

9 TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA PÓS-REPARAÇÃO

Uma coisa é conseguir fechar uma fístula vesicovaginal, outra coisa é tornar a paciente continente. Conseguimos fechar mais de 90% dos casos e os cirurgiões experientes aproximam-se dos 98%, mas, pelo menos, outros 15–20% terão alguma incontinência. Em metade destes casos, a incontinência é tão grave que a pessoa continua totalmente molhada. Este facto tem sido subnotificado, como é evidente nas avaliações independentes dos resultados obtidos em locais que citam taxas de incontinência persistente muito baixas. Quando as pacientes são examinadas de forma adequada e independente, alguns centros chegam a ter até 45% de pacientes que regressam a casa com algum grau de incontinência. Quanto mais cuidadosamente se procurar o problema, mais exemplos serão detetados. Esta “fenda de incontinência” é uma fonte de enorme frustração para os cirurgiões de fístulas. A causa não é difícil de ver.

A parte mais importante da uretra para manter a continência é a secção média. Nesta área, a uretra gera maior pressão para manter a urina dentro da bexiga. O ligamento pubouretral insere-se aqui, existindo também um espessamento do músculo chamado esfíncter externo da uretra. Se este for danificado ou destruído durante o parto prolongado, torna-se problemático, ou mesmo impossível, manter a continência, mesmo depois de a fístula ser fechada. É possível recriar uma uretra e um colo da bexiga anatomicamente corretos, mas sem os ligamentos e os músculos, os mesmos não terão qualquer função fisiológica.

O comprimento normal de uma uretra feminina é de 3–5 cm, sendo a média de 4 cm. Na minha série, 35% das pacientes têm a fístula a menos de 2,5 cm do orifício uretral externo (tipos 3 e 4 da classificação de Goh). Estes casos apresentam o pior prognóstico para a incontinência persistente após a reparação. De facto, 60% das pacientes têm a fístula distal a menos de 3,5 cm do orifício uretral (tipos 2, 3 e 4 da classificação de Goh). Todas estas pacientes terão o mecanismo de continência da uretra total ou parcialmente destruído. Muitas vezes, as cicatrizes que rodeiam a fístula mantêm a uretra rígida e aberta. A uretra também se encontra frequentemente desnervada.

A função da bexiga pode ser afetada de várias formas. O tamanho da bexiga pode variar entre normal e muito reduzido. O seu nível de elasticidade pode variar, desde atónico, com retenção e regurgitação crónicas, até instável, com ondas de pressão anormais frequentes que causam instabilidade no detrusor (atualmente designada por bexiga hiperativa), levando a sensações de urgência e a incontinência de urgência. Outras pacientes têm uma bexiga pequena, rígida e não elástica, secundária às cicatrizes e à perda substancial de tecido da bexiga.

As pacientes com incontinência persistente têm sido estudadas de forma urodinâmica. Cerca de 40% terão incontinência de esforço genuína (GSI), 40% terão GSI combinada com bexiga hiperativa, 14% terão perdas de urina resultantes de uma bexiga pequena, rígida e não elástica e os restantes 6% terão retenção com regurgitação.

Desenvolvi um interesse especial no tratamento desta incontinência persistente, pelo que este capítulo irá centrar-se nos tratamentos e procedimentos operatórios da minha preferência. As técnicas evoluíram ao longo dos anos.

Antigamente, a operação centrava-se na uretra e na tentativa de a tornar tão anatomicamente normal quanto possível, conferindo à mesma um comprimento e uma largura normais. Em seguida, introduzimos um sling de apoio de material autólogo, na tentativa de recriar o ligamento pubouretral. Combinando estes dois princípios, obtinha uma taxa de 70% de pacientes com fístula e incontinência persistente secas. Recentemente, a minha abordagem passou não apenas por incluir a uretra e o sling, mas também por me concentrar na vagina. Esta abordagem baseia-se na teoria integral da incontinência urinária feminina. Se, durante a reparação, a vagina for puxada em conjunto sob tensão, o resultado é uma vagina curta, rígida e com cicatrizes. Isto irá puxar e manter a uretra aberta, pelo que a paciente terá perdas contínuas através da uretra aberta fixa. (Figura 9.1) Ao garantir que a vagina está relaxada e flexível, aumentei a minha taxa de sucesso. De momento, só tenho uma série com cerca de 200 pacientes, mas estas mulheres apresentavam os casos mais graves de todos, com perdas constantes, vaginas terrivelmente curtas e cicatrizadas e uretras retraídas para dentro da vagina. Todas as 200 pacientes já tinham sido operadas noutros centros até nove vezes e, em muitos casos, a operação visava tratar a incontinência persistente. Tudo o resto tinha falhado. Se eu tivesse seguido apenas os dois primeiros princípios (fazer com que a uretra tivesse um comprimento e uma largura normais e criar um sling suburetral), apenas 26% destes casos graves teriam ficado curados. Ao proceder desta forma, mas certificando-me de que a vagina é reconstruída sem tensão, 70% das pacientes estão completamente secas e quase todos os restantes casos registaram melhorias.

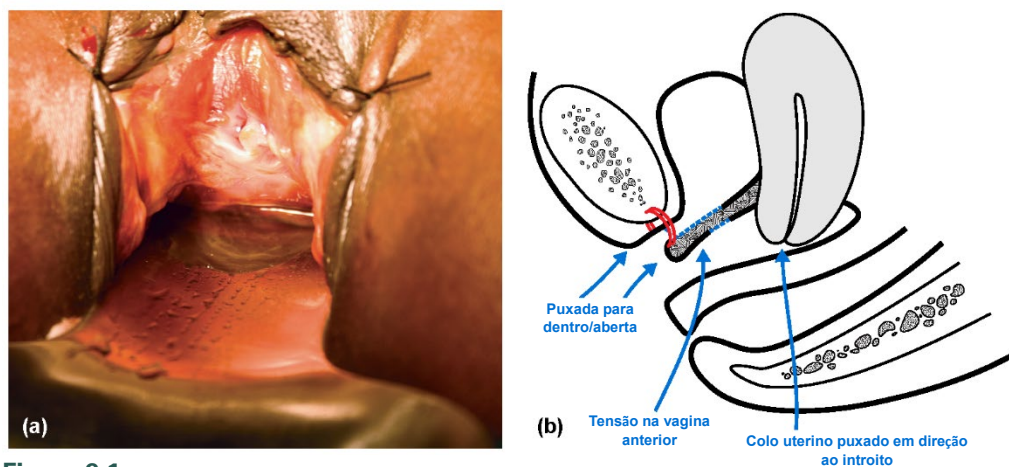


Figura 9.1

a) Uma paciente com incontinência completa após a reparação de uma fístula. Note a urina a sair pela uretra e a acumular na vagina. A uretra tinha menos de 1 cm de comprimento e a parede vaginal anterior era muito curta, com menos de 3 cm. b) Em forma de diagrama.

Em resumo, o tratamento cirúrgico da incontinência persistente segue estes três princípios principais. Irá verificar que, pelo menos, um princípio terá de ser sempre aplicado a qualquer paciente e, em alguns casos, terão de ser abordados os três princípios para que a paciente tenha hipóteses de ficar curada. Os princípios são os seguintes:

1. Reconstrução da uretra para ficar com um comprimento e uma largura normais.
2. Reconstrução do ligamento pubouretral.
3. Reconstrução da vagina para não existir tensão na vagina anterior.

Outros cirurgiões têm abordagens diferentes, que serão brevemente discutidas mais adiante neste capítulo.

O tratamento da incontinência de esforço pós-reparação divide-se em quatro categorias distintas:

- Avaliação imediata
- Medidas conservadoras
- Tratamento cirúrgico
- Tratamento com recurso a um molde uretral.

Avaliação imediata

A frequência e o controlo deficiente são comuns logo após a remoção do cateter na sequência da reparação de fístulas, mas, muitas vezes, a situação melhora rapidamente. Se a paciente continuar molhada após 48 horas, e partindo do princípio de que um teste de coloração excluiu uma deiscência e a paciente não tem retenção urinária, será necessário classificar o caso mediante um de cinco graus de gravidade:

- *1/5. Paciente completamente seca ao esforço, ao caminhar, ao repouso e ao sono e a urinar normalmente.*
- *2/5. Paciente molhada em situações de exigência (tosse ou esforço). Muitas vezes melhora com o tempo e a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.*
- *3/5. Paciente molhada ao caminhar e seca ao sentar-se e deitar-se, mas consegue urinar bem.* Mais uma vez, a situação pode melhorar com o tempo e a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Aos 6 meses de acompanhamento, 50% das pacientes estarão completamente secas apenas com a adoção de um tratamento conservador.
- *4/5. Paciente molhada ao caminhar, sentar-se e deitar-se, mas continua a conseguir urinar até certo ponto.* Esta situação raramente melhora com o tempo, pelo que a paciente irá necessitar de assistência e, provavelmente, irá necessitar também de uma operação de esforço secundária. Por norma, avançamos com este procedimento após 3–6 meses de exercícios experimentais de fortalecimento do pavimento pélvico, uma vez que alguns casos melhoram com o tempo.
- *5/5. Paciente sempre molhada, sem urinar.* A paciente sente-se como se ainda tivesse uma fístula. Esta situação raramente melhora com o tempo. Muitas vezes, deve-se a uma uretra que não funciona, sendo necessário realizar um tratamento posterior.

A melhor forma de medir objetivamente o grau de incontinência de uma paciente consiste em realizar um “pad-test de uma hora”. A descrição completa encontra-se no Anexo B, mas, resumidamente, é necessário ter uma balança de cozinha simples e um penso. Pese o penso e peça à paciente para esvaziar a bexiga e colocar o penso. A paciente deve beber 500 ml de água e efetuar uma série de exercícios. No final, pese o penso e subtraia o respetivo peso original. Desta forma, irá obter uma estimativa da quantidade de urina perdida durante uma hora. Este método é muito útil antes e depois de uma operação de incontinência de esforço, mas os resultados obtidos podem variar um pouco dependendo do grau de hidratação da paciente antes de iniciar o teste. Para tentar uniformizar o teste, é preferível fazê-lo de manhã cedo, depois de a paciente se levantar, logo após o pequeno-almoço.

Tratamento conservador – Exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico

Nos países desenvolvidos, existem evidências objetivas de que os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico são úteis no tratamento da incontinência de esforço. No entanto, o benefício só foi demonstrado em pacientes motivadas, que receberam instruções adequadas de um profissional.

Tem sido dada grande importância à instrução de pacientes com fístula para a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Infelizmente, as mulheres que apresentam os casos mais graves de incontinência de esforço são também aquelas que apresentam lesões isquémicas nos músculos do pavimento pélvico. Basta colocar dois dedos na vagina, sentir a fibrose na vagina e nos músculos levantadores e pedir à paciente para apertar, para percebermos a pouca contração existente. Nas lesões mais graves, os músculos pélvicos foram totalmente destruídos pelo trabalho de parto prolongado, não existindo quaisquer músculos para reabilitar. Kees Waaldijk denomina este fenómeno de “síndrome da pélvis vazia”.

Outras pacientes que apresentam casos de esforço, mas menos danos, beneficiam das instruções, mas apenas se estas forem apresentadas corretamente. (Figura 9.2) É essencial colocar dois dedos na vagina para ajudar a paciente a compreender o que deve fazer e para acompanhar o progresso obtido. A simples instrução verbal está condenada ao fracasso. A paciente deve também ser ensinada a examinar-se a si própria para efeitos de feedback.

A rotina consiste em apertar o pavimento pélvico com a máxima força possível durante 5-10 segundos e depois relaxar. A paciente deve continuar a respirar normalmente. A compressão é repetida 10 a 20 vezes, com intervalos de 10 segundos entre si. A paciente deve repetir esta rotina três vezes por dia.

É difícil saber quantas pacientes cumprem este regime, mas quer façam os exercícios ou não, muitas pacientes com incontinência ligeira acabam por melhorar com o tempo. Um aspeto positivo é o facto de, por vezes, vermos pacientes que vão para casa com casos de esforço moderado, mas regressam mais tarde para nos dizer que a incontinência desapareceu de forma espontânea ao fim de algumas semanas.



Figura 9.2
Enfermeiras a ensinar
exercícios de fortalecimento
do pavimento pélvico.

Tratamento cirúrgico

Devem passar, pelo menos, 3–6 meses para que haja tempo para uma melhoria espontânea. Em seguida, pode ser considerado um procedimento secundário para a incontinência de esforço. Em primeiro lugar, é necessário confirmar o diagnóstico, verificando se a paciente não está em retenção e realizando também um teste de coloração. É muito fácil não reparar numa fistula residual minúscula. Pode acontecer que a paciente tenha ambas as coisas: uma fistula residual e uma perda através da uretra. Ambas necessitam de atenção. Se o teste de coloração for negativo, a incontinência pode ser demonstrada através da remoção do cateter com o corante ainda no interior: muitas vezes, o corante acaba por sair. Se não sair, deve pedir à paciente para tossir, situação em que, por norma, a incontinência é percebida de imediato.

O exame de uma paciente para detetar a incontinência de esforço deve ser efetuado sem anestesia, com a paciente de pé ou deitada. Deve ser-lhe pedido para tossir com a bexiga cheia ou quase cheia ou após a realização de um teste com corante, conforme descrito acima. Muitas mulheres apresentam perdas ao tossir sob anestesia espinal na posição de litotomia e estão secas em condições normais e vice-versa. É necessário confirmar a perda uretral antes de submeter a paciente a anestesia. Além disso, deve repetir sempre um teste de coloração no bloco operatório, no início de qualquer operação de esforço proposta, só para ter a certeza de que não deixou escapar nenhuma fistula pequena.

Dito isto, colocar um corante frio numa bexiga e pedir à paciente para tossir não é um procedimento particularmente fisiológico. É preferível examinar a paciente quando tem a bexiga cheia.

Até há pouco tempo, era efetuada uma simples cistometria para ajudar na seleção. A bexiga era enchida com água através de uma seringa de bexiga aberta mantida verticalmente enquanto a uretra era comprimida. Se a pressão da bexiga fosse estimada em mais de 20 cm de H₂O com apenas 100 cm³ na bexiga, a operação não era recomendada. Este procedimento excluía cerca de um terço das pacientes. Atualmente, todas as pacientes têm uma oportunidade graças à plicatura e ao sling, tendo a taxa de sucesso (cerca de 70%) aumentado de forma efetiva. Agora, com o passo adicional das reconstruções vaginais, a taxa de sucesso está a aumentar ainda mais.

Plicatura uretral e sling fibromuscular

O objetivo da cirurgia consiste em alongar e estreitar a uretra e, em seguida, fornecer apoio com um sling fibromuscular (o sling é descrito e ilustrado no Capítulo 6 – Suporte uretral – Sling fibromuscular).

Posicione a paciente à semelhança de como é posicionada para a reparação de uma fístula e utilize uma episiotomia, se necessário. Meça o comprimento da uretra da seguinte forma: insira um cateter de Foley, encha o balão, puxe o cateter até o balão encostar ao colo da bexiga, aperte o cateter ao nível do meato uretral externo, esvazie o balão, remova o cateter de Foley enquanto continua a apertá-lo e volte a encher o balão. O comprimento da uretra vai desde o local onde o cateter de Foley é apertado até ao balão. (Figura 9.3a) Na Etiópia, o comprimento médio antes da operação é de 1,4 cm, o que representa menos de metade do comprimento normal. Quase todas as pacientes terão uma uretra encurtada.

Após a infiltração, reflita a mucosa vaginal. Efetue uma incisão horizontal através da vagina cerca de 2 cm abaixo do meato uretral externo. Estenda a incisão até às paredes laterais da vagina. Reflita a vagina distalmente para fora da uretra quase até ao meato e de cada lado das paredes laterais da vagina e suture-as para fora do caminho para os grandes lábios. (Figura 9.2) Dissecte um pouco proximalmente sob a incisão horizontal para mobilizar a bexiga distal. Com uma tesoura, dissecte a uretra e a bexiga a partir das fixações laterais, abrindo o espaço paravesical e paravesical de cada lado.

É necessário ter muito cuidado, pois é fácil abrir aqui a bexiga e criar outra fístula. Se isso acontecer, deve-se geralmente ao facto de a primeira operação incidir sobre uma fístula circunferencial que não foi reparada de forma circunferencial. A reparação é extremamente difícil, mas deve ser tentada.

O passo seguinte consiste na plicatura da uretra e da bexiga distal com três suturas interrompidas na linha média. Estas têm como objetivo prender a fâscia pubocervical, ou pelo menos o que resta da mesma, estreitar a uretra e puxar as paredes da bexiga distal em conjunto. (Figura 9.3)

É importante plicar os tecidos corretos. Prenda o músculo uretral medialmente ao local onde o mesmo foi mobilizado para fora da parede lateral da vagina, não prenda o tecido da parede lateral da vagina, pois isso não terá o efeito desejado. Se for feito corretamente, o lúmen será estreitado para que o seu diâmetro seja semelhante ao diâmetro da uretra.

Crie um sling agarrando o tecido fibromuscular de cada lado e desenvolvendo um bloco de tecido a suturar na linha média. É claro que, durante a operação primária, pode já ter sido criado um sling, mas, por norma, é possível encontrar tecido adicional para criar outro sling. Note que é possível que ocorra uma hemorragia rápida à medida que o pedículo é elevado. Se a mesma não for cuidadosamente tratada, pode representar uma fonte de hemorragia pós-operatória.

Meça novamente o comprimento da uretra para ver se cresceu. O comprimento médio da uretra duplicou para 3 cm na série de 72 casos consecutivos da Etiópia. (Figura 9.3i – 3,5 cm neste caso)

Realize um teste de coloração para garantir que a bexiga não foi aberta acidentalmente.

A vagina está reparada. Certifique-se de que reparou os cantos da vagina na parede lateral, na base do pedículo (compare com a Figura 6.58k). Isto reduz a possibilidade de espaços mortos e hemorragia.

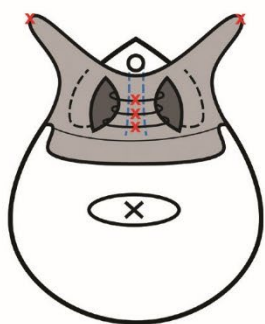
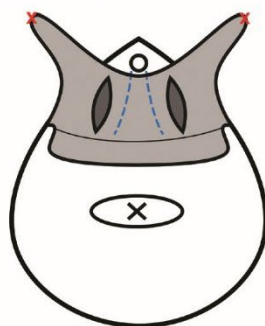
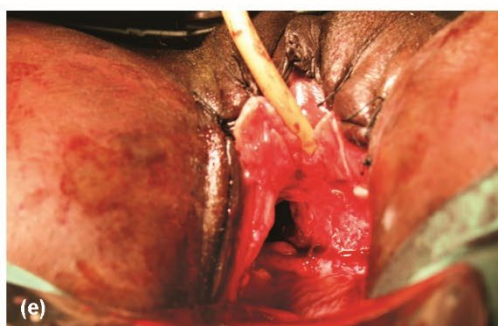
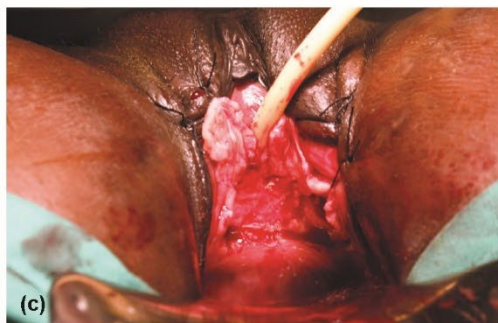
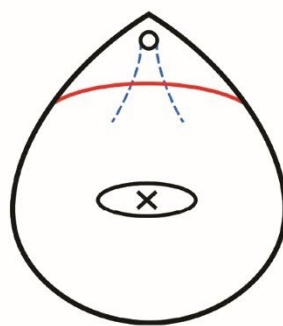
Se não for possível reparar a vagina sem tensão, é necessário efetuar um rebordo. É fácil verificar esta situação. Se, ao suturar a vagina, o meato uretral for arrastado para o canal vaginal, sabe-se de imediato que a uretra está a ser puxada ao ponto de abrir após a aplicação de uma tensão excessiva. Desfaça as suturas e coloque um rebordo de tecido como descrito no Capítulo 6 – Tratamento de defeitos da pele vaginal.

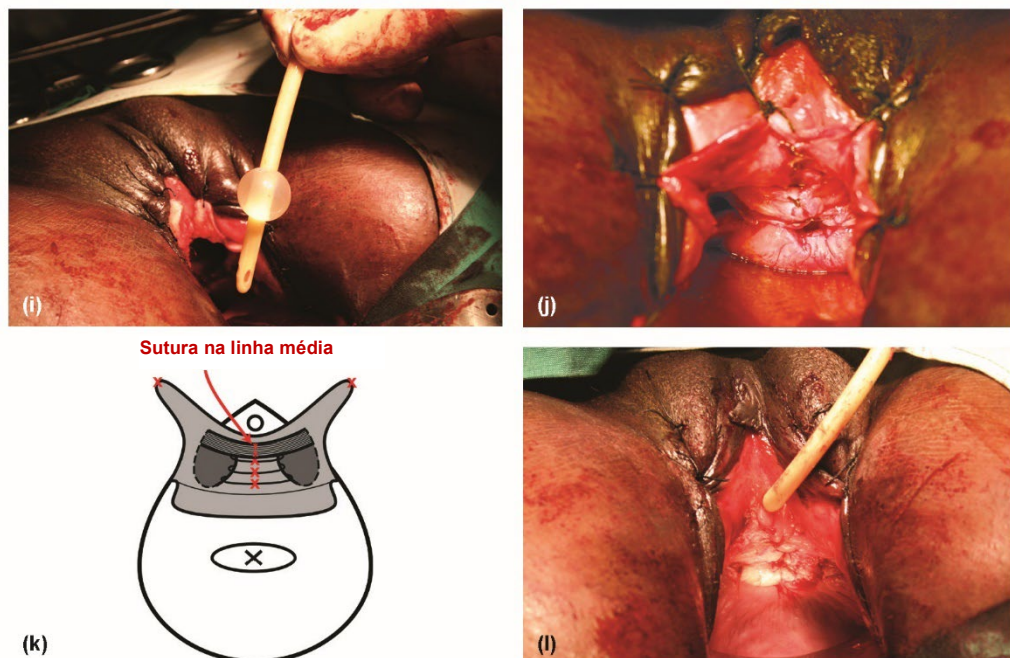
Ao reparar a vagina, é importante suturar a pele vaginal à parede pélvica lateral. Experimente ancorá-la no local onde refletiu o sling fibromuscular. Isto irá ajudar a suportar a uretra (como se estivesse a fazer uma colpossuspensão) e a fechar um eventual espaço morto onde seja possível acumular um hematoma (consulte a Figura 6.58k e l).

O cateter de Foley é deixado em drenagem livre durante 3–5 dias e a paciente é incentivada a beber de forma habitual. Após a remoção do cateter, a paciente é incentivada a beber normalmente e a urinar. É necessário verificar o volume residual obtido, devendo este ser inferior a 100 cm³. Uma avaliação mais exata consiste em medir primeiro a quantidade de urina expelida e medir depois o resíduo existente. Se o volume residual for >50% do volume expelido, a situação deverá ser definida como retenção. Assim sendo, se a paciente evacuar 100 ml, mas tiver um resíduo de 60 ml, trata-se de uma retenção. É importante proceder à verificação desta forma, uma vez que as pacientes com fístula apresentam vários graus de perda de bexiga e podem ter bexigas muito pequenas, com uma capacidade inferior a 100 ml, tendo por vezes uma capacidade de apenas 20 ml. Se a paciente tiver retenção urinária, necessita de tratamento (consulte a secção Tratamento da retenção abaixo).

Caso contrário, será necessário mostrar também à paciente como fazer exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. A paciente é avaliada e qualquer tensão remanescente que possa ser registada é quantificada na escala referida anteriormente para verificar se foram detetadas melhorias em relação ao período anterior à operação. Atualmente, alguns centros realizam um “pad-test” padronizado antes e depois da operação. É bom poder quantificar uma melhoria com uma medida objetiva, sendo este um instrumento muito útil para a investigação, a que provavelmente a maioria das unidades não tem acesso para poder utilizar de forma rotineira. É um instrumento exigente em termos de tempo e pessoal.

Tenho um fisioterapeuta urinário que se dedica ao ensino de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, ao treino da bexiga e à realização de pad-tests, mas isto seria um luxo na maioria das unidades.



**Figura 9.3**

a) Uma paciente com incontinência após a reparação de uma fístula. Quando medida, a uretra tem apenas 1,5 cm de comprimento. b) Em termos esquemáticos, as linhas azuis pontilhadas delineiam a uretra curta e aberta por baixo. A linha vermelha indica a incisão inicial. c) A vagina foi refletida. d) O espaço para-uretral foi aberto à esquerda e e) à direita. f) Em termos esquemáticos, é possível ver os espaços para-uretrais libertados das paredes laterais. g) A uretra foi mobilizada e agora encontra-se plicada. h) Em termos esquemáticos, é possível ver que a plicatura estreitou a uretra, tornando-a mais comprida. i) Depois de ser medida de novo com 2 ml no balão, a uretra conta agora com 3,5 cm de comprimento. j) É colocado um bom sling fibromuscular (consulte o Capítulo 6 – Suporte uretral – Sling fibromuscular [Sling pubococcígeo]). Também pode colocar um “sling on a string” (sling por um fio) fascial. k) Diagrama. l) A vagina está reparada.

Complicações

As complicações deste procedimento incluem:

- Reabertura acidental da fístula em menos de 5% dos casos. É possível fechá-la durante a operação, mas é importante que não passe despercebida.
- Laqueação dos ureteres se as suturas tiverem sido colocadas numa posição demasiado profunda. (Este fenómeno não foi detetado durante a nossa experiência, mas é necessário ter em conta que a anatomia destas pacientes se encontra distorcida devido à lesão e subsequente reparação. Os ureteres podem estar em sítios inesperados.)
- Retenção de urina em 15% dos casos.

Tratamento da retenção

Algumas pacientes não conseguem urinar de todo e têm de voltar a inserir o cateter. Outras apresentam um grau de retenção que, se não for detetado, pode levar a situações de incontinência por regurgitação, estase urinária, infecção do trato urinário e até formação de cálculos.

É necessário medir a urina residual de todas as pacientes antes de estas serem autorizadas a regressar a casa. Se a quantidade obtida for superior a 100 cm³, ou se o volume residual for >50% do volume expelido, proceda da seguinte forma:

- Substitua o cateter e tape-o com uma ponta, ou seja, bloqueie-o de alguma forma. Alguns locais utilizam um frasco de gentamicina, outros utilizam o êmbolo de uma seringa de 5 ml. Deixe a bexiga encher e depois liberte a ponta de 2 em 2 horas para esvaziar a bexiga. Isto irá ajudar a “treinar novamente” a bexiga, enchendo-a e relaxando-a. Trata-se de um tratamento antigo para problemas urinários, raramente ou nunca utilizado no Ocidente, mas parece funcionar para as pacientes com fístula. No caso da maioria das pacientes com fístula, a bexiga está vazia há anos e não me parece que mantê-la em drenagem livre (vazia) durante mais alguns dias possa mudar alguma coisa. Faça este “treino” da bexiga durante 48 horas, mas tenha cuidado para que a ponta seja libertada de 2 em 2 horas para evitar uma distensão excessiva. Provavelmente, é mais seguro deixá-la em drenagem livre durante a noite para evitar esta situação. É necessário ter uma paciente cooperante e enfermeiros dedicados. Se o procedimento for efetuado de forma correta, 70% das pacientes estarão a urinar normalmente depois de o cateter ser removido e as pacientes serem novamente avaliadas para efeitos de retenção. Certifique-se de que as avalia três vezes.
- Se a urina residual continuar a ser superior a 100 cm³ ou superior a 50% do volume expelido, ensine à paciente a técnica do duplo esvaziamento. Neste caso, a paciente urina normalmente, talvez com pressão suprapúbica (empurrando a bexiga com a mão). Em seguida, levanta-se e caminha durante alguns momentos, enquanto a bexiga se “reajusta” ao facto de ter um volume de urina menor, e volta a tentar urinar novamente.
- Se isto não resolver o problema e a paciente continuar a não conseguir esvaziar a bexiga de forma adequada, ensine-a a realizar o autocateterismo intermitente limpo. A paciente deve tentar esvaziar a bexiga o mais que puder e, em seguida, passar um cateter curto e rígido na bexiga para drenar a urina restante. A paciente lava o cateter e mantém-no limpo para o utilizar da próxima vez, tendo de o fazer após cada micção, ou três a quatro vezes por dia, para se certificar de que a bexiga se esvazia por completo e de forma regular ao longo do dia. A paciente deve ser tranquilizada quanto à probabilidade de melhorar com o tempo e deve ser enviada para casa com instruções para realizar o autocateterismo e só parar quando esvaziar corretamente a bexiga, de modo a que, quando passar o cateter, não saia urina, ou saiam apenas algumas gotas. A paciente deve ser enviada para casa com cerca de cinco cateteres curtos e rígidos. Deve lavar o cateter antes e depois de cada utilização e deve reutilizá-lo durante cerca de um mês. Pode existir um pequeno grupo em que a bexiga nunca recupera a capacidade de esvaziamento, pelo que o autocateterismo pode ser vitalício. Neste caso, a paciente deve receber um cateter metálico.

Ouvimos um cirurgião dizer que a incidência de retenção será reduzida se o cateter for deixado durante 10 dias após a operação, em vez dos 3 dias que praticamos. Isto requer uma investigação mais aprofundada, mas pode ter algum mérito se continuar a existir inchaço e dor resultantes da operação.

Alguns cirurgiões relataram que não conseguem reproduzir os meus resultados tendo por base estes princípios e procedimentos. Ao observá-los e ensiná-los, um erro que costumo detetar comumente é o facto de não estarem a plicar a uretra de forma correta. Em vez de prenderem o tecido uretral medialmente ao local onde mobilizaram a uretra para fora do ramo púbico, estão a suturar os tecidos ao longo do ramo púbico. Este procedimento não alonga nem estreita a uretra tão bem como se pretende. Também dificulta a criação de um bom sling muscular e impossibilita a colocação correta de um sling fascial. Quando são alertados para este erro, os resultados obtidos melhoram frequentemente.

Em caso de falha

Se uma operação de esforço tiver falhado no passado, prefiro usar um sling fascial apertado na segunda tentativa.

Tal como descrito acima, costumo colher o sling da bainha retal através de uma entrada de mini-Pfannenstiel efetuada antes de iniciar o procedimento vaginal. O mesmo é mantido numa solução salina estéril enquanto a vagina é preparada.

Nestas pacientes, o meato uretral encontra-se, muitas vezes, puxado para dentro da vagina e não está na posição anatómica correta. Frequentemente, a parede vaginal anterior é muito curta e o colo uterino foi puxado para a frente depois de muitas operações, situando-se, por vezes, mesmo junto do meato uretral! Este é o resultado de reparações anteriores de fístulas em que o cirurgião puxou a vagina para cobrir a bexiga e a uretra. O resultado é uma parede vaginal anterior apertada, curta e distorcida, que tem de ser reparada para se assemelhar à anatomia normal. (Figura 9.1a) Mobilize a parede vaginal para fora da uretra, como referido acima, e, se o meato tiver sido puxado para dentro da vagina em reparações anteriores, esta mobilização e a libertação de tecido cicatricial faz com que o meato volte frequentemente à sua posição normal. (Figura 9.4) Se o colo uterino estiver puxado para a frente, mobilize-o também e depois suture-o às paredes laterais da vagina, no fundo da vagina, para o colocar na sua posição natural. Plique a uretra para garantir que esta tem um comprimento e uma largura adequados. Em seguida, coloque um sling fascial.

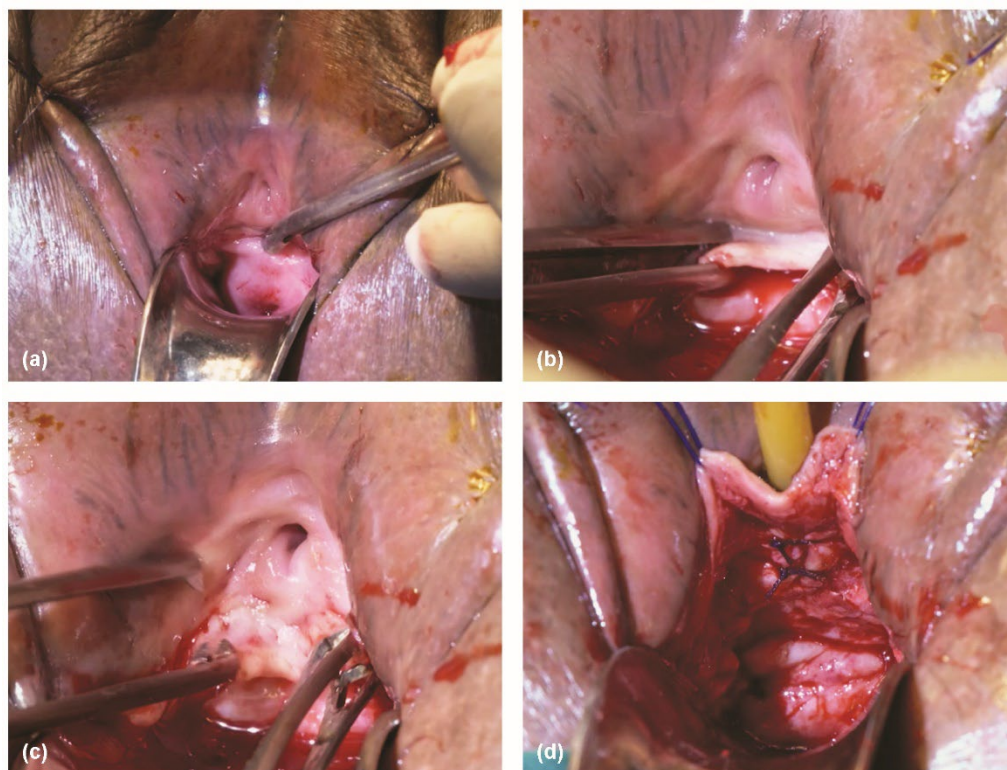


Figura 9.4

a) Uma paciente com incontinência pós-reparação. A uretra está presa à vagina e o colo uterino está puxado para a frente. O cateter metálico está encostado ao colo uterino e a parede vaginal anterior tem apenas 1,5 cm de comprimento. b) A vagina é mobilizada para fora da uretra e c) salta para a frente. d) O colo uterino foi mobilizado e empurrado de volta para a sua posição normal, a uretra foi plicada e foi colocado um sling fibromuscular.



Figura 9.4 (continuação)

e) A fenda da vagina anterior foi preenchida por um rebordo de Singapura.

Tal como descrito no Capítulo 6 – Suporte uretral – Sling fibroso, colha uma faixa de 5-7 cm por 1-1,5 cm de fâscia retal, mas deixe a ferida abdominal aberta por enquanto. Gosto de colocar uma gaze impregnada de iodo sobre a ferida enquanto realizo a parte uretral da operação, apenas para manter a ferida limpa. Efetue o mesmo tipo de mobilização e plicatura da uretra que acima, mas depois, com um pouco de nylon ou PDS ligada a cada extremidade da faixa de fâscia, crie

um túnel lateral, em sentido ascendente, no sling fascial de um dos lados da uretra através da Caverna de Retzius e depois do outro lado, tal como descrito no Capítulo 6. Este procedimento pode ser efetuado com uma pinça para artérias longa e curva, segurando firmemente cada extremidade da sutura na ponta da pinça para artérias à medida que cria o efeito de túnel de cada lado, um lado após o outro. Passe as duas extremidades da sutura através da bainha retal com a pinça para artérias ou uma agulha livre. Amarre as extremidades, com uma alça em sentido ascendente de cada lado da uretra. Exerça alguma tensão sobre a uretra e tenha cuidado para não fazer deslizar as suturas ao atar, de modo que a faixa de fâscia não suba por um dos lados do túnel e deixe a sutura de nylon ou PDS à volta da uretra. Isto pode ser facilitado através da colocação de uma sutura superficial de Vicryl 3-0 desde o sling até à uretra na linha média. (Figura 9.5)

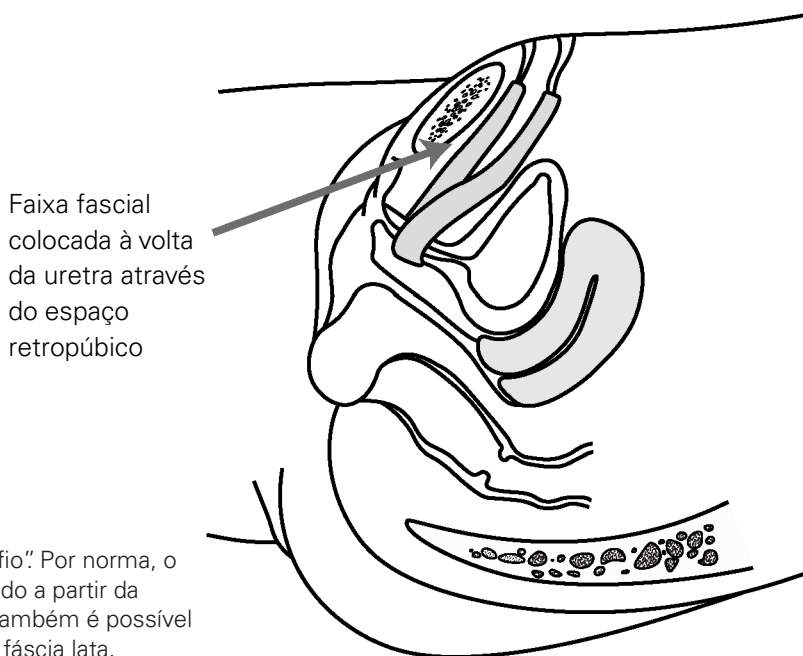


Figura 9.5

Um “sling por um fio.” Por norma, o sling fascial é colhido a partir da bainha retal, mas também é possível utilizar o tensor da fâscia lata.

Esta abordagem parece ser bastante sólida e costumo utilizá-la com regularidade e obter resultados positivos, mas existe sempre o risco de perfurar a bexiga durante a criação do efeito de túnel. Já removi cálculos vesicais que se formaram à volta da sutura de nylon. Depois de criar o túnel no sling, o cirurgião deve ter entrado na bexiga sem se aperceber. Quando criar o túnel da sutura para cima, certifique-se de que passa ao longo da sínfise púbica posterior, sentindo com a outra mão a área que está a atravessar na parede abdominal. Depois, realize um teste de coloração para garantir que não perfurou nada. Estes passos devem diminuir o risco de perfuração.

Como sempre, o fecho da vagina é tão importante como a uretralização e o sling. Gosto de ver uma parede vaginal anterior com, pelo menos, 6 cm de comprimento desde o meato uretral até ao colo uterino. Se a parede vaginal for muito curta, se o meato tiver sido puxado para dentro da vagina e o colo uterino para a frente e se tiver procedido à mobilização conforme descrito acima, terá uma fenda maior a preencher na parede vaginal anterior. É necessário preencher a

mesma com algum tipo de rebordo. A minha opção preferida passa pelo rebordo de pedículo vascular, ou seja, o rebordo de Singapura (Figura 9.4. Consulte o Capítulo 6 – Tratamento de defeitos da pele vaginal). Os rebordos rotacionais, que não têm por base um aporte de sangue, podem contrair-se com o tempo. Por isso, é preferível um rebordo vascular. Também pode obter um rebordo maior com o rebordo de Singapura que, em caso de manutenção do aporte de sangue, não se contrai com o tempo, a menos que de alguma forma comprometa o referido aporte de sangue. No entanto, se a fenda a preencher for pequena, <1 cm, nesse caso é suficiente um rebordo rotacional.

Depois de este procedimento estar concluído e a suturação terminada, o aspeto anatómico deve começar a parecer mais normal, ou seja, com uma capacidade vaginal mais normal, um comprimento vaginal anterior e uma posição mais normal do colo uterino e do meato uretral externo. Nesta fase, gosto de voltar a encher a bexiga com corante. Depois, removo o cateter e verifico se a paciente está molhada, exercendo pressão posterior sobre a vagina ou pressão suprapúbica, ou ainda pedindo à paciente para tossir. Gosto de verificar que não existem perdas de urina, mas isso não tem qualquer valor prognóstico. Muitas das minhas pacientes que tiveram perdas de urina no final da operação, ainda sob o efeito da anestesia e em posição de litotomia, não ficaram completamente continentes e outras que tiveram perdas de urina durante a realização deste teste ficaram completamente secas mais tarde!

Insira um tampão na vagina durante 1 dia. Deixe o cateter durante 5-7 dias e verifique sempre o volume residual.

Se a uretra for larga e distendida

Existe uma última operação que costumo efetuar para remodelar por completo a uretra. Costumo efetuar esta operação nos casos em que o molde uretral não funcionou, porque a uretra era larga e aberta, mas descobri que cerca de 50% das pacientes ficam completamente secas com esta operação. (Figura 9.6)

Baseia-se numa operação antiga descrita por Richard Turner Warwick na década de 1960. Algumas pessoas chamam-lhe, injustamente, TIT-BAPIBTA (Desmontar para voltar a montar, do inglês Take it to Bits and Put it Back Together Again).

Nesta operação, a vagina é mobilizada para fora da uretra da forma habitual, sendo depois incisado todo o comprimento da uretra posteriormente. Agora, já pode ver diretamente a uretra e é espantoso e educativo ver como estas uretras são realmente anormais. Muitas vezes, apresentam muitas cicatrizes e estão presas lateralmente aos ossos, ou estão dilatadas e distendidas. Mobilize os rebordos uretrais e remova uma faixa de uretra posterior. Coloque um cateter de Foley n.º 14 ou 16 no interior da uretra aberta e repare-a sobre o cateter com suturas interrompidas 3-0 ou 2-0.

Neste momento, deve ter uma uretra de 3 cm que se ajusta bem e uniformemente à volta do cateter de Foley. Verifique se está bem fechada, realizando para isso um teste de coloração. Acrescento sempre um sling, seja um sling muscular ou fascial, mas a etapa seguinte passa por fechar a vagina. A vagina não deve ser fechada sob tensão, sendo bom preencher o espaço morto de cada lado da uretra com tecido para evitar que, com o tempo, volte a formar cicatrizes até aos ossos. Se houver muita pele vaginal, costumo utilizar frequentemente um enxerto de Martius para preencher o espaço morto. Caso contrário, utilizo novamente o rebordo de Singapura.

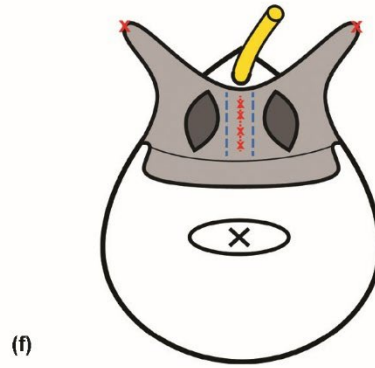
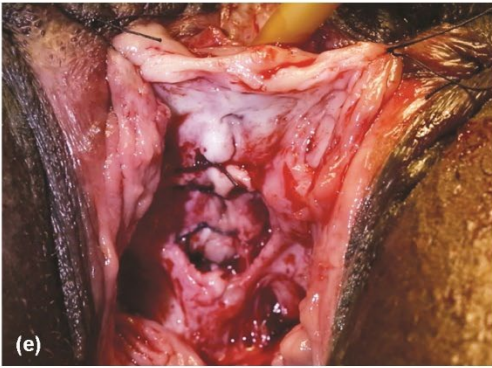
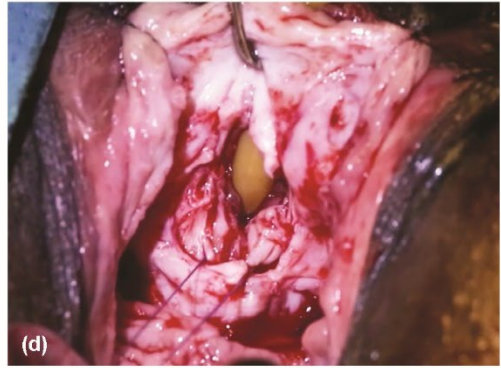
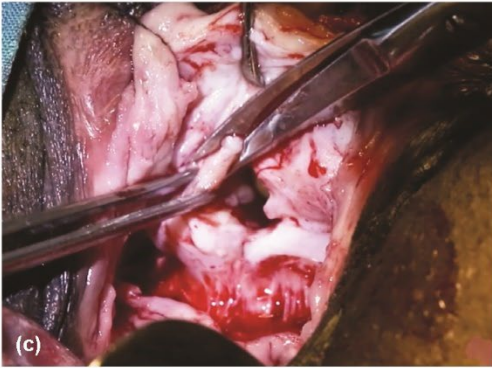
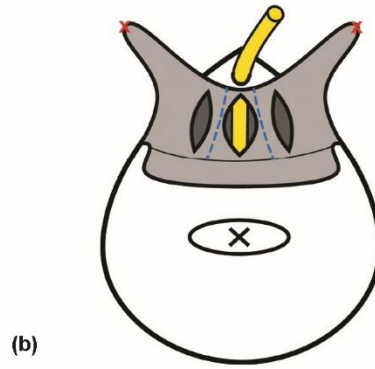
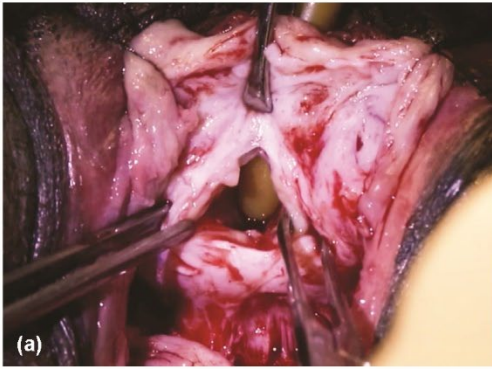


Figura 9.6

O procedimento de Richard Turner Warwick. a) A vagina foi mobilizada para fora da uretra, a uretra foi mobilizada lateralmente de cada lado e a uretra posterior foi incisada para expor o cateter de Foley. Note o tecido redundante. b) Em forma de diagrama. c) É removida uma pequena faixa da uretra posterior, à direita e à esquerda. Certifique-se de que não remove demasiado, isso seria um desastre. d) Repare a uretra com suturas interrompidas. e) Reparação total.

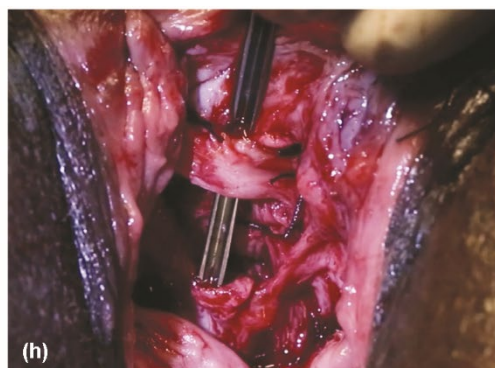
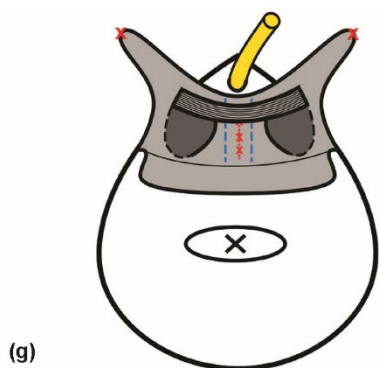


Figura 9.6 (continuação)

f) Em termos esquemáticos, é possível ver que a uretra, outrora larga, delineada com traços azuis, é agora estreita. g) Coloco sempre um sling suburetral, h) neste caso, coloquei um sling fascial da bainha retal. i) Como acontece com frequência, foi detetada uma fenda na vagina anterior que preenchi com um rebordo de Singapura.

Uma ligeira modificação

Recentemente, comecei a implementar uma ligeira modificação no rebordo de Singapura, com resultados muito positivos. Quando coloca o rebordo de Singapura no lugar, coloque algumas suturas PDS através do rebordo de um lado, depois através do arcus tendineus junto à uretra de um lado, e novamente de volta através do rebordo próximo do ponto de entrada da primeira sutura. Não amarre e depois faça o mesmo no outro lado. Coloque as suturas através do rebordo aproximadamente a meio da largura do rebordo, na posição em que pretende que o rebordo fique firme (não demasiado firme) por baixo da uretra, para reforçar um mecanismo do tipo sling. Quando ambas as suturas estiverem no sítio, amarre-as e, em seguida, suture as restantes extremidades do rebordo no devido sítio. Este procedimento permitirá elevar o rebordo de Singapura até ao arcus tendineus de ambos os lados, criando efetivamente um sling para apoiar a uretra. Chamo-lhe o sling de Singapura.

Numa série recente de dez pacientes consideradas como casos perdidos, ou seja, com fístulas fechadas, mas a incontinência a persistir apesar de vários procedimentos para a incontinência de esforço, este passo simples fez com que ficassem secas. No entanto, como acontece com a maioria das situações ao nível da cirurgia de fístulas obstétricas, não temos nenhum acompanhamento a longo prazo.

Outros procedimentos e investigações de esforço (por exemplo, abordagem urodinâmica)

Idealmente, a avaliação urodinâmica deveria ajudar-nos a compreender a causa e a selecionar a cirurgia adequada. No Addis Ababa Fistula Hospital, Carey e alguns colegas dispunham desta técnica quando introduziram pela primeira vez o sling fascial do reto.

Colheram o sling através de uma incisão de mini-Pfannenstiel baixa e mobilizaram a uretra para fora da sínfise púbica posterior. Em seguida, colocaram o sling conforme referido acima e também colocaram uma faixa de omento no espaço entre a uretra e a sínfise púbica posterior.

Antes de a operação ser efetuada, um grupo aleatório de pacientes incontinentes foi submetido a uma avaliação urodinâmica. Apenas 41% das pacientes apresentavam incontinência de esforço genuína com uma bexiga elástica. Uma percentagem semelhante apresentava também instabilidade no detrusor, o que foi considerado como contraindicação para a cirurgia. As restantes pacientes tinham uma bexiga muito pequena ou retenção com regurgitação. Apenas o primeiro grupo foi submetido a operação. Destas, 78% estavam secas aquando da alta, embora tenham sido registadas algumas recaídas mais tarde.

No passado, em Adis Abeba, eram efetuados testes urodinâmicos para selecionar as pacientes que seriam submetidas a um procedimento de esforço. Só seriam aceites as pacientes cuja bexiga tivesse uma capacidade de 200 cm³ ou mais. Cerca de 70% das pacientes com casos de esforço grave cumpriam estes critérios. A capacidade pequena da bexiga, mais do que a instabilidade da parede da bexiga, parece ser a principal contraindicação nos outros 30%. Estes casos são tratados com moldes uretrais, sempre que possível. Nas mãos de um cirurgião especializado neste procedimento, pelo menos 40% dos casos selecionados pareceram curados e outros 40% melhoraram consideravelmente. Este era o método operatório preferido em Adis no início dos anos 2000, mas foi entretanto abandonado. Foi bem-sucedido até certo ponto. Tenho tendência para pensar que, se também se concentrassem em tornar a uretra mais correta do ponto de vista anatómico, para além do sling e da reparação da vagina, o sucesso teria sido maior, mas isto não foi estudado.

Isto levanta a questão do papel das pacientes urodinâmicas na cirurgia de fístulas. Mais recentemente, 176 pacientes com incontinência persistente após a reparação de uma fístula foram submetidas a testes urodinâmicos em Adis Abeba. A maioria tinha incontinência mista, ou seja, bexiga de esforço e hiperativa, 29 apresentavam regurgitação e apenas duas tinham uma bexiga hiperativa isolada. No total, 155 pacientes experimentaram a oxibutinina durante dois meses, mas apenas nove apresentaram melhorias no que respeita à incontinência, embora 65 tivessem melhorado os sintomas de urgência, mas não os sintomas de incontinência. Ao ignorar os resultados dos testes urodinâmicos e efetuar as operações acima referidas, as nossas taxas de sucesso mantiveram-se ou até melhoraram. Devido aos custos e à falta de provas que demonstrem o valor da abordagem urodinâmica no nosso contexto, recomendamos que esta seja mantida como uma ferramenta de investigação até à existência de provas do seu benefício.

Existem muitas formas de efetuar as operações que são descritas nos manuais de urologia ou ginecologia, mas é necessário ter em conta que nos países onde estes foram escritos, as uretras observadas estão intactas, ao passo que numa paciente com fístula a uretra está danificada e rodeada de fibrose e tecidos sem função. Os métodos utilizados para ajudar as mulheres com incontinência que não têm um historial de fístula não podem ser imediatamente transferidos

para as nossas pacientes. Os métodos aplicáveis a pacientes com fístula são descritos por Judith Goh e Hannah Krause no seu livro, por Michael Breen nas suas anotações de palestra e, claro, por Kees Waaldijk.

Kees Waaldijk, que tem uma vasta experiência de cirurgia de fístulas no norte da Nigéria, desenvolveu a sua própria operação para a incontinência de esforço, que foi utilizada em mais de 500 casos. Esta operação envolve uma plicatura radical da uretra e da base da bexiga, ainda mais do que acontece na minha operação. Em seguida, é efetuada uma forma de colposuspensão, em que a base da bexiga é atrelada, utilizando a fásia pubocervical restante, à região do arcus tendineus na parede pélvica lateral.

Tudo isto é efetuado a partir de baixo, através do espaço paravesical amplamente aberto, recorrendo a uma agulha de aneurisma para efeitos de acesso. Este método tem funcionado bem para Waaldijk, com um registo de pacientes completamente secas até 60%. No entanto, este método não foi amplamente utilizado por outros cirurgiões e, tal como sucede na minha abordagem, outros tiveram também dificuldade em replicar os resultados obtidos.

Por fim, é importante referir que alguns cirurgiões visitantes entusiastas realizaram operações com fita sintética sem tensão em pacientes selecionados. O método transobturador tem sido preferido por serem registados resultados verdadeiramente positivos em pacientes sem fístula. No entanto, as nossas pacientes com fístula são jovens e, por norma, têm uretras e vaginas rígidas, encurtadas e com cicatrizes, ou seja, muito diferentes das pacientes dos países desenvolvidos. Não é surpreendente que tenham ocorrido vários resultados desanimadores, com o risco sério de erosão posterior da fita. Não vemos lugar para a sua utilização numa base casual. De acordo com a minha experiência, tive de remover todas as fitas que vi serem colocadas devido a erosões. Além do mais, um artigo do Níger demonstra uma taxa de complicações mais elevada em caso de utilização de slings sintéticos em pacientes com fístula, em comparação com a utilização de slings de tecido nativo, e sem qualquer benefício curativo adicional.

Apenas alguns cirurgiões operam regularmente pacientes com incontinência persistente. É evidente que o problema da incontinência persistente é significativo e, em geral, está a ser maltratado. Existe uma necessidade premente de os cirurgiões envolvidos a tempo inteiro na cirurgia de fístulas desenvolverem as técnicas descritas neste livro, estudarem os resultados obtidos, comunicarem os mesmos com clareza e, em seguida, trabalharem em conjunto para melhorarem as conclusões que afetam a vida destas pacientes, as mais infelizes das pacientes com fístula.

Molde uretral

Esta secção é analisada por razões históricas, uma vez que o molde uretral já não é fabricado, mas pode voltar a estar disponível, com algumas pessoas a utilizarem o cateterismo permanente com uma ponta ou um bloqueio para tentar reproduzi-lo.

O molde uretral é um dispositivo pequeno e simples que, como o nome sugere, se limita a moldar-se à uretra para impedir a saída de urina. (Figura 9.7) Pode ser utilizado em qualquer paciente que continue seriamente incomodada com a sua situação de incontinência.

Existem algumas pacientes em que os moldes não funcionam. Por norma, são pacientes com bexigas muito pequenas ou uretras muito largas.

O molde é introduzido na uretra com a ajuda de um introdutor. A paciente deve conseguir fazê-lo sozinha com bastante facilidade após algumas lições. Este procedimento pode ser facilitado com recurso a um espelho de mão pequeno. O introdutor é removido após a inserção e guardado num local seguro. Quando a paciente sentir urina na bexiga ou quando a urina começar a sair à volta do molde, o que muitas vezes indica que a bexiga está cheia, o molde é simplesmente puxado para fora da uretra. A urina acaba por escorrer. Depois de terminado o processo, o introdutor volta a ser colocado e o molde é novamente inserido na uretra.

Já vi casos de pacientes em que se verificou um aumento demonstrável do tamanho da bexiga ao longo do tempo. Quando tiveram alta, a bexiga tinha capacidade para 100 ml e estavam completamente molhadas. Mais tarde, voltaram com uma capacidade de 300 ml e já não usavam o molde, porque estavam continentemente.

A utilização de moldes uretrais acarreta alguns riscos, nomeadamente infeção e trauma da uretra com hemorragia e dor. Para minimizar estes riscos, a paciente é aconselhada a usar o molde apenas 12 horas por dia: toda a noite ou todo o dia, mas não ambos.

Também foram registados casos de perda de moldes na bexiga. Quando não existia um cistoscópio cirúrgico disponível, o molde tinha de ser removido por cistotomia aberta.



Figura 9.7

a) O molde uretral (já não está disponível). b) Ensino de uma paciente a inserir o molde através de um espelho. c) Molde devidamente colocado.

O molde foi concebido para ser um dispositivo de utilização única, mas, devido aos custos inerentes, tal não é claramente possível no mundo em desenvolvimento. A paciente é ensinada a limpá-lo com sabão uma vez por dia e a enxaguá-lo depois de cada aplicação, para além de aumentar a quantidade de líquidos que bebe. Estes procedimentos reduzem a possibilidade de infeção, pelo que o molde pode durar até cerca de um mês com este regime. Se precisar de mais moldes, a paciente pode sempre voltar para efeitos de acompanhamento e avaliação.

Tendo em conta a escassez ao nível do fornecimento, tenho pacientes que utilizam de forma permanente os cateteres permanentes de Foley como alternativa. Estas têm os cateteres tapados com uma ponta (bloqueio) e, quando recebem alta, precisam de ir para casa com um fornecimento de cateteres, seringas para o balão e instruções válidas sobre limpeza, ingestão de líquidos e cuidados a ter com o cateter. Devem ir a um centro de saúde próximo para mudar o cateter todos os meses por forma a tentar evitar uma colonização crescente de corpos estranhos (com alguns dias de “descanso” entre a remoção do cateter e a sua substituição). Devem regressar à unidade de fístulas para controlos de seis em seis meses, aproximadamente. Nem todas as pacientes conseguem fazer isto em segurança e muitas pacientes não pretendem sequer fazê-lo.

Existem evidências empíricas de Adis Abeba, onde foram utilizados moldes durante alguns anos. Verificou-se que, passado algum tempo, os rins das pacientes apresentavam uma hidronefrose significativa. Não se sabe se esta situação já existia antes de as pacientes começarem a usar os moldes, mas não é descabido pensar que a obstrução da uretra pode levar a esta condição. Se a paciente usar o molde apenas 12 horas por dia, é de esperar que isso não aconteça. Se os moldes voltarem a ser utilizados ou se utilizar um cateter semipermanente com uma ponta, é boa ideia realizar uma ecografia antes de começar a utilizar os mesmos e depois, regularmente, no acompanhamento para ver se a hidronefrose começa a aparecer ou piora.

Documentação adicional

Browning A. A new technique for the surgical management of urinary incontinence after obstetric fistula repair. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; **113**: 475–8.

Carey MP, Goh J, Fynes MM, Murray CJ. Stress urinary incontinence after delayed primary closure of genitourinary fistulae: a technique for surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 2002; **186**: 948–53.

Goh J, Krause H. *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004.

Petros PEP, Williams G, Browning A. Post Vesico-vaginal Fistula Repair Incontinence - a new hypotheses and classification potentially guide prevention and cure. *Pelviperrineology* 2015; **34**: 48–50.