

10 TRATAMENTO DE CASOS INOPERÁVEIS

Inevitavelmente, existem casos em que as lesões são tão extremas que nenhum cirurgião, por mais hábil que seja, pode tornar a paciente continente. A situação mais comum é a perda virtualmente completa do tecido da bexiga. (Figura 10.1) Ocasionalmente, uma paciente apresenta uma doença generalizada grave (por exemplo, um estado imunitário baixo) que torna a reparação inútil. Nos últimos tempos, temos visto cada vez mais fístulas resultantes de radioterapia, o que dá origem a um conjunto distinto de problemas.

Na maioria dos casos, a inoperabilidade é causada por múltiplos fatores, sendo o mais importante a falha de uma reparação anterior em combinação com uma uretra danificada, uma bexiga pequena e fibrose grave. Outras pacientes têm incontinência total após repetidas operações de esforço falhadas.

O que é que podemos oferecer a estas pacientes? Só existem duas opções possíveis: não fazer nada ou efetuar algum tipo de derivação urinária.

Antes de considerar qualquer um dos procedimentos possíveis, existem algumas questões sérias a ter em conta. Qualquer forma de derivação representa um procedimento de grande envergadura, com uma morbilidade imediata e a longo prazo significativa. É também irreversível. Pode existir uma pressão enorme sobre o cirurgião de fístulas para “fazer algo pela pobre mulher”, não só por parte da própria paciente, mas também por parte dos outros membros da equipa, que detestam ter de recusar uma paciente e dizer que não há mais nada a fazer. Os cirurgiões visitantes especializados em cirurgia pélvica no local de origem podem acreditar que conseguem contribuir com competências técnicas na realização de operações complexas. Apesar de todas as boas intenções, alguns têm feito mais mal do que bem. Já vi várias pacientes em África a quem cirurgiões bem-intencionados do Ocidente realizaram condutos ilíacos, sem se aperceberem de que não existem sacos de condutos ilíacos disponíveis no país da paciente, tendo o cirurgião acabado apenas por transferir a fístula da vagina para o abdómen. Muitas vezes, as pacientes ficam ainda mais infelizes e desesperadas. Um colega urologista e eu reduzimos estes condutos de acordo com o procedimento Mainz pouch II, deixando as pacientes felizes e secas. Claramente, a operação não foi discutida com as pacientes de forma adequada e prévia, nem o fornecimento de sacos foi devidamente pesquisado e assegurado.

Antes de efetuar uma derivação, é necessário satisfazer muitos critérios:

- O caso é verdadeiramente inoperável? Só um cirurgião especializado em fístulas que trabalhe regularmente com pacientes com fístula pode fazer essa avaliação. É claro que existem tão poucos cirurgiões qualificados que pode ser impossível para a paciente ser avaliada por um. Infelizmente, já vi muitas pacientes com uma derivação que apenas tinham uma fístula simples e muito curável.
- Será que a paciente e a família compreendem o que é proposto e será que os possíveis benefícios e riscos foram devidamente compreendidos? Muitas vezes, o cirurgião e a paciente estão separados por questões culturais e linguísticas. As condições sociais, as crenças, os costumes e os conhecimentos sobre o funcionamento do corpo humano podem ser incompreensíveis entre si. A melhor conselheira é uma paciente que já tenha sido submetida a uma cirurgia de derivação. Ela pode explicar o que significa viver com uma derivação no

contexto da paciente.

- Se estes obstáculos forem ultrapassados e a paciente consentir com a operação, será que as condições do bloco operatório e os cuidados pós-tratamento são suficientes para realizar uma cirurgia importante em segurança? Quem irá cuidar das poucas pacientes que, de forma inevitável, irão desenvolver algumas complicações potencialmente fatais se não houver um cirurgião disponível? Quem será responsável pelo acompanhamento de longo prazo?

Brian Hancock e eu acreditamos que existem circunstâncias em que os procedimentos de derivação são apropriados, mas só devem ser realizados por cirurgiões que trabalhem a longo prazo num país afetado por fístulas e que possam ser responsáveis pelos cuidados pós-tratamento e pelo acompanhamento das pacientes. Consideramos que os cirurgiões têm a obrigação de manter o acompanhamento e comunicar os resultados obtidos de forma honesta, uma vez que sabemos muito pouco sobre a qualidade de vida das pacientes após a realização de procedimentos de derivação. É muito tentador para os cirurgiões relatarem apenas os sucessos alcançados, mas quem trabalha com pacientes com fístula também precisa de conhecer os fracassos.

As possibilidades de derivação são aqui discutidas de forma resumida.

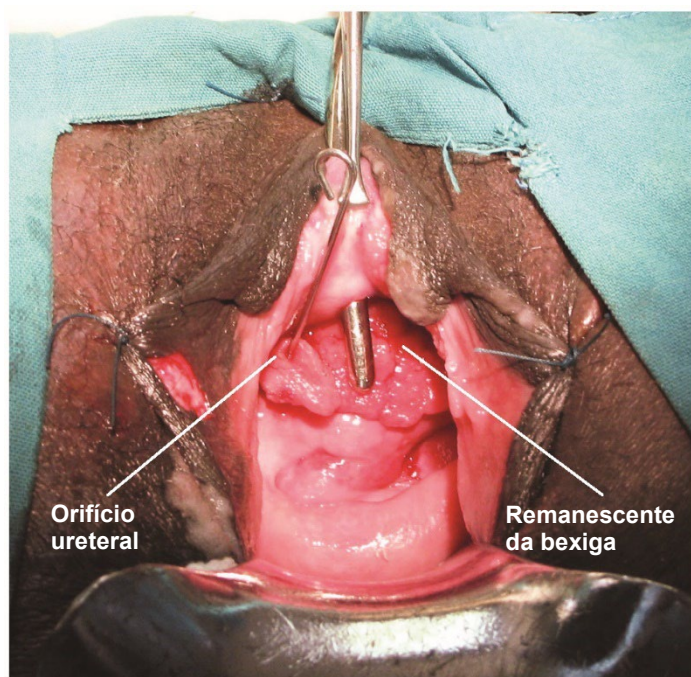


Figura 10.1

Uma paciente incurável. Resta apenas uma pequena placa rígida de tecido da bexiga. Mesmo que conseguisse fechar a fístula, a paciente nunca ficaria seca, com a capacidade da bexiga a ser quase nula. A paciente nunca ficaria continente.

O conduto ilíaco

Implica a utilização de um saco de urostomia para toda a vida. Este pode ser o procedimento de eleição nos países ocidentais, onde a derivação pode ser efetuada com baixa morbidade e os sacos de urostomia estão disponíveis gratuitamente. Nos países com menos recursos, este procedimento está totalmente fora de questão. A exceção é o Addis Ababa Fistula Hospital, que há muitos anos conta com os serviços de vários urologistas visitantes qualificados. Foram realizados muitos condutos ilíacos, com uma morbidade muito baixa.

As pacientes estão completamente secas, mas, como os sacos só podem ser fornecidos a partir do hospital, não podem regressar às suas casas em zonas remotas. Este problema foi parcialmente ultrapassado através da criação de uma aldeia separada, não muito longe do hospital, onde as pacientes podem viver. Esta situação não é a ideal, existindo ainda alguns problemas sociais a resolver. Algumas pacientes puderam voltar para casa com uma provisão de sacos, mas continuam a ter de regressar ao hospital para renovar a referida provisão. Mesmo quando estão nas respetivas aldeias, não podem deitar fora os sacos por medo que estes sejam vistos e por causa do estigma de serem “anormais”.

A bexiga ilíaca continente

Trata-se de uma operação importante de 5 a 6 horas que exige um grau de competência significativo. A vantagem reside na perspectiva de uma bolsa continente do intestino delgado ser esvaziada por autocateterismo intermitente através de um pequeno tubo de apêndice ou intestino direcionado para a pele. Este procedimento pode ocupar um lugar aceitável no mundo ocidental, mas está fora de questão em África, dada a sua complexidade e a morbilidade muito significativa, que exigiria uma atenção cirúrgica altamente qualificada. Como disse um urologista, mesmo com estas bexigas continentes, a mulher continua a ser paciente para toda a vida devido às complicações que podem ocorrer no futuro, em especial ao nível do aparecimento de estenoses no tubo até à pele.

O procedimento de Mitrofanoff

Este procedimento envolve a derivação dos ureteres para uma bolsa feita de ceco isolado e cólon ascendente. O apêndice é invertido e implantado na bolsa, sendo direcionado para a fossa ilíaca direita ou através do umbigo. A paciente esvazia a bolsa por autocateterismo através do apêndice.

Pode ser possível optar por uma abordagem alternativa se a uretra for irreparável, mas a bexiga for de bom tamanho. O colo da bexiga é fechado e o apêndice invertido é implantado na cúpula da bexiga.

Temos conhecimento de pacientes que tiveram uma boa qualidade de vida após a realização destes procedimentos, mas existe uma incidência significativa de problemas de estenose e difícil cateterismo. Se a paciente estiver longe de ajuda especializada, é um desastre. Mais uma vez, com esta operação, a mulher continua a ser paciente para toda a vida.

O procedimento Mainz pouch II

A derivação da urina para o intestino grosso tem alguns méritos. Este é o procedimento de derivação realizado com mais frequência, mas apenas existem relatos esporádicos de acompanhamento em África para nos orientar quanto à qualidade de vida. A operação pode tornar a paciente seca durante o dia e, muitas vezes, durante a noite, mas não é isenta de riscos de morbilidade e, até mesmo, mortalidade.

Tradicionalmente, o procedimento envolvia a anastomose dos ureteres para o cólon sigmoide. Nas últimas duas a três décadas, este procedimento foi modificado através da criação de uma bolsa de cólon sigmoide por anastomose de duas alças (o método Mainz pouch II). Desta forma, é criado um reservatório de baixa pressão, diminuindo assim a frequência da passagem de urina

pelo reto e reduzindo provavelmente a quantidade de refluxo nos ureteres. Também parece diminuir o aparecimento de adenocarcinomas que costumávamos ver na ureterossigmoidostomia direta. Substituída agora pelo procedimento Mainz pouch II, a implantação direta não deve continuar a ser realizada.

É evidente que a paciente irá urinar através do reto para o resto da vida e deverá ter um mecanismo de continência anorretal quase perfeito. Também deve ter rins razoavelmente funcionais. Verifique a ureia e a creatinina antes da operação e certifique-se de que apresentam valores normais. Para verificar os mecanismos de continência anorretal, é necessário assegurar quatro componentes necessários para uma continência anal completa: dois motores e dois sensoriais.

Do lado motor, o esfíncter interno deve estar intacto. A sua função passa por manter o canal anal fechado, em repouso. Mais importante é a existência de um complexo esfíncteriano externo funcional. Nos países desenvolvidos, é bem conhecido que a lesão oculta (detetada por ecografias e estudos eletromiográficos) ocorre com bastante frequência após o parto normal, o que pode estar relacionado com a duração da segunda etapa e o tamanho do bebê. Por norma, é assintomática, embora mais tarde na vida possa predispor a incontinência fecal ou prolapso retal. Não se sabe se isto ocorre no contexto africano, mas seria razoável assumir que sim. Mais óbvias são as lacerações evidentes do esfíncter e, mesmo depois de uma reparação competente, cerca de 20% das pacientes apresentam defeitos sintomáticos ao nível da continência. Uma reparação prévia pode excluir esta opção de derivação.

Do ponto de vista sensorial, a sensação somática do epitélio dos dois terços inferiores do canal anal fornece uma discriminação precisa da natureza do conteúdo retal (gás, líquido ou sólido), enquanto os recetores de estiramento do complexo levantador do ânus fornecem informações sobre a extensão da distensão no reto. Ambos os componentes podem ser danificados pelo trabalho de parto prolongado, quer por uma neuropatia por tração do nervo pudendo, quer por isquemia do plexo sacral e fibrose no complexo levantador.

Um grau de anestesia em sela e a ausência de reflexo anal podem ser encontrados com mais frequência do que o esperado se forem especificamente procurados logo após um parto prolongado em pacientes com fístula. Foi registado um relato de defeitos de continência anal que foram detetados inesperadamente durante um estudo de incontinência urinária pós-operatória.

Este tema necessita de um estudo mais objetivo. Na prática, é possível avaliar a qualidade da função do esfíncter através da avaliação do tônus anal em repouso (maioritariamente contribuído pelo esfíncter interno) e da pressão de compressão (contribuída pelo esfíncter anal externo) durante o exame retal digital. No entanto, na prática, é melhor testar a função antes de efetuar uma operação de derivação. Para testar o esfíncter anal, pode encher o reto com cerca de 300 cm³ de solução salina com corante para garantir que a paciente consegue mantê-la durante algumas horas. Não utilize uma solução salina sem corante, porque a paciente estará molhada por causa da fístula ou da uretra e ficará sem saber se a humidade do penso ou da roupa se deve à bexiga ou ao líquido no reto. Faça com que ela ande durante duas horas com um penso. Com este teste, a paciente deverá ficar seca durante, pelo menos, 2 horas. Se não for esse o caso e houver uma perda de corante azul no penso, é provável que existam perdas através do ânus quando a operação for efetuada. Nesse caso, a paciente não é candidata à operação.

Mesmo que a paciente passe no teste, deve ser avisada de que poderá ter perdas pelo ânus durante a noite, quando o esfíncter relaxa. Também é de notar que temos várias pacientes que regressam cerca de 10 a 20 anos depois de um procedimento Mainz pouch II e que agora urinam pelo ânus à noite e, por vezes, também durante o dia. À medida que a idade avança, o laxismo e a fraqueza dos tecidos aumenta.

As pacientes devem ser alertadas para este facto, mas muitas vezes não compreendem bem algo poderá vir a acontecer daqui a 20 anos.

Efetuar uma derivação do cólon numa paciente com uma fistula retovaginal não detetada ou com um mecanismo de continência defeituoso é um verdadeiro desastre (Figura 10.2), fazendo com que a paciente passe a ter perdas de urina e fezes em simultâneo. Verifique sempre a existência de uma fistula retal antes de considerar esta operação.

A melhor revisão a longo prazo dos resultados obtidos na Europa e na América destaca uma série de aspetos negativos, que podem não ser passíveis de deteção ou tratamento em África:

- Trata-se de uma ***cirurgia importante***, com um risco pequeno, mas significativo de morbilidade ou mortalidade imediata.
- ***Distúrbios ácido-base.*** Os iões de cloreto e hidrogénio destinados a serem excretados na urina são reabsorvidos, em certa medida, pela mucosa do cólon. Desde que a função renal seja normal, a paciente pode não sofrer qualquer dano, embora algumas pacientes acabem por desenvolver acidose hiperclorémica, que pode ser assintomática durante algum tempo, mas acabará por levar ao enfraquecimento dos ossos e à insuficiência renal. Qualquer insuficiência renal pré-existente ou infeção renal repetida acaba por acelerar esta deterioração. A deteção precoce do distúrbio eletrolítico é importante, uma vez que é possível mitigar uma possível deterioração acrescida através da toma regular de bicarbonato de sódio. Isto implica a medição do equilíbrio ácido-base, uma vez que as alterações no sódio e no potássio são indicadores tardios do problema. As instalações que visam a medição dos níveis de bicarbonato são raras em África. Com base em estudos efetuados na Europa e na América, pensa-se que, pelo menos, 50% das pacientes apresentem sinais de acidose ligeira na análise efetuada 1 ano após a operação, sendo estas pacientes aconselhadas a tomar regularmente agentes alcalinizantes (bicarbonato de sódio). Em algumas pacientes, pode existir uma insuficiência renal pré-existente na sequência da obstrução ureteral crónica. Uma creatinina elevada ou hidronefrose bilateral constitui uma contraindicação para a derivação. Por conseguinte, é importante analisar a função renal da paciente antes de considerar uma operação de derivação. A paciente deve apresentar uma função renal normal. Por si só, a hidronefrose não constitui uma contraindicação, desde que a função renal seja normal.
- ***Infeção renal.*** A ocorrência de uma infeção urinária recorrente é uma possibilidade. A sua incidência foi maior na implantação direta dos ureteres no sigmoide, mas é reduzida pela criação de uma bolsa de baixa pressão, sendo predisposta por uma eventual estenose na anastomose uretero-colónica. Assim sendo, a adoção de uma boa técnica na cirurgia é fundamental para o resultado subsequente. No entanto, a estenose suficientemente grave para exigir uma cirurgia corretiva pode ocorrer num máximo de 5% dos casos, mesmo em mãos experientes (detetada pela dilatação progressiva do trato renal em ecografias. É importante notar que a dilatação podia já estar presente na altura da operação de derivação. É útil realizar uma ecografia de base antes da operação para medir um eventual hidroureter e/ou hidronefrose.)
- A derivação da urina para o cólon predispõe ao ***desenvolvimento de carcinoma do cólon***.

Este atinge níveis significativos (cerca de 20%) 20 anos após a realização de uma ureterossigmoidostomia direta convencional. Pensa-se que o procedimento Mainz pouch II reduz o risco. Nos países desenvolvidos, a paciente é submetida a uma colonoscopia regular ao fim de 10 anos.

Existem vários cirurgiões a trabalhar a tempo inteiro em África que realizam a derivação do tipo Mainz em pacientes selecionadas. Estão disponíveis para tratar eventuais complicações e fazer o acompanhamento, e estão satisfeitos com a melhoria da qualidade de vida, pelo menos a curto prazo. Dois relatórios encorajadores sobre a utilização da derivação do tipo Mainz tiveram origem na Tanzânia.



Figura 10.2

Esta paciente estava a ser preparada para uma operação de derivação do tipo Mainz pouch II, porque tinha uma fístula incurável. O teste de coloração retal revelou uma fístula retovaginal pequena e insuspeita numa determinada cicatriz. Trata-se de uma contraindicação absoluta para um procedimento Mainz pouch II. É necessário reparar e curar primeiro uma FRV antes de considerar a derivação.

Recomendamos a adoção de uma abordagem cautelosa perante a derivação, dando pleno valor a uma avaliação física completa em termos de adequação e a uma discussão exaustiva de todos os benefícios e riscos inerentes. A paciente nunca deve ser pressionada para ser submetida a uma operação. Pelo contrário, deve tomar uma decisão informada e a sua decisão deve ser respeitada. A operação pode ser aceitável para o cirurgião, mas será aceitável para a paciente? Curiosamente, na Tanzânia, só realizei cinco derivações do tipo Mainz II nos últimos oito anos, apesar de existirem mais casos adequados. Quando a operação foi explicada às potenciais candidatas, muitas responderam: “Não quero ser como uma galinha a urinar e a defecar ao mesmo tempo” e recusaram a operação. Muito bem!

Depois de uma discussão completa sobre a situação, algumas pacientes optam por ficar como estão. Outras podem preferir o risco de ter uma melhor qualidade de vida à custa de uma morbilidade posterior e uma esperança de vida reduzida. Já vi várias pacientes que, após um acompanhamento a curto prazo, se mostraram muito satisfeitas por terem optado pela derivação. Já vi pacientes no Uganda que viveram com uma derivação do tipo Mainz pouch II

durante 10 a 15 anos e continuam satisfeitas, embora, à medida que envelhecem, a quantidade de perdas que têm durante a noite tenha aumentado. Efetuei uma plicatura simples do esfíncter anal que as ajudou durante alguns anos, mas depois o problema voltou a surgir.

A incontinência permanente não é uma situação feliz, mas talvez a imagem tenha sido colorida por relatos da rejeição total que ocorre em algumas comunidades. Noutras comunidades, sabemos que a paciente incontinente nem sempre é tratada como pária. Muitas pacientes são tratadas por famílias carinhosas e até pelos maridos, e conseguem viver com alguma dignidade.

O procedimento Mainz pouch II

O procedimento conforme é realizado pelos cirurgiões do método Mainz envolve a anastomose de três membros do cólon sigmoide em forma de “S”, mas a maioria dos cirurgiões em África tem optado por uma anastomose mais simples de dois membros. (Figura 10.3) A versão mais simples do procedimento Mainz pouch II é agora descrita e ilustrada na Figura 10.4. Recomendamos que qualquer pessoa que contemple este procedimento assista primeiro a um cirurgião de bolsa regular.

A paciente deve ser levada para o bloco operatório com o reto vazio. Para isso, deve seguir uma dieta líquida pré-operatória, realizar um enema ou, o melhor de tudo, tomar um laxante osmótico como o picossulfato de sódio (Picolax) ou o manitol. No início da operação, são administradas por via intravenosa doses únicas de gentamicina de 160 mg e metronidazol de 500 mg.

Alguns cirurgiões preferem remover os cateteres ureterais do ânus através de um tubo retal previamente inserido. Da nossa parte, preferimos utilizar apenas um cateter de Foley grande colocado no reto no início da operação e enfiar os cateteres ureterais através do mesmo durante a operação, certificando-nos de que os cateteres ureterais são vistos fora do ânus antes de fechar a bolsa. Para isso, é necessário passar por baixo dos campos durante a operação e puxar o cateter de Foley com os ureteres e, em seguida, voltar a colocar o cateter de Foley através do ânus e do reto e dentro da bolsa, de modo a que os ureteres fiquem ambos no lugar, desde o rim até ao exterior do ânus. O cateter de Foley permanece durante alguns dias até a paciente andar de um lado para o outro e conseguir urinar sozinha através do reto. A maior parte da urina é drenada através dos cateteres ureterais até estes serem removidos por volta do sétimo dia de pós-operatório.

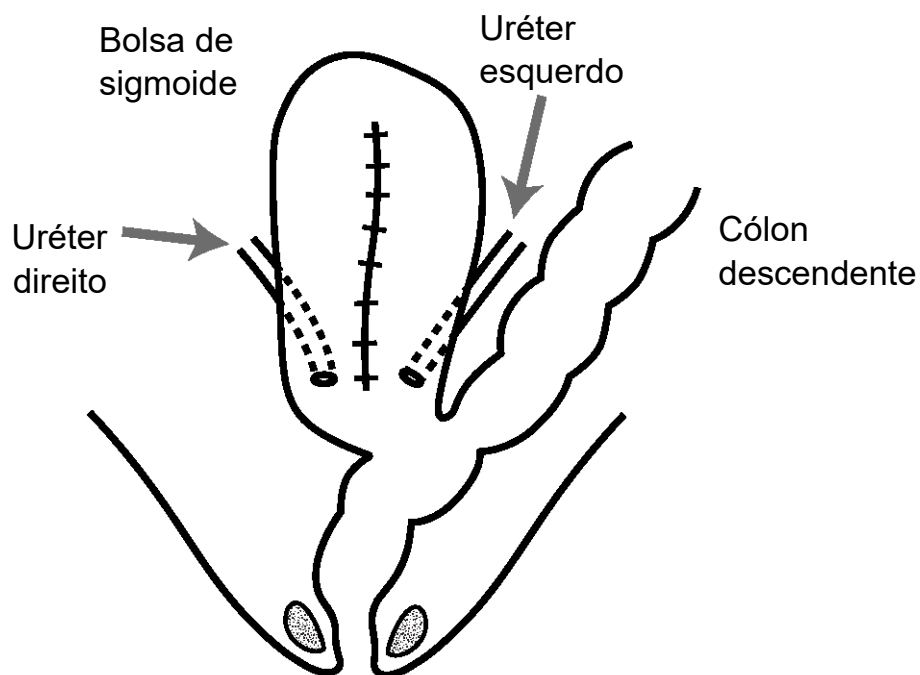


Figura 10.3

O conceito do procedimento Mainz pouch II consiste em criar uma bolsa de sigmoide e introduzir os ureteres na bolsa. A urina irá passara através do ânus.

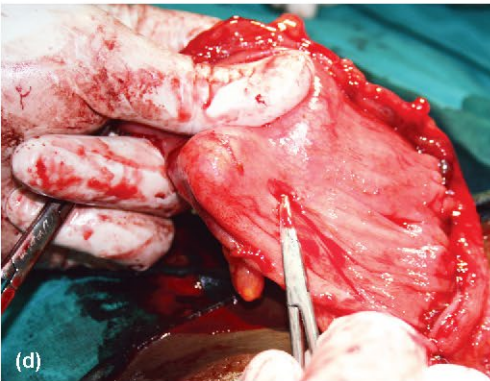
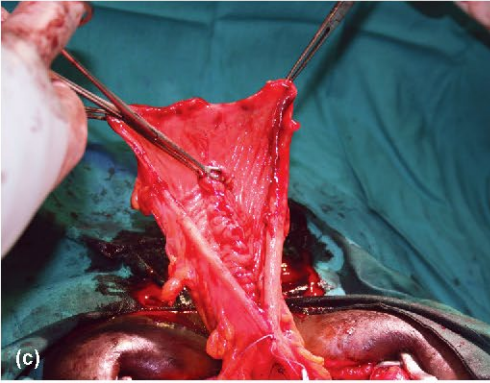
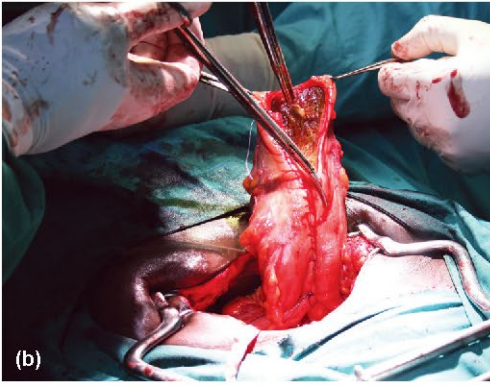
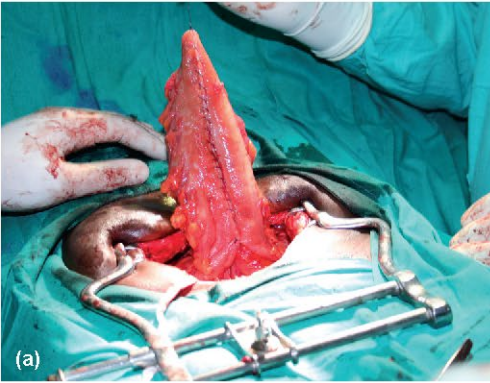


Figura 10.4

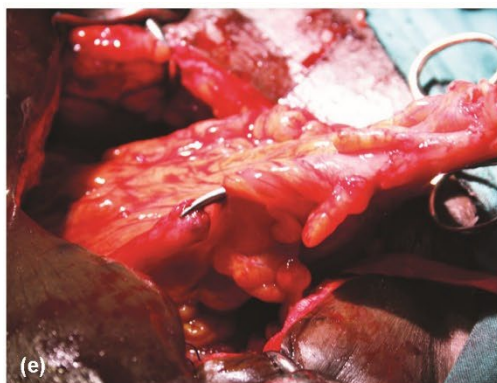
Procedimento Mainz pouch II. a) O primeiro passo consiste em localizar os ureteres e assegurar que consegue identificar e mobilizar os mesmos. Antes de cortar os ureteres, certifique-se de que consegue criar uma bolsa de sigmoide adequada. A alça é formada, sendo suturada uma faixa de 10 cm ao longo da taenia coli de cada lado. Este procedimento permite criar a parede posterior da bolsa. Certifique-se de que sutura na extremidade da taenia, uma vez que terá de cortar ao longo do meio da mesma.

b) Corte ao longo do meio da taenia de cada lado da linha de sutura, à volta do topo e em sentido descendente até ao início da linha de sutura. Deixe uma parede intestinal suficiente para colocar uma segunda camada na linha de sutura que acabou de criar. É evidente que o intestino desta paciente não estava bem preparado.

c) A segunda camada de sutura está agora completa na parede posterior da bolsa.

d) É efetuado um orifício na parede posterior para introduzir o uréter direito.

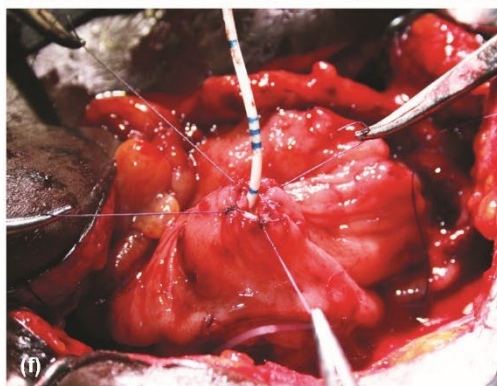
Continuação



(e)

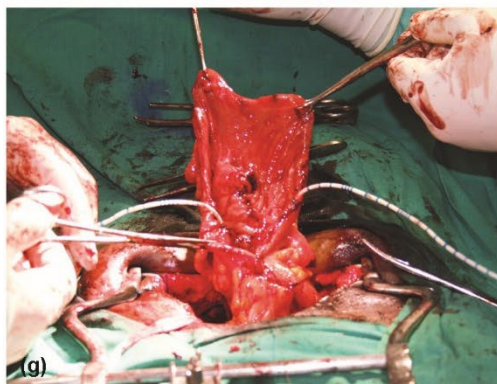
Figura 10.4 (continuação)

e) Introdução do uréter direito na bolsa (prefiro não agarrar e esmagar a extremidade do uréter desta forma, mas sim colocar uma sutura fina através da parede do uréter e manipular o uréter agarrando a sutura).



(f)

f) O uréter é espatulado e fixado no interior da bolsa.



(g)

g) O mesmo é feito para o uréter esquerdo. Certifique-se de que o uréter se encontra no lado medial do mesocólon do sigmoide antes de o implantar. Poderá ser necessário criar um túnel através do mesmo.



(h)

h) Enfie os cateteres ureterais através do tubo retal que foi introduzido no reto alto/sigmoide antes do início da operação. Remova os ureteres através do ânus antes de suturar o resto da bolsa. Certifique-se de que os mesmos não estão deslocados.

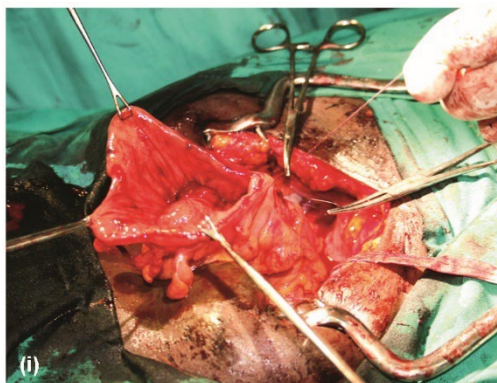
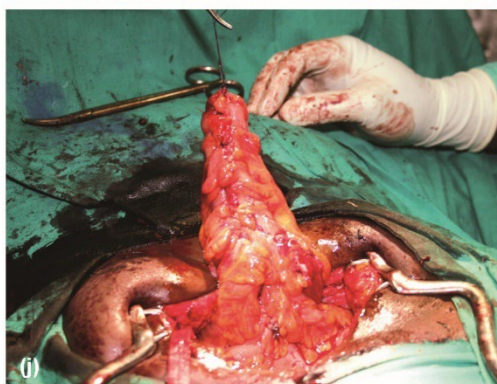


Figura 10.4 (continuação)

i) A parede anterior da bolsa está pronta para ser suturada.



j) O reto é reparado em duas camadas.

Documentação adicional

Aboud MM. Early outcome of Mainz Pouch 2 urinary diversion. *East Central Afr J Surg* 2001; **6(2)**: 15–19.

Aboud MM, Eshleman JL, Mteta KA, Mbwambo JS, Oyieko W. An 18-year review of types of continent urinary diversion applicable to the lesser developed regions of Africa. *East Central Afr J Surg* 2000; **5(1)**: 17–20.

D'elia G, Pahernik S, Fisch M, Hohenfellner R, Thuroff JW. Mainz Pouch II technique: 10 years' experience. *BJU Int* 2004; **93**: 1037–42.

Hodges AM. The Mitrofanoff urinary diversion for complex vesicovaginal fistulae: experience from Uganda. *BJU Int* 1999; **106**: 1227–8.

Murray C, Goh J, Fynes M, Carey MP. Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric fistula. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; **109**: 828–32.

Wall LL, Arrowsmith SD, Lassey AT, Danso K. Humanitarian ventures or 'fistula tourism?': the ethical perils of pelvic surgery in the developing world. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; **17**: 559–62.