico ocorre, em geral, pela compressão de partes fetais contra tecidos maternos o que determina secção e estiramento de músculos e nervos e, ainda, desarranjo estrutural do tecido conjuntivo e das fâscias, alterando toda a estática pélvica, podendo ocasionar perda de urina.

O grau de prolapso não se associa à intensidade nem ao tipo de perda urinária.

O grande número de teorias explicando a etiopatogenia da incontinência urinária de esforço além dos inúmeros fatores de risco envolvidos conduziram, ao longo do tempo, à elaboração de várias formas de tratamento. O tratamento cirúrgico ainda permanece como a principal forma terapêutica.

Já foram descritos aproximadamente 100 técnicas cirúrgicas para a correção da incontinência urinária de esforço. Atualmente, as técnicas de eleição têm índices de cura acima de 80%. Algumas, como a de Kelly-Kennedy, foram abandonadas por apresentarem resultados insatisfatórios quando comparadas a outros procedimentos. Sabe-se que a escolha da técnica cirúrgica é importante, pois a melhor oportunidade de cura está na primeira operação. Os índices de cura caem progressivamente à medida que a paciente se submete a procedimentos cirúrgicos consecutivos.

Cirurgias para correção da incontinência urinária de esforço

As principais cirurgias para correção de incontinência urinária de esforço podem ser classificadas de acordo com a via de acesso cirúrgico da seguinte forma:

01. Cirurgia com acesso vaginal:

- Kelly-kennedy.
02. Cirurgias com acesso por via retropúbica :
- Marshall- Marchetti-Krantz
 - Burch
03. Cirurgias com acesso por via combinada:
- Técnica de “slings”
 - *de aponeurose*
 - *de mucosa vaginal*
 - Técnicas com faixas sintéticas sem tensão

Principais Técnicas:

Técnica de Kelly-Kennedy

ENCONTRA-SE EM TOTAL DESUSO

Técnica de Marshall-Marchetti-Krantz

É procedimento retropúbico descrito em 1949. Consiste na aplicação de 3 pontos a cada lado da uretra, distando 1 cm entre si, fixando a fáscia peri-uretral ao perióstio da face posterior da pube, com o objetivo de reposicionar o colo vesical. Apresenta índices de cura acima de 70%. Esta técnica já foi muito utilizada, porém, foi gradualmente substituída pela técnica de Burch. Como complicação relata-se a osteíte púbica. Além disso, por aumentar o espaço reto-uterino, tem maior risco de prolapso genital, em especial, de retoenteroceles.

Técnica de Burch

Foi descrita em 1961 e consiste na fixação da fáscia paravaginal ao ligamento ileopectíneo (Ligamento de Cooper). Os índices de cura variam de 70% a 100%. Da mesma forma que a cirurgia de Marshall-Marchetti-Krantz, proporciona maior risco de prolapso do compartimento posterior da vagina. Não é indicada para incontinência urinária de esforço causada por defeito esfinteriano e deve ser evitada nas pacientes com sobrepeso devido ao alto índice de recidiva. Pode ser realizada por via laparoscópica, porém essa via parece não apresentar vantagens significativas sobre a técnica convencional.

A técnica de Burch tem sido gradualmente substituída pelas cirurgias de faixa sintética, pois estas têm índices de cura semelhantes, mas são indicadas para a correção de todos os tipos de incontinência urinária de esforço e têm menor morbidade. Entretanto, ainda é uma técnica bastante utilizada, particularmente quando associada a tratamento cirúrgico de miomas uterinos por via abdominal.

Técnica de “Sling”

Foi descrita pela primeira vez em 1907 por Giordano, que utilizou uma dobra do músculo grácil. Atualmente, as técnicas de “sling” utilizam vias de acesso

combinadas que consistem na colocação de uma faixa (sling) sob a uretra, que servirá de suporte para a mesma, funcionando como um mecanismo esfinteriano. São indicadas para todos os tipos de incontinência urinária de esforço, especialmente nos casos de incontinência por defeito esfinteriano. Têm índices de cura que variam entre 80% e 100%, porém, se acompanham de altos índices de retenção urinária e de hiperatividade do detrusor, que são suas principais complicações. As técnicas descritas diferem em relação ao material utilizado, que pode ser orgânico (autólogo ou heterólogo) ou sintético, em relação às vias de acesso e ao tipo de fixação.

No HC de Ribeirão Preto realizamos a cirurgia de “Sling” utilizando faixa de aponeurose do músculo reto abdominal e faixas sintéticas padronizadas para esse fim. Embora alguns seviços utilizem material sintético adaptado, principalmente de faixas usadas em correção de hérnia abdominal, nós não recomendamos tal procedimento.

Faixas sintéticas

A técnica cirúrgica ideal é aquela que proporciona uma intervenção eficaz, com pouca morbidade, minimamente invasiva, com tempo de hospitalização e imobilização reduzidos e resultados duradouros. Para alcançar estes objetivos, idealizou-se a técnica de TVT (Tension-free Vaginal Tape), na qual coloca-se uma faixa de polipropileno auto-fixante e livre de tensão sob a uretra média/distal. É usualmente realizada por via retropúbica ou transobturadora, sob anestesia local, em regime de Hospital Dia. Sendo praticamente indolor, a paciente retorna às suas atividades rotineiras em três ou quatro dias. Esta técnica tem índices de cura acima de 80%.

Após um período de monopólio do TVT, várias faixas sintéticas passaram a ser comercializadas, produzidas por vários laboratórios e diferindo entre si nos seguintes aspectos:

01. Características da faixa:

- absorvível, não-absorvível ou mista
- monofilamentar ou multifilamentar
- macroporosa ou microporosa

02. Vias de acesso:

- Via ascendente (retro-púbica, pré-púbica)
- Via descendente retro-púbica
- Via mista
- Via transobturadora - in-out (Gynecare TVT Obturador System-TVTO), out-in (Safyre)

Hoje, sabe-se que as melhores faixas são as macroporosas, monofilamentares e de baixa gramatura.

Cirurgias para correção das distopias genitais

Correção de cistocele

É a técnica utilizada para a correção da prolapcia da parede vaginal anterior depende da causa do prolapso. Existem duas causas de prolapso da parede anterior que

pode ocorrer por defeito lateral ou defeito central. No primeiro caso existe um desgarramento da fáschia véscico vaginal da sua inserção no arco tendíneo. No segundo caso a cistocele ocorre devido a herniação da bexiga através de uma falha ou frouxidão na porção medial (central) da fáschia véscico vaginal. No caso do defeito lateral a técnica utilizada é a correção de defeito para vaginal e no defeito central a cirurgia de escolha é a perineoplastia à kelly-kennedy (não confundir!!! Essa cirurgia não é indicada para incontinência urinária, mas ainda tem indicação nesse caso específico de prolapso)

Correção de retocele

A técnica de escolha no Setor de uroginecologia do HC Ribeirão Preto para a correção da parede vaginal posterior, é a plicatura da parede anterior do reto (Método de Meigs). Havendo pelo menos duas outras cirurgias que são da que utiliza um retalho de mucosa vaginal interposto entre o reto e a mucosa vaginal (técnica da ponte) e a que fixa a fáschia reto vaginal rota ao ligamento útero sacro, recompondo o anel peri orifical.

Correção da rotura perineal (Perineoplastia)

É comumente associada á correção de retocele. Consiste na reconstrução cirúrgica das roturas perineais através da aproximação das bordas dos músculos do diafragma urogenital na linha média. Se a rotura envolver o esfíncter anal, este deverá ser reconstruído (cirurgia de Lawson Tait).

Correção cirúrgica do prolapso uterino

- Operação de Manchester (Donald-Fothergill-Shaw) - Trata-se de técnica cirúrgica conservadora, que visa à manutenção da função reprodutora. Consiste na secção e encurtamento dos paramétrios laterais com amputação do colo do útero. É técnica praticamente abandonada, sendo indicada apenas nos raros casos de prolapso uterino em pacientes jovens, sintomáticas e com prole incompleta.
- Histerectomia vaginal - É a cirurgia de escolha nos casos de prolapso uterino em pacientes sem desejo reprodutivo. A primeira histerectomia vaginal foi realizada em 1521 por Berengário de Capri por meio de uma ligadura colocada ao redor do útero prolapso, que era gradualmente apertada até a separação do órgão. Hoje em dia realiza-se a histerectomia vaginal pela secção e ligadura dos vasos e paramétrios por via vaginal. Após a retirada do órgão, os ligamentos são fixados à cúpula vaginal para impedir o seu prolapso, ou a cúpula pode ser fixada ao ligamento sacro espinhoso direito com esse propósito.

Bibliografia

1. Souza AZ. Stress incontinence of urine. Int Surg 1976;61:396-402.
2. Ribeiro RM, Anzai RY, Guidi H. Incontinência urinária de esforço: diagnóstico e tratamento. Rev Bras Med 1990;47:553-61.
3. Diokno AC, Brock BM, Brown HB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urologic symptoms in the non institutionalized elderly. J Urol 1986;136:1022-5.

4. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes T, Reilly WT, Girman CJ, Talley NJ, Lieber MM. Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking. *J Am Geriatr Soc* 1998;6:467-72.
5. Berghmans LCM, Hendrikis HJM, Bo K, Hay-Smith EJ, de Bies RA, van Waalwijk, van Doorn ESC. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol* 1998;82:181-9
6. DeLancey JO. Stress urinary incontinence: where are we now, where should we go? *Am J Obst Gynecol* 1996;175:311-9.
7. Rozenzegweg BA- Severe genital prolapse and its relationship to detrusor instability. *Int. Urogynecol. J*, 6:86, 1995.
8. Bezerra CA, Rodrigues AO, Seo AL, Ruano JM, Borrelli M, Wroclawski ER- Laparoscopic Burch surgery: is there any advantage in relation to open approach? *Int. Braz. J. Urol*; 30(3):230-6, 2004 May-Jun.
9. Goldberg RP; Koduri S; Lobel RW; Culligan PJ; Tomezsko JE; Winkler HA; Sand PK- Protective effect of suburethral slings on postoperative cystocele recurrence after reconstructive pelvic operation. *Am J. Obst. Gynecol*, 1307-1313, dec 2001.
10. Hermieu JF; Milcent, S- Les bandelettes sous-urétrales synthétiques dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine. *Progrès en Urologie* 2003; 13: 636-664
11. Simões PM, Chaves SN, Araújo MMA – Histerectomia vaginal – estudo de 420 casos. *Ver. Brás. Ginecol. Obstet*, 9:34, 1987.