

Artigos Originais

Factores Prognósticos do Resultado da Cirurgia de Incontinência Urinária de Esforço – Experiência de um Serviço de Urologia

Paulo Conceição¹, L. Sousa², P. Azinhais², B. Pereira¹, R. Borges¹, R. Leão¹, V. Grenha¹, P. Peralta¹, P. Temido², F. Sobral³

Revisão: Dr. Paulo Temido²

1 Interno do Internato Complementar de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra

2 - Assistente Hospitalar de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra

3 - Chefe de Serviço

Centro Hospitalar de Coimbra – Serviço de Urologia – Director: Dr. Fernando Tiago Sobral

Correspondência para: Paulo Jorge da Cruz Conceição – Rua Infanta D. Maria, 30-B, 2º dto
3030-330 COIMBRA – E-mail: pjconceicao@hotmail.com

Resumo

Objectivo: Caracterizar uma população de doentes com Incontinência Urinária de Esforço (IUE) num serviço de Urologia desde o advento do uso de TVTs e relacionar estes dados com o resultado cirúrgico.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo das doentes com IUE submetidas a tratamento cirúrgico entre Janeiro/2001 e Junho/2008.

Resultados: Foram identificadas 148 doentes, com idade média de $59,9 \pm 11$ anos. Clinicamente, 61,1% apresentavam IUE genuína. A obesidade, obstipação e patologia psiquiátrica medicada foram as patologias associadas mais frequentes. Cerca de 28% tiveram partos traumáticos ou instrumentados. No exame objectivo salientava-se o prolapso do compartimento pélvico anterior (25 doentes). Os exames realizados foram: estudo urodinâmico (72%), cistografia (49%) e ecografia pélvica (21%). As técnicas mais utilizadas foram TVT retropúbico e TVT-O in-out. A duração média do internamento cifrou-se em 2 dias. Após um seguimento médio de $14,5 \pm 12,1$ meses, as taxas de cura e de melhoria foram de 55% e 32%, respectivamente. As complicações foram raras. Factores como a idade avançada, evolução prolongada, não necessidade de uso de penso ou fralda, existência de patologia psiquiátrica, bronquite crónica, obstipação, menopausa e o índice de massa corporal elevado correlacionaram-se de um forma estatisticamente significativa com uma resposta desfavorável à cirurgia.

Conclusões: Apesar das diversas técnicas que consistem na aplicação de fitas sem tensão por via vaginal se terem afirmado no tratamento da IUE pela facilidade e rapidez de execução, bons resultados cirúrgicos e reduzida taxa de complicações, verificámos a existência de factores que parecem influenciar o resultado cirúrgico.

Palavras-chave: incontinência urinária de esforço, tvt, sling suburetral

Abstract

Aim: To characterize a population of patients suffering from urinary stress incontinence (USI) in a urology department since the introduction of tension-free vaginal tapes (TVT) and to relate these data to surgical outcomes.

Material and Methods: This is a retrospective study of USI patients who underwent surgical treatment between January 2001 and June 2008.

Results: A total of 148 patients were identified, with a mean age of 59.9 ± 11 years. Clinically, 61.1% showed genuine USI. Obesity, constipation and medicated psychiatric disorders were the most common associated diseases. Approximately 28% had undergone traumatic or instrument-assisted labour. The objective examination showed a prolapsed anterior pelvic compartment (25 patients). The investigations conducted were: urodynamic study (72%), cystography (49%) and pelvic ultrasound (21%). The most commonly used techniques were retropubic TVT and in-out TVT-O. The mean hospital stay was 2 days. After a mean follow-up of 14.5 ± 12.1 months, the cure and improvement rates were 55% and 32%, respectively. Complications were rare. The correlation between an unfavorable response to surgery and factors such as advanced age, long evolution, no need for hygienic pad or diaper, psychiatric disorder, chronic bronchitis, constipation, menopause and high body mass index were statistically significant.

Conclusions: Even though the different techniques used in the application of tension-free vaginal tapes are now established in the treatment of USI, since they are quick and easy to use and offer good surgical outcomes and a low complication rate, we noted that there are factors which seem to influence surgical outcomes.

Introdução

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina¹. É uma patologia debilitante com um impacte major na qualidade de vida das doentes. Apesar de existirem vários tipos de incontinência, a incontinência urinária de esforço (IUE) é uma das mais frequentes, e pode ocorrer de forma isolada (incontinência urinária de esforço pura) ou combinada com outras formas (incontinência urinária mista).

O diagnóstico da IUE tem uma base clínica, baseada numa história de perdas involuntárias de urina aquando do aumento de pressão intra-abdominal (em actividades como tossir, rir, levantar objectos, ou outros esforços físicos), e num exame físico que, para além de documentar a perda de urina durante o esforço abdominal, pode detectar hiper-mobilidade do colo vesical ou prolapso genitais. Opcionalmente, aquele diagnóstico (IUE), pode ser confirmado por meios auxiliares de diagnóstico, nos quais se destacam os estudos urodinâmicos que podem documentar défice de transmissão de pressões ou deficiência intrínseca do esfíncter urinário.²

O tratamento da IUE é fundamentalmente cirúrgico e, neste contexto, verificou-se uma evolução histórica importante sendo que, cirurgias clássicas (p. ex. operação de Burch ou de Marshall Marchetti Krantz), foram substituídas por outras (colocação de slings suburetrais) mais simples, rápidas, seguras e com melhores resultados.³

Métodos

Tratou-se de um estudo retrospectivo com revisão dos processos das doentes operadas no nosso Serviço de Urologia entre Janeiro de 2001 e Junho de 2008.

Nos casos estudados foram avaliados dados epidemiológicos, clínicos, meios de diagnóstico utilizados, cirurgias efectuadas e resultados obtidos com a cirurgia.

O estudo estatístico foi realizado pelo SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Avaliou-se a associação entre vários factores clínicos e o resultado cirúrgico pelo Teste χ^2 ou pelo Teste T de Student. Um valor de p inferior a 0,05 foi assumido como tendo significado estatístico.

Resultados

Entre Janeiro de 2001 e Junho de 2008, operámos 148 doentes com IUE, com uma idade média de $59,9 \pm 11$ (33-84) anos.

As doentes apresentavam queixas com uma duração de, em média, $12,0 \pm 11$ (1-40) anos e, clinicamente, 39% apresentavam sintomatologia urinária irritativa associada, sugerindo o diagnóstico de incontinência urinária mista.

Quando questionadas acerca da influência na sua qualidade de vida, a maioria das doentes (80%) referiram que esta situação interferia “muito negativamente” na sua qualidade de vida. A maioria das doentes (87,6%) utilizava pensos como modo de contenção de urina e a média de consumo de pensos era de 4,0 por dia.

Dos antecedentes pessoais médicos desta população destacam-se a obstipação (49,2% das dtes), a patologia psiquiátrica medicada (42,7%) e bronquite ou tosse crónica (18,4%). Relativamente aos antecedentes cirúrgicos, 34,4% das doentes tinham sido submetidas a uma cirurgia ginecológica e 24,7% das doentes tinham feito outra cirurgia abdominal. Destaca-se que 7 das doentes, tinham já sido submetidas a uma cirurgia clássica de incontinência urinária.

No que concerne à história ginecológica, 82% das doentes estavam já na menopausa e as médias de gestações e partos por doente, foram respectivamente, $2,6 \pm 1,4$ e $2,3 \pm 1,2$. Encontrámos uma prevalência de partos traumáticos ou instrumentados de 28,0%.

No exame objectivo salientamos a elevada prevalência de excesso de peso ou obesidade com 69,8% das doentes a apresentarem um IMC $>25 \text{Kg/m}^2$. No exame uro-ginecológico, identificámos 34 doentes com prolapso dos órgãos pélvicos, 73% das quais envolviam o compartimento pélvico anterior e realizámos as provas de Bonney e de Ulmsten que foram positivas na totalidade dos casos.

Em termos de exames complementares de diagnóstico, a maioria das doentes foram estudadas através de estudo urodinâmico (72%), cistografia (49%) e ecografia pélvica (21%).

As técnicas mais utilizadas foram TVT retro-púbico e TVT-O in-out. A duração média do internamento cifrou-se em 2,2 dias. Com um follow-up médio de $14,5 \pm 12,1$ meses, os resultados revelaram uma taxa de cura de 55% e de melhoria de 32%.

As complicações foram raras e consistiram em perfuração vesical (3 dtes), hematoma submucoso da bexiga (1), perfuração da uretra (1). Verificaram-se 4 casos de retenção urinária no pós-operatório imediato que resolveram com algaliação durante 1 semana. Não se verificaram casos de retenção urinária significativa com necessidade de reoperação, rejeições da prótese ou erosões da uretra ou vagina.

Quando relacionámos alguns dados clínicos com o resultado cirúrgico verificámos que factores como a idade avançada, a longa evolução da doença, a não necessidade de uso de penso ou fralda, a existência de patologia psiquiátrica, bronquite crónica, obstipação, a menopausa e o índice de massa corporal elevado correlacionaram-se com uma resposta desfavorável à cirurgia.

Discussão

A nossa experiência na colocação de fitas sub-uretrais para correcção de incontinência urinária de esforço foi concordante com algumas séries da literatura. Assim, tivemos um tempo de internamento curto, uma taxa de complicações per e pós-operatórias reduzidas. Os resultados foram positivos (cura ou melhoria) em 86,8% das doentes.

Apesar de a eficácia da cirurgia ser avaliada com um componente subjectivo relevante (transmitido pela impressão da doente), verificámos parecer haver relação entre determinados factores e a resposta à cirurgia. Assim, encontrámos que a idade, o tempo de evolução da doença, a necessidade de uso de penso ou fralda, a existência de patologia psiquiátrica, bronquite crónica, obstipação, a menopausa e o IMC têm influência na resposta à cirurgia.

Julgamos que, por um lado, alguns destes factores poderão comprometer o resultado cirúrgico pela influência que poderão ter na manutenção do ajuste da fita no período de cicatrização (antecedentes de obstipação, bronquite crónica ou obesidade ou o período pós-menopáusico). Por outro lado, outros factores poderão influenciar a taxa de satisfação pela valorização subjectiva do resultado cirúrgico. Esta é influenciada pela experiência passada e pode justificar que factores como o menor tempo de evolução e a necessidade do uso de fralda se correlacionem com a resposta positiva e, pelo contrário, a idade avançada e a existência

	Resp. Positiva: (curada/melhorada)	Resp. Negativa: (igual)	P
Idade	58,5 ± 11,7	70,8 ± 9,7	<0,001
Clínica (IUE pura/mista)	91,1% vs 88,6%	8,9% vs 11,4%	NS
Anos de evolução	10,6 ± 9,2	24,2 ± 16,3	<0,001
Meio de contenção (fralda/penso)	100% vs 82,9%	0% vs 17,1%	0,005
Nº de fraldas ou pensos/dia	3,95 ± 2,2	4,3 ± 1,3	NS
Obstipação (Sim vs Não)	81,8% vs 96,9%	18,2% vs 3,1%	<0,001
Bronquite crónica (Sim vs Não)	83,3% vs 92,0%	16,7% vs 8,0%	<0,001
Pat. psiquiátrica (Sim vs Não)	81,8% vs 88,7%	18,2% vs 11,3%	<0,001
Menopausa (Sim/Não)	85,7% vs 100%	14,3% vs 0%	<0,001
Nº de partos	2,7 ± 1,4	2,0 ± 1,4	NS
Tipo de parto (eutócito/instrumentado/cesariana)	91,3 vs 85,7 vs 75%	8,7 vs 14,3 vs 25%	NS
Partos traumáticos (Sim /Não)	85,7% vs 89,8%	14,3% vs 10,2%	NS
IMC	28,8 ± 4,6	34,1 ± 7,3	0,004
Grau de prolapso de órgãos pélvicos	2,3 ± 0,5	2,0 ± 0,0	NS
Classificação de cistografia (I vs IIa vs IIb vs III)	90,9 vs 83,3 vs 83,3 vs 66,7%	9,1 vs 16,7 vs 16,7 vs 33,3%	NS
EUD – pressão de encerramento (Normal vs Diminuída)	92,1% vs 84,8%	7,9% vs 15,2%	NS
EUD – défice de transmissão (Sim vs Não)	93,5% vs 55,6%	6,5% vs 44,4%	NS
Tipo de cirurgia			NS
TVT retropúbico	88,9%	11,1%	
TVT-O in-out	85,4%	14,6%	
TVT-O out-in	100%	0%	
TVT secur	66,7%	33,3%	
Data da cirurgia (<2005 vs =2005)	82,6% vs 87,8%	17,4% vs 12,2%	NS
Dias de internamento	2,13 ± 0,7	2,27 ± 0,9	NS
Tempo de seguimento	15,3 ± 15,4	19,0 ± 17,3	NS

de patologia psiquiátrica se correlacionem negativamente com a resposta.

índice de massa corporal terão influência no resultado cirúrgico.

Conclusão

As técnicas que consistem na aplicação de várias modalidades de fitas sub-uretrais afirmaram-se no tratamento da IUE pela facilidade e rapidez de execução, bons resultados cirúrgicos e reduzida taxa de complicações.

Os nossos dados sugerem que factores como a idade, o tempo de evolução da doença, a necessidade de uso de meios de contenção de urina, a existência ou não de obstipação, bronquite crónica ou patologia psiquiátrica, a menopausa e o

Bibliografia

1. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Urology*. 2003 Jan; 61 (1) 37-49. Review.
2. Smith PP, McCrery RJ, Appell RA. Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *CMAJ*. 2006 Nov 7; 175 (10): 1233-40. Review.
3. Dean N, Herbison P, Ellis G, Wilson D. Laparoscopic colposuspension and tension-free vaginal tape: a systematic review. *BJOG*. 2006 Dec; 113(12): 1345-53. Review.