

# INCONTINÊNCIA URINÁRIA TRATAMENTO PELA TÉCNICA DO SLING PUBOVAGINAL: REVISÃO DE 120 CASOS

William Luís de Oliveira,<sup>1</sup> Luís Gustavo Gun,<sup>1</sup> Fredy Leonardo Muñoz Gonzales, Saul Gun<sup>2</sup>

## RESUMO

Eficácia, durabilidade, menor custo e dias de internação foram avaliados neste trabalho, utilizando a técnica de sling pubovaginal, que é atualmente padrão ouro para correção da incontinência urinária secundária à deficiência esfinteriana ou hiper mobilidade vesical. Foram avaliados 128 pacientes que apresentavam incontinência urinária, submetidos a técnica de sling com materiais homólogos e sintéticos, descrevendo-se métodos e resultados obtidos. Concluiu-se que independente do uso de material sintético ou homólogo, a eficácia na correção da incontinência urinária de estresse são similares, porém, o uso de materiais sintéticos podem diminuir os custos e tempo de internação e morbidade, sendo que a faixa de *polypropilene* confeccionada pelo cirurgião é uma solução segura de baixo custo e de ótima eficácia.

**Descritores:** TVT, IUE, sling.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 2, p. 25 - 27, 2003

## INTRODUÇÃO

A facilidade atualmente de se adquirir informações, conhecimento e aperfeiçoamento, levou o profissional médico a oferecer ao paciente, os melhores e mais eficazes métodos de tratamento para correção da incontinência urinária.

A durabilidade e eficácia da cirurgia de sling, que aumenta extremamente os anos em que a paciente fica "seca", ao contrário dos procedimentos para correção da I.U.E. Alternativos, que geralmente apresentam recidivas precoces, nos levou a demonstrar nossa experiência e recomendação da técnica do sling.

## SUJEITOS E MÉTODOS

Cento e vinte e oito mulheres com incontinência urinária de estresse receberam tratamento cirúrgico pela técnica de sling pubovaginal, no período de junho de 1999 à novembro de 2003, com faixa aponeurótica homóloga ou sintética, no Conjunto Hospitalar de Sorocaba e no Hospital Samaritano de Sorocaba.

A avaliação pré-operatória foi realizada com anamnese, exame físico, estudo urodinâmico e análise de urina para exclusão das possíveis causas neurológicas, infecciosas ou psicológicas das perdas urinárias.

O material utilizado em 51 pacientes foi a faixa aponeurótica de cerca de 10x2 cm de diâmetro do músculo reto abdominal, retirada a partir de uma incisão transversa supra púbica e em 77 pacientes, material sintético. Todas as pacientes, sob anestesia raquidiana, são colocadas em posição ginecológica em Trendelenburg com a mesa a, aproximadamente, 20º abaixo do eixo horizontal.

Nas pacientes submetidas à técnica com faixa aponeurótica homóloga é realizada uma incisão em "U" invertido em parede anterior da vagina, por onde se obtém acesso ao espaço retro-púbico, após a perfuração da fáscia endopélvica. Depois uma pequena incisão vertical supra-púbica é realizada na região cefálica de cada tubérculo púbico com a bexiga vazia; um longo *clamp* é passado através da pequena incisão vertical caudal ao tubérculo púbico. O *clamp* é guiado lateralmente à bexiga sob constante controle do dedo, que é introduzido pela incisão vaginal e que o guia para dentro da vagina, lateralmente à uretra. Após ter suas extremidades suturadas por fio prolene 2, a faixa aponeurótica é puxada com o auxílio do *clamp* para posição supra-púbica formando uma "tipóia" na uretra mediana e, assim, é fixada no tubérculo púbico sem tensão na uretra.

1 - Médicos da Divisão de Urologia do Hospital Samaritano e do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).

2 - Professor Titular do Depto. de Urologia - CCMB/PUC-SP.

São dados dois pontos de fixação na faixa à fáscia periuretral para impedir a movimentação da faixa. Sutura com fio catagute 2-0 cromado é realizada para fechamento do flap em “U” em parede vaginal que cobrirá a faixa.

Os procedimentos nos quais se utilizou o sling sintético, o mesmo princípio de manter a faixa sem tensão “tipóia” em uretra mediana foi obedecido, sendo essa faixa sintética locada retro-púbica, após incisão de cerca de 1cm em parede anterior da vagina, introduzida até a região supra-púbica com agulhas existentes nas extremidades da faixa sintética, após esvaziamento vesical.

Não foram observadas diferenças significativas na eficácia das diferentes faixas sintéticas existentes no mercado. Ressaltamos, ainda, que em 27 pacientes, confeccionamos as faixas com *polypropylene*, que é material geralmente utilizado como tela para correção de hérnias.

Em todas as pacientes foi realizada cistoscopia de controle no intra-operatório.

O tratamento cirúrgico foi realizado em pacientes com incontinência de causas esfínterianas e de hiper mobilidade uretral ou combinação de ambos com grau I a III, avaliados à urodinâmica (hiper mobilidade, quando a pressão abdominal de perda for maior que 90cm de H<sub>2</sub>O; deficiência intrínseca esfínteriana, quando a pressão abdominal de perda for menor que 60cm de H<sub>2</sub>O e combinação de ambos, quando a pressão abdominal de perdas entre 60 e 90cm de H<sub>2</sub>O).

Em algumas pacientes foram realizados procedimentos cirúrgicos concomitantes ao sling vaginal, sendo que 12 pacientes realizaram correção de cistocele e 4 correção de retocele; em uma paciente foi realizada histerectomia via supra-púbica; em uma paciente foi realizada dermolipectomia.

Noventa e quatro pacientes já haviam realizado cirurgias anteriores de I.U.E. por via vaginal ou supra-púbica e, portanto, estavam com recidiva.

No intra-operatório, três pacientes tiveram perfuração vesical, após passagem da agulha da faixa sintética, sendo as intercorrências solucionadas com reposição da faixa no mesmo ato cirúrgico (evoluíram sem intercorrências).

No pós-operatório imediato, uma paciente com faixa sintética apresentou hematoma retro-púbico que foi drenado cirurgicamente através de uma pequena incisão supra-púbica (evoluiu bem).

Três pacientes em pós-operatórios tardios; um ano e sete meses, um ano e cinco meses e outro nove meses. Respectivamente, apresentaram migração de uma das hastes das fitas sintéticas para o interior da bexiga através da parede lateral da bexiga, sendo suas queixas de hematúria, infecção urinária e urgência miccional, a retirada das hastes que migraram foi realizada endoscopicamente em duas pacientes e outra através de incisão supra-púbica com pequena abertura da bexiga (todas as pacientes permaneceram continentemente e assintomáticas no pós-reoperação). Duas pacientes tiveram que realizar uretrolise, pois estavam retencionistas; mantiveram-se continentemente, com bom jato urinário e com resíduo pós miccional desprezível na pós-reoperação.

Das cento e vinte e oito pacientes, 122 estão continentemente até o momento, sendo que duas apresentam urgeincontinência (uma das pacientes apresentava no pré-operatório bexiga actínica e histerectomia secundária à neoplasia uterina e outra paciente apresentava bexiga neurogênica; seqüela de acidente vascular cerebral).

O tempo médio de permanência com sonda foi de dois dias, não tendo sido realizada punção supra-púbica. Foi orientada restrição hídrica de 1.500ml/dia para todas as pacientes nos primeiros dias.

Após retirada de sonda, oito pacientes apresentaram retenção urinária, tendo sido realizado cateterismo intermitente limpo, aproximadamente, até o 25º dia pós-operatório, com retorno da diurese espontânea, exceto em duas, onde foi necessário reintervenção cirúrgica (uretrolise) com já mencionado.

É descrito na literatura que o sling pubovaginal apresenta altos índices de cura para tratamento da I.U.E., variando de 78% - 98 %, sendo resultados semelhantes quando da utilização de faixa sintética ou homóloga. Nossa casuística é semelhante à da literatura, sendo as poucas complicações e intercorrências observadas e descritas, tratadas com reintervenção cirúrgica mantendo continência das pacientes.

## CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço pela técnica do sling pubovaginal, ao nosso entender, apresenta-se como a melhor técnica atual, pelos seus baixos índices de recidiva,

facilidades na execução de cirurgias concomitantes e pelo fácil emprego da técnica.

### ABSTRACT

Efficiency, durability, lower cost and hospitalization days were evaluated in this study, using the pubo-vaginal sling technique, which is now the gold standard to rectify the urinary incontinence secondary to sphincter deficiency or vesical hypermobility. One hundred twenty-eight patients with urinary incontinence were evaluated, submitted to sling's technique with homologous and synthetic materials, describing the methods and results obtained. We concluded that no matter the material used, homologous or synthetic, the efficacy in correcting urinary incontinence are similar, though the use of synthetic materials can lower costs, hospitalization period, and morbidity, being the use of polypropylene bands made by the surgeon a safe, high efficient and low cost solution.

**Key-words:** TVT, IUE, sling.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blaivas JG, Romanzi L J, Heritz DM. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment overview, and nonsurgical management. In: Retik AB, Vaughan ED Jr, Walsh PC, Wein AJ. Campbells urology. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. p. 1007-43.
2. Chaikin DC, Rosenthal J, Blaivas JG. Pubovaginal fascial sling for all types of stress urinary incontinence: long-term analysis. J Urol 1998; 160: 1312-6.
3. Raz S, Stothers L, Young GP, Short J, Maraks B, Chopra A, e al. Vaginal wall sling for anatomical incontinence and intrinsic sphincter dysfunction: efficacy and outcome analysis. J Urol 1996; 156: 166-70.
4. Morgan JE, Heritz DM, Stewart FE, Conolly JC, Farrow GA. The polypropylene pubovaginal sling for the treatment of recurrent stress urinary incontinence. J urol 1995; 154: 1013-4.
5. Leach GE, Sirls L. Pubovaginal sling procedures. In: Leach Ge. Atlas of the urology clinics of North America. Philadelphia: W. B. Saunders, 1994. p. 61-71.
6. McGuire, EJ, O'Connell HE. Surgical treatment of intrinsic urethral dysfunction. Slings. Urol Clin North Am 1995; 22:657-64.
7. Zaragoza MR. Expanded indications for the pubovaginal sling: treatment of type 2 or 3 stress incontinence. J Urol 1996; 156: 1620-2.
8. Morgan JE, Farrow GA, Stewart FE. The Marlex sling operation for the treatment of recurrent stress urinary incontinence: a 16-year review. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 224-6.
9. Ulmsten U, Johnson P, Rezapour M. A three-year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence Br J Obstet Gynecol 1999; 106: 345-50.
10. Goebell, R. Zur operativen besertigung der angeboreneb incontinentia vesicae. ZF Gynäc 1910, 2:187.
11. Amudsen CL, Guralnick ML, Webster GD. J Urol 2000; 164: 434-7.