

# INCONTINÊNCIA URINÁRIA TRATAMENTO PELA TÉCNICA DO SLING PUBOVAGINAL

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

## RESUMO

Os autores deste trabalho procuram mostrar os benefícios para a mulher com incontinência urinária, através da correção da mesma pela técnica do Sling pubovaginal.

Estudaram-se clínica e cirurgicamente, 60 pacientes, relatando a técnica, os métodos e os resultados obtidos.

Concluiu-se que houve melhora acentuada da incontinência urinária (I.U.E.) com o uso desta técnica, em relação às técnicas convencionais.

**Descritores:** TVT, IUE, Sling.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 3, n. 2, p. 28 - 30, 2001

## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é simplesmente definida como perda involuntária da urina. É uma condição comum em mulheres, principalmente, após a quinta década de vida e, raramente, causada por condições médicas; é incomum em homens, onde sua condição é secundária, na maioria das vezes, a traumas ou a cirurgias (cirurgias da próstata).<sup>1</sup>

O constrangimento social causado pela perda urinária que impede a mulher de exercer suas atividades profissionais, no século onde o sexo feminino conquistou o seu espaço fora de casa, tem cura, sendo as opções de tratamento variadas, desde a atitude conservadora ao procedimento cirúrgico.

A busca pela frase "estou seca" levou a medicina, durante anos, a desenvolver técnicas cirúrgicas para correção da incontinência urinária que fossem eficientes e duradouras.

Nós descrevemos nossa experiência com a técnica de correção de incontinência urinária com Sling pubovaginal, considerada, atualmente,

padrão ouro para correção da incontinência urinária.<sup>2,3,4</sup>

## MATERIAL E MÉTODOS

No período de junho de 1999 a janeiro de 2002, sessenta pacientes receberam tratamento cirúrgico de incontinência urinária pela técnica do Sling pubovaginal, com faixa aponeurótica homóloga ou sintética (TVT), no Conjunto Hospitalar de Sorocaba e no Hospital Samaritano de Sorocaba.

As pacientes foram avaliadas no pré-operatório com anamnese, exame físico, estudo urodinâmico e análise da urina para exclusão das possíveis causas neurológicas, infecciosas e psicológicas das perdas urinárias.

O material utilizado em cinquenta e uma pacientes foi a faixa aponeurótica de cerca de 10cm x 2cm de diâmetro do músculo reto abdominal, retirada a partir de uma incisão transversal suprapúbica e em nove pacientes, material sintético TVT.<sup>4</sup> Todas as pacientes, sob anestesia raquidiana, foram colocadas em posição ginecológica e em Trendelenburg com a mesa a, aproximadamente, 20° 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, com o ápice do U voltado para a uretra distal, por onde se obteve acesso ao espaço retro-púbico, após perfuração da fáscia endopélvica. Depois uma pequena incisão vertical suprapúbica 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

1- Médicos da Divisão de Urologia do Hospital Samaritano e do Serviço de Urologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

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

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. São dados dois pontos de fixação na faixa à fáscia peri-uretral 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.<sup>5</sup>

Nas pacientes em que se utilizou o Sling sintético, o mesmo princípio de manter a faixa sem tensão "tipóia" em uretra mediana foi obedecido, sendo esta faixa sintética locada retro-púbica, após incisão de cerca de 1cm em parede anterior da vagina, introduzida e conduzida até a região supra-púbica com agulhas existentes nas extremidades da faixa sintética, após esvaziamento vesical.

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

O tratamento cirúrgico foi realizado em pacientes com incontinência de causas esfinterianas 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 esfinteriana, quando a pressão abdominal de perda for menor que 60 cm de H<sub>2</sub>O e combinação de ambos, quando a pressão abdominal de perda entre 60 e 90cm de H<sub>2</sub>O).

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

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

No intra-operatório, uma paciente teve perfuração vesical, após passagem da agulha da faixa sintética (TVT), sendo o problema solucionado com recolocação da faixa no mesmo ato cirúrgico (evoluiu sem intercorrências). No pós-operatório, uma paciente com faixa sintética (TVT) apresentou hematoma retro-púbico e foi drenado cirurgicamente, através de uma pequena

incisão supra-púbica (evolui bem).

Das sessenta pacientes, cinquenta e nove, até o momento, estão continentas, sendo que uma paciente apresenta urgeincontinência (paciente com bexiga actínica, histerectomizada por neoplasia uterina e irradiada, que nos exames pré-operatórios apresentava cistocele grau II e incontinência grau III à urodinâmica e que já havia sido operada devido I.U.E., há oito anos).

O tempo médio de permanência com sonda no pós-operatório foi dois dias, não tendo sido realizada punção supra-púbica. Foi orientada restrição hídrica de 1500ml/dia para todas as pacientes nos primeiros dias, após retirada de sonda. Três pacientes apresentaram retenção urinária após a retirada de sonda, tendo sido realizado cateterismo intermitente limpo, aproximadamente, até o vigésimo quinto dia pós-operatório na principal retencionista (todas voltaram a apresentar diurese espontânea).

É descrito na literatura que o Sling pubovaginal apresenta altos índices de cura para tratamento da I.U.E., variando de 78-98 %, <sup>6,7,8</sup> sendo resultados semelhantes quando da utilização de faixa homóloga ou "tension-free vaginal tape" (TVT).<sup>9</sup> Nossa casuística é semelhante à da literatura, com cinquenta e nove pacientes secas (98,3%) e uma das pacientes (1,7%) apresentando urgeincontinência. Não tivemos casos onde a retenção urinária pós-operatória foi fator significativo, como descrito no início da utilização da técnica em 1910,<sup>10</sup> não sendo necessária reintervenção cirúrgica para o tratamento da obstrução após cirurgia de Sling; já descrito na literatura.<sup>11</sup>

## 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.

## SUMMARY

In this work, we use a new technique of the urinary incontinence correction in women, with

the pubo-vaginal technique (SLING) with aponeurotized homologous band or synthetic (TVT).

We utilized the homologous aponeurotic band in about 10cm x 2cm of diameter of the abdominal rectus in 51 patients, and the synthetic material (TVT) was utilized in 9 patients.

This treatment was made in patients with urinary incontinence of esfinterian causes and hipromobility or combination of both in degrees I and III, appraised by urodinamic study (hipermobility when abdominal pressure is bigger than 90cm of H<sub>2</sub>O; intrinsic deficiency when abdominal pressure of loss was less than 60cm of H<sub>2</sub>O and combination of both when the abdominal pressure of loss about 60 and 90cm of H<sub>2</sub>O.

Forty nine patients already had realized prior surgeries of I.U.E. by vaginal via supra pubic, and they presented reincidence.

From 60 patients submitted to this technique, 59 are mode pate and one patient presents urgeincontinence (patient with octimic bladder histerectomy-zeo by uterus neoplasie and irradiated, that in the preoperatories examinations presented cystocele II degrees and incontinence III degrees at urodinamic and already operated by I.U.E., 8 years ago.

The medium time of permanence with catheter in postsurgery was 2 days, and none patient was realized a supra pubic puncture and didn't have patients with urinary retention after surgery of significant manner.

**Key Words:** TVT, IUE, Sling.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blaivas JG, Romanzi LJ, Heritz DM. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment overview, and nonsurgical management. In: Retik AB, Vaughan ED Jr, Walsh PC, Wein AJ. *Campbell's 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, et 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, OConnell 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 Gynaecol* 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.