

Perfil epidemiológico e complicações cirúrgicas de mulheres submetidas a cirurgias para disfunção do assoalho pélvico em centro de referência do estado do Ceará, no período de 2014 a 2016

Epidemiological profile and surgical complications of patients submitted to surgeries for pelvic floor dysfunction in a Brazilian reference center, from 2014 to 2016

Ana Larissa Pinheiro Muniz¹. Andreisa Paiva de Monteiro Bilhar². Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra^{1,2}. Ana Carolina Montes Ribeiro¹. Family Cordeiro de Oliveira¹.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Introdução: A disfunção do assoalho pélvico é uma condição comum e responsável por importante morbidade em mulheres, o prolapso de órgãos pélvicos (POP) e a incontinência urinária (IU), são as disfunções mais prevalentes. **Objetivos:** Avaliar perfil epidemiológico e resultados cirúrgicos de pacientes operadas para correção de prolapso de órgãos pélvicos (POP) e incontinência urinária (IU) em hospital público terciário no Ceará. **Métodos:** Estudo retrospectivo, análise de prontuários de 204 pacientes submetidas a cirurgias para correção de POP e IU no período de 2014 a 2016. **Resultados:** A média etária encontrada foi de 59,4 anos, 79,9% possuíam parto vaginal prévio. As principais queixas foram: bola ou peso vaginal (67,6%), IU de esforço (22%) e IU mista (22%). A cirurgia mais realizada para correção de POP foi a colpoplastia anterior (51,4%), e para IU foi a cirurgia de SLING – TOT (74,3%). Em relação às complicações cirúrgicas, foram 10 casos de complicações intraoperatórias, complicações pós-operatórias imediatas ocorreram em 28 pacientes (13,7%), sendo as mais prevalentes a dor intensa e a retenção urinária, apenas 2,9% pacientes foram reoperadas. **Conclusão:** Os procedimentos cirúrgicos apresentaram taxas de complicações e recidivas, semelhante ao relatado na literatura atual, alguns procedimentos tendo mais riscos que outros.

Palavras-chave: Ginecologia. Prolapso de órgãos pélvicos. Incontinência urinária.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic floor dysfunction is a common condition and is responsible for significant morbidity in women, pelvic organ prolapse (POP) and urinary incontinence (UI), which are the most prevalent dysfunctions. **Objectives:** To evaluate the epidemiological profile and surgical results of patients submitted to surgeries for correction of pelvic organ prolapse (POP) and urinary incontinence (UI) in a public tertiary hospital in Ceará. **Methods:** A retrospective study was carried out, analyzing the records of 204 patients undergoing surgery to correct POP and UI in the period from 2014 to 2016. **Results:** The mean age was 59.4 years, 79.9% had a history of vaginal delivery. The main complaints were: vaginal ball or weight (67,6%), stress UI (22%) and mixed UI (22%). The most performed surgery for POP correction was anterior colpoplasty (51,4%), for UI correction, the SLING -TOT surgery, had a prevalence of (74,3%). About to surgical complications, there were 10 cases of intraoperative complications, immediate postoperative complications occurred in 28 patients (13.7%), with the most prevalent being intense pain and urinary retention, only 2.9% of patients were reoperated. **Conclusion:** Surgical procedures presented complication rates and recurrences, similar to those reported in the current literature, some procedures having more risks than others.

Keywords: Gynecology. Pelvic organ prolapse. Urinary incontinence.

Autor correspondente: Ana Larissa Pinheiro Muniz, Rua José Vilar de Andrade, 2005, Sapiranga, Fortaleza, Ceará. CEP: 60833-096. Telefone: +55 85 99185-6868. E-mail: analarissamuniz@outlook.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 28 Ago 2018; Revisado em: 12 Nov 2018; Aceito em: 12 Dez 2018.

INTRODUÇÃO

A disfunção do assoalho pélvico é uma condição ginecológica comum e responsável por importante morbidade nas mulheres atingidas. A incontinência urinária (IU) e o prolapso de órgãos pélvicos (POP) são as disfunções mais conhecidas, com mais elevada prevalência e cuja as taxas aumentam progressivamente com a idade.¹

A prevalência estimada de POP é de 21,7% em mulheres de 18-83 anos, chegando a 30% nas mulheres entre 50-89 anos.¹ A causa para o POP é multifatorial e resulta de uma perda no suporte pélvico, devido ao parto vaginal, aumento da idade e do índice de massa corporal, podendo também haver predisposição genética.²

A cirurgia representa-se como a melhor opção terapêutica para o POP, contudo a taxa de recorrência pode chegar a 34,6% e depende de fatores como: o estágio da distopia, atrofia genital, fatores que aumentam a pressão intra-abdominal e principalmente de fatores constitucionais.³

A IU é conceituada como toda a queixa de perda involuntária de urina. A causa é multifatorial, sendo responsável por gerar exclusão social, interferindo na saúde física e mental da paciente e comprometendo sua qualidade de vida.⁴

A prevalência da IU apresenta ampla variação na literatura, de 2 a 55%, dependendo de sua definição, idade e sexo da população estudada e metodologia da pesquisa. É mais frequente entre o sexo feminino, ocorrendo em 34% das mulheres com mais de 60 anos. Entre as mulheres acima de 50 anos, a prevalência chega a 25%, sendo a incontinência urinária de esforço (IUE), definida como perda involuntária de urina associada a esforço, exercício, tosse ou espirro, responsável por metade a dois terços dos casos.⁵

O estudo urodinâmico (EUD) é o estudo dos aspectos fisiológicos e patológicos envolvidos no armazenamento e esvaziamento da urina. Tem como objetivo identificar as causas específicas dos sintomas das pacientes, seja a incontinência urinária, a disfunção miccional ou sintomas irritativos do trato urinário, sendo capaz de fornecer dados para orientar o correto tratamento.⁵

O sucesso do tratamento cirúrgico depende de uma boa mobilidade uretral. O SLING tornou-se simples, minimamente invasivo, com baixo índice de complicações e excelentes resultados. O TVT (*Tension Free Vaginal Tape*TM) por via transobturatória passou a ser utilizado, diminuindo ainda mais a invasividade e as complicações como perfuração vesical, intestinal e vascular.⁶

Avaliar o perfil epidemiológico e complicações cirúrgicas de pacientes submetidas a cirurgias para correção de prolapso de órgãos pélvicos (POP) e incontinência urinária (IU) em hospital público terciário no Estado do Ceará, é o objetivo principal, assim como, identificar quais as cirurgias mais realizadas para POP e IU e avaliar a relação do estudo urodinâmico com o tipo de cirurgia realizada para IUE, assim como os resultados cirúrgicos, também estão entre os objetivos deste estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, de caráter analítico realizado em um hospital terciário de Fortaleza - CE. A amostra foi composta por pacientes de qualquer idade submetidas a cirurgias ginecológicas para a correção de POP e IU no período de 01 de Outubro de 2014 a 30 de Setembro de 2016, sendo critérios de inclusão a realização das seguintes cirurgias: colpoplastia anterior, colpoplastia posterior, correção do prolapso apical com fixação sacro-espinhal, culdoplastia de McCall, colpocleise de Lefort, SLING transobturatório, SLING retropúbico, SLING autólogo, cirurgia de Burch.

Os dados foram coletados a partir dos registros cirúrgicos do centro cirúrgico da MEAC (Maternidade Escola Assis Chateaubriand) onde houve o levantamento dos registros das pacientes que realizaram as cirurgias em questão no período acima citado, de posse desses dados foi realizado uma visita ao SAME (Serviço de arquivo médico e estatística) da MEAC, os prontuários foram localizados e foi utilizado uma ficha de autoria própria com as informações necessárias para a coleta dos dados necessários, as variáveis foram coletadas e categorizadas de acordo com a disposição dessa ficha. (Figura 1)

Os dados foram analisados utilizando o Windows Excel 2010, sendo os dados quantitativos expressos como médias e desvios padrões. A estatística descritiva apresenta-se composta de medianas, médias aritméticas e desvios-padrão para resumir as variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram relatadas como frequências, utilizando percentagens e intervalos de confiança de 95%.

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização deste estudo.

O Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand aprovou o projeto (Número de Parecer: 2.350.997). A pesquisa foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pela Declaração de Helsinki e suas modificações.

RESULTADOS

O estudo analisou prontuários de 204 pacientes submetidas a cirurgias para correção de POP e IU. A média etária das pacientes foi de 59,4 anos ($\pm 13,37$), idade mínima encontrada foi de 21 anos e a máxima de 89 anos. Em relação aos aspectos sociais, observou-se que 14 (6,8%) pacientes não possuíam escolaridade, 84 estudaram até o 1º grau (41,1%), e 34 (16,6%) até o 2º grau. Quanto ao estado civil, 93 (45,5%) pacientes eram casadas, 44 (21,5%) viúvas, 33 (16,2%) solteiras, 16 (7,8%) divorciadas, 11 (5,3%) tinham união estável. A ocupação mais prevalente foi "Do lar" com 51 pacientes (25%), 48 mulheres eram aposentadas (23,07%), 27 trabalhavam como doméstica (12,9%), 09 como agricultora (4,3%) e 08 com costura (3,8%), as demais exerciam outras atividades menos citadas. Nos antecedentes obstétricos das pacientes, evidenciou-se um total de 163 pacientes com parto vaginal (79,9%), destas, 137 tiveram 2 ou mais partos vaginais (67,1%); apresentavam parto cesariana prévio 48 pacientes (23,5%).

Figura 1. Ficha de coleta de dados.

Ficha de coleta de dados

Paciente (Iniciais): _____ Prontuário: _____

Idade: _____

Estado civil: casada () solteira () União estável () viúva ()

Paridade: G ____ P ____ A ____ PV: ____ PC: ____ PF: ____

Profissão: _____

Escolaridade: sem escolaridade () alfabetizada () 1º grau () 2º grau () 3º grau ()

Comorbidades: Sim () Não () *Se sim qual: HAS () DM () IAM () AVC () outros ()

Ambulatório de origem: Uroginecologia () Cirurgia ginecológica () Outros ()

Indicação da cirurgia: Sintomas:

Frouxidão Vaginal ()

Bola na vagina ()

Incontinência urinária: Esforço () Mista () Urgeincontinência ()

Queixa de retenção urinária: ()

Assintomática ()

POP-Q: Aa ____ Ba ____ C ____ HG ____ CP ____

Ap ____ Bp ____ D ____ CVT ____

EUD: IUE () VLPP: _____ CNI()

Obstrução infravesical ()

Cirurgia proposta: _____

Cirurgia realizada: A mesma () Outras() Qual: _____

Tempo de cirurgia: 1 hr () Entre 1 e 2hrs () 3hrs () >4hrs ()

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia: Raquianestesia () Peridural () Geral ()

Tempo de internação: até 48 hrs () 2-4 dias () >4dias ()

Complicações no Intraoperatório:

Transfusão sanguínea sim () Não ()

Lesão de Órgãos: sim () Não() *se sim, qual: _____

Lesão de Grandes Vasos: sim () Não()

Duplo J: sim () Não()

Queimadura: sim () Não()

Intercorrências clínicas: sim () Não() *se sim, qual: _____

UTI: sim () Não()

Complicações Pós-operatórias (imediatas – primeiras 24 hrs de PO):

Dor intensa: sim () Não()

Retenção urinária: sim () Não()

• Com SVD () Sem SVD ()

Sangramentos-transfusões: sim () Não()

TVP: sim () Não()

Reabordagem cirúrgica: sim () Não()

Cefaleia pós- raquianestesia: sim () Não()

Obstrução de SVD: sim () Não()

Complicações Pós-operatórias (Tardias):

Revisão de cirurgia: sim () Não()

*se sim: 7 dias () entre 7 e 14 dias() >14 dias()

Infecção de FO: sim () Não()

Infecção urinária: sim () Não()

Granuloma Vaginal: sim () Não()

Extrusão de tela: sim () Não()

Dispareunia: sim () Não()

Sind. Bexiga hiperativa: sim () Não()

Ex Físico: sim () Não() *POP-Q: _____

Recidiva: sim () Não()

*Se sim – Nova cirurgia: sim () Não()

Qual: _____

As queixas clínicas mais prevalentes, relacionadas ao POP consistiram em: “Bola ou peso na vagina” em 138 pacientes (67,6%), frouxidão vaginal em 13 pacientes (6,3%), já relacionadas a IU, a incontinência urinária de esforço foi relatada em 45 pacientes (22,0%), urgeincontinência em 30 (14,7%), incontinência urinária mista em 45 (22,0%) e retenção urinária em 30 pacientes (14,7%) (Tabela 1).

Entre os procedimentos cirúrgicos realizados para correção de POP, a colpoplastia anterior (CPA) foi a mais realizada, sendo aplicada em 105 pacientes (51,4%), seguido da colpoplastia posterior (CPP), realizada em 60 pacientes (29,4%) e perineoplastia em 58 (28,4%). A técnica mais utilizada para correção de prolapso apical foi a culdoplastia de McCall, em 25 pacientes (12,25%) e a FSE (fixação sacro-espinhal) em 23 pacientes (11,2%), em 11 pacientes associou-se as duas técnicas (5,3%) (Tabela 2).

Tabela 1. Principais queixas relatadas pelas pacientes.

Queixas	Nº de pacientes	Porcentagem
Bola/peso na vagina	138	67,6%
Frouxidão vaginal	13	6,3%
Incontinência urinária de esforço	45	22,0%
Urgeincontinência	30	14,7%
Incontinência urinária mista	45	22,0%
Retenção urinária	30	14,7%

Tabela 2. Apresentação da quantidade dos procedimentos cirúrgicos.

Procedimentos	Nº de casos	Porcentagem
Colpoplastia anterior	105	51,4%
Colpoplastia posterior	60	29,4%
Perineoplastia	58	28,4%
Culdoplastia de McCall	25	12,25%
FSE	23	11,2%
SLING TOT	61	74,3%
SLING RP	18	21,9%

A cirurgia de SLING para o tratamento cirúrgico da IU ocorreu em 82 pacientes (40,1%), sendo a modalidade de SLING transobturatório (TOT) a mais utilizada, 61 pacientes (74,3%), enquanto o SLING retropúbico (RP) foi realizado em 18 pacientes (21,9%) e o SLING autólogo em 3 pacientes (1,2%).

Em relação ao tipo de anestesia utilizado no procedimento, a maioria, 152 pacientes (74.5%) foram submetidas à raquianestesia. Realizando a correlação dos exames diagnósticos e sua associação com a cirurgia realizada, pode-se observar uma média do valor da VLPP (pressão de perda à manobra de Valsalva) ao estudo urodinâmico de 52,02 nas pacientes submetidas à cirurgia com o SLING RP; enquanto que nas pacientes nas quais se fez uso do SLING TOT a média da VLPP foi de 96,04.

Em relação aos achados do exame clínico, das pacientes que realizaram CPA (105 pacientes), 40 pacientes tinham PPVA (prolapso de parede vaginal anterior) estágio II (38,09%) e 57 (54,3%), mais da metade, apresentavam estádios avançados (III e IV). Das 23 pacientes que realizaram FSE, 78,2% (18 pacientes) apresentavam prolapso apical estágio III ou IV, das 25 pacientes que realizaram a correção do prolapso apical pela técnica de McCall, destas 84% (21 pacientes) apresentavam prolapso apical estágio III ou IV e por fim, nestes dois grupos tivemos 42 pacientes que realizaram HTV (histerectomia transvaginal) concomitante, destas 79,5% (33 pacientes) apresentavam prolapso apical estágio III ou IV. Do total de 82 pacientes que realizaram cirurgia de SLING, 70 foram submetidas a EUD (85,3%) e 64 (78,04%) apresentaram IUE no exame.

Em relação às complicações cirúrgicas, a ocorrência de complicações intraoperatórias foram 10 casos (4,9%), verificadas como 1 caso de lesão de grande vaso, houve lesão de artéria pudenda em cirurgia de Histerectomia Vaginal (HTV) + FSE, lesão de órgãos adjacentes em 5 casos, os outros 4 casos, foram intercorrências clínicas durante o procedimento.

As complicações pós-operatórias imediatas ocorreram em 28 pacientes (13,7%), sendo as mais prevalentes a dor intensa em 8 (28,5%) pacientes e a retenção urinária, ocorrida em 11 pacientes (39,2%). As complicações tardias, verificadas até as últimas consultadas registradas em prontuário, incluíram principalmente recidiva dos sintomas, 31 (15,1%) pacientes, sendo que apenas 6 (2,9%) pacientes foram submetidas a uma nova cirurgia; infecção urinária, em 9 pacientes (4,4%), 6 pacientes (2,9%) apresentaram infecção do foco operatório, 7 (3,4%) desenvolveram granuloma vaginal, 2 (0,9%) pacientes submetidas a cirurgia de SLING apresentaram extrusão de tela, 2 (0,9) pacientes desenvolveram Síndrome da Bexiga Hiperativa e 10 (4,9%) apresentaram outros sintomas (Tabela 3).

Tabela 3. Complicações cirúrgicas no pós-operatório.

Complicações cirúrgicas no pós-operatório	Nº de casos	Porcentagem
ITU	09	4,4%
Infecção de sítio cirúrgico	06	2,9%
Granuloma Vaginal	07	3,4%
Extrusão de tela (Cirurgia de SLING)	02	0,9%
Bexiga Hiperativa	02	0,9%
Outros	10	4,9%
Recidiva dos sintomas	31	15,1%
Reoperação	06	2,9%

DISCUSSÃO

O pico de incidência do número de cirurgias para POP é entre 60 e 69 anos. No Pelvic Support Study em mulheres de 20–59 anos, a incidência de prolapso dobra a cada década, sendo difícil separar os efeitos do hipoestrogenismo do envelhecimento.⁷

Barber e Maher (2013) relatam que mulheres mais velhas que já pariram têm propensão a desenvolverem novos ou progressão de prolapso de órgãos pélvicos.⁸ Mesmo o POP tendo origem multifatorial, o parto vaginal é um importante fator de risco, frente a possibilidade de lesão de estruturas como o nervo pudendo e o músculo levantador do ânus durante a passagem do feto pelo canal de parto.⁹ Os partos normais mal assistidos aumentam ainda mais esse risco.¹⁰

O perfil das pacientes deste estudo muito se assemelha ao que podemos ver na literatura, tendo em vista que a média etária foi de 59 anos, 163 pacientes tiveram parto por via vaginal e destas, 137 eram múltiparas, com 2 ou mais partos vaginais.

A sintomatologia mais específica de POP é a sensação de “bola na vagina”, e se o POP for severo, essa “bola” pode ser vista ou tocada pela própria mulher. A gravidade dos sintomas varia e é o fator determinante para quando e que tipo de tratamento oferecer. Um estudo transversal de 237 mulheres avaliadas para POP encontrou 73% com incontinência urinária concomitante, 86% com urgência urinária, 62% com disfunção miccional e 31% com incontinência fecal, nota-se então que existe uma sobreposição considerável com outros distúrbios do assoalho pélvicos.¹¹

Em nosso estudo, em relação à sintomatologia, a queixa de bola na vagina foi a mais citada, quando relacionada ao POP. A queixa de incontinência urinária tanto de esforço quanto de urgência também esteve bastante presente, sendo comum uma mesma paciente apresentar mais de um sintoma. Na população estudada, 91 pacientes (43,75%) tinham queixas combinadas, relacionadas ao POP e IU.

O prolapso de parede vaginal anterior é o POP mais rotineiramente encontrado, sendo essa estrutura a responsável por sustentar a bexiga e a uretra. A perda desse amparo pode causar cistocele e hiper mobilidade uretral, comumente se apresentando como IUE.¹² Ambas as queixas foram amplamente vistas nas pacientes do estudo.

O procedimento cirúrgico mais realizado foi a colpoplastia anterior (CPA). É importante ressaltar que a mesma paciente em um único momento cirúrgico pode ter sido submetida a mais de um procedimento, a depender de suas queixas e avaliação diagnóstica.

As técnicas de CPA geralmente envolvem a dissecação da mucosa vaginal em relação à fâscia pubovesicocervical, a seguir, a fâscia é suturada na linha mediana, dando suporte à bexiga e à uretra. Em casos de grandes prolapsos, defeito lateral da fâscia ou em recidivas de prolapsos, o uso de telas sintéticas pode ser indicado para uma melhor sustentação.⁷

As evidências atuais tendem a preferir reparos de parede anterior com o uso do próprio tecido da paciente do que com telas de polipropileno, frente ao grande número de morbidades relacionadas ao uso de telas, como maior tempo de cirurgia, POP subsequente, e necessidade de reabordagem cirúrgica. Dessa forma, o uso de telas não é considerado

como uma primeira linha de intervenção para o prolapso do compartimento anterior.¹³

No presente estudo observou-se que os procedimentos para correção de prolapso de parede vaginal anterior utilizaram a técnica de colporafia, não sendo evidenciado o uso de telas sintéticas como opção de reparo. Tal dado, porém, pode ser referente a preferência pela técnica, pela habilidade do cirurgião, bem como pelo fato de tratar-se de um hospital público e não houvesse a disponibilidade de tal material.

Um ensaio clínico randomizado comparou três grupos com defeito de parede posterior, sendo, o primeiro, submetido à correção pela técnica da colpoplastia posterior tradicional, o segundo, à correção sítio específica, e o terceiro, tratado por correção sítio específica reforçada com tela de tecido suíno. Não se observou diferença nos índices de falha entre a colpoplastia tradicional e a correção sítio específica. Houve menor recorrência no grupo da colpoplastia posterior tradicional, quando comparada à colpoplastia reforçada com tela de tecido suíno. Não houve diferença nos resultados funcionais ou nas taxas de reoperação.³ No nosso estudo não houve distinção quanto ao emprego da técnica de correção sítio específica, assim como não houve emprego de telas nem sintéticas e nem biológicas, sendo assim a técnica realizada em sua totalidade foi a colpoplastia posterior tradicional.

A colpoplastia posterior (CPP) está associada a taxas de sucesso de 80-95% para correção do prolapso vaginal posterior. Resolução ou melhora dos sintomas podem ser esperados na maioria das mulheres após colpoplastia posterior associado a reconstrução pélvica.¹¹ No presente estudo as pacientes foram submetidas a CPP e a perioneoplastia, mostrando uma grande associação dos dois procedimentos, para um melhor resultado.

Existem várias técnicas cirúrgicas para correção do prolapso apical, as duas abordagens vaginais mais comuns são a fixação do ligamento uterossacro, conhecida como culdoplastia de McCall e a fixação do ligamento sacroespinhoso (FSE). Um estudo cirúrgico multicêntrico mostrou que a suspensão do ligamento uterossacro tem anatomia e resultados semelhantes à fixação do ligamento sacroespinhoso em dois anos de seguimento.¹¹

FSE é um procedimento cirúrgico amplamente utilizado para correção do prolapso apical, no qual se suspende o ápice vaginal no ligamento sacroespinhoso, unilateral ou bilateralmente, tipicamente usando uma abordagem extraperitoneal, apresentando baixos índices de recorrência do prolapso apical. A culdoplastia de McCall usa os ligamentos uterosacrais proximais para suspender o ápice vaginal, esses são plicados na linha média para obliterar o fundo de saco posterior.⁸

Colombo e Milani (1998) compararam os dois procedimentos durante histerectomias vaginais e concluíram que a FSE apresenta piores resultados em relação a tempo cirúrgico e necessidade de transfusão.¹⁴ Não houveram diferenças significativas quanto a recorrência do prolapso apical, mas McCall apresentou menor recorrência de prolapso de parede anterior.

Em relação às cirurgias realizadas para a correção de prolapso apical em nosso serviço, as técnicas mais utilizadas foram a culdoplastia de McCall e a FSE, em 11 pacientes associou-se às duas técnicas, porém não há evidências na literatura que corroborem a associação das técnicas para melhores resultados. Na cirurgia com Fixação sacroespinhal (FSE) as principais complicações desta técnica compreendem: as lesões do feixe vículo-nervoso do pudendo pela proximidade anatômica e a lateralização da vagina.¹⁵ Em nosso levantamento foi descrito um caso de lesão de artéria pudenda, durante procedimento de FSE associado a histerectomia vaginal.

Seklehner et al. (2015) avaliaram a eficácia e as complicações das cirurgias de SLING TOT e SLING RP, sendo que o SLING RP demonstrou melhores índices de cura objetiva, embora tenha apresentado maiores taxas de sangramento e perfuração da bexiga, além de maior tempo cirúrgico, o SLING TOT apresentou mais casos de sintomas neurológicos e perfuração vaginal.¹⁶ Kenton et al (2015) acompanharam mulheres após 5 anos de cirurgia e comparou grupos que realizaram SLING TOT e SLING RP, de maneira geral, o sucesso do tratamento diminuiu ao longo dos anos. Aquelas submetidas a SLING RP tiveram maior proporção de sucesso, embora o grupo do SLING TOT apresentou melhores resultado em relação a queixas urinárias. Erosões de tela aconteceram em ambos os grupos, em pequena proporção.¹⁷

Em nosso estudo a técnica mais utilizada foi o SLING TOT, tal dado se associa ao perfil das pacientes quando analisado o Estudo Urodinâmico (EUD), visto que a maioria delas apresentou valores altos de VLPP.

O EUD é uma ferramenta que auxilia no diagnóstico e na escolha adequada para tratamento das pacientes; que permite avaliar o trato urinário inferior, auxiliar na escolha da terapêutica e prever resultados pós-operatórios.¹⁸

A principal complicação associada à colpoplastia é a recidiva do POP, que ocorre em 30% a 60% dos casos.¹⁹ Em nosso estudo tivemos uma casuística considerada baixa de recidivas, apenas 15,1% das pacientes apresentaram recidiva subjetiva dos sintomas e somente 2,9% das pacientes foram submetidas a uma nova cirurgia. No entanto temos um estudo transversal que não permite o seguimento das pacientes, ficando esse tipo de resultado limitado quanto uma melhor avaliação.

Segundo Richter et al, 2010, no estudo TOMUS, que avaliou complicações de cirurgia de SLING, a perfuração vesical ocorreu em 5% dos casos de cirurgia de SLING RP, em nosso estudo houveram dois casos relatados.²⁰

Em relação a complicação cirúrgica imediatas de retenção urinária que ocorreram em 11 pacientes, pode-se atribuir ao uso da morfina durante a anestesia. A retenção urinária após o uso da morfina é uma reação adversa do tipo A segundo a classificação de Rawlins e Thompson, esta classificação é a mais aceita atualmente no que se refere a reações adversas a medicamentos, o fato de ser tipo A, seria por se tratar de algo previsível de acontecer.²⁰

A cirurgia de SLING também está associada a retenção urinária, no estudo TOMUS, ocorreu disfunção miccional, como retenção urinária e sensação de esvaziamento incompleto, em 3,4% nos casos de SLING RP e 1,3% nas cirurgias de SLING TOT.²⁰

Em estudo brasileiro realizado na Amazônia legal, extrusão da tela sintética pela vagina foi encontrada em uma frequência de 9,5% nas pacientes submetidas à cirurgia de SLING. Na literatura mundial a frequência de extrusão de tela descrita é de 0 a 14%, e em outros estudos brasileiros de 4%.²¹ Nosso estudo apresentou somente dois casos de extrusão de tela verificados em cirurgia de SLING, uma frequência baixa de 0,9%, somente. No entanto a limitação dos resultados se dá por se tratar de um estudo retrospectivo, esse tipo de complicações na maioria das vezes leva tempo para ocorrer, outra questão também é que, os resultados são baseados em informações coletadas em prontuários e dependente do seu correto preenchimento. O aumento na expectativa de vida das mulheres tem levado a maior procura por atendimento médico devido condições como o prolapso de órgãos pélvicos e a incontinência urinária. Ressalta-se que o presente estudo é um levantamento pioneiro sobre as características das cirurgias

para correção de disfunções do assoalho pélvico realizado no estado do Ceará.

Com esses dados, pretendemos conhecer as características dessas pacientes, o que poderá auxiliar na promoção de estratégias de gestão adaptadas à população local, assim como, o estabelecimento de possíveis medidas de prevenção.

CONCLUSÃO

As mulheres avaliadas neste estudo apresentaram média etária de 59 anos, eram predominantemente do lar e múltiparas, com partos vaginais prévios. Os procedimentos cirúrgicos mais realizados foram a colpoplastia anterior, colpoplastia posterior e a perineoplastia em casos de prolapso de órgãos pélvicos; e a cirurgia de SLING para incontinência urinária. As pacientes apresentaram taxas de complicações e recidiva compatível com o que foi visto na literatura mundial.

É imprescindível comunicar nossas complicações a fim de contribuir para uma base de dados que permita o conhecimento sobre as mesmas, sendo importante registrá-las apropriadamente nos prontuários, visando prevenir futuros eventos e aprimorar constantemente técnicas cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

- Bezerra LR, Vasconcelos JA Neto, Vasconcelos CT, Augusto KL, Karbage SA, Frota IP. Temas em uroginecologia: manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área de saúde. Fortaleza: Expressão gráfica e Editora; 2013.
- Swift S, Woodman P, O'boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(3):795-806.
- Cândido EB, Giarolla L, Fonseca AM, Monteiro MV, Carvalho TS, Silva AL Filho. Revisão da literatura: conduta nos prolapso genitais. *Femina*. 2012;40(2):97-104.
- Feldner PC Júnior, Bezerra LR, Girão MJ, Castro RA, Sartori MG, Baracat EC, et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *RBGO*. 2002;24(2):87-91.
- Tamanini JT, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of Sao Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saude Publica*. 2009;25:1756-62.
- Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1996;7(2):81-5.
- Lima MI, Lodi CT, Lucena AA, Guimarães MV, Meira HR, Lima LM, et al. Prolapso genital. *Femina*. 2012;40(2):69-77.
- Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013;24(11):1783-90.
- Rodrigues AM, Oliveira LM, Martins KF, Roy CA, Sartori MG, Girão MJ, et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(1):17-21.
- Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998;25(4):723-46.
- Barber MD. Clinical updates, pelvic organ prolapse. *BMJ*. 2016;354:i3853.
- Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007;369(9566):1027-38.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(CD004014):1-153.
- Colombo M, Milani R. Sacrospinous ligament fixation and modified McCall culdoplasty during vaginal hysterectomy for advanced uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(1):13-20.
- Maher CF, Murray CJ, Carey MP, Dwyer PL, Ugoni AM. Iliococcygeus or sacrospinous fixation for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol*. 2001;98:40-4.
- Seklehner S, Laudano MA, Xie D, Chughtai B, Lee RK. A meta-analysis of the performance of retropubic mid urethral slings versus transobturator mid urethral slings. *J Urol*. 2015;193(3):909-15.
- Kenton K, Stoddard AM, Zyczynski H, Albo M, Rickey L, Nortons P, et al. 5-Year longitudinal followup after retropubic and transobturator mid urethral slings. *J Urol*. 2015;193(1):203-10.
- Adelowo A, Dessie S, Rosenblatt PL. The role of preoperative urodynamics in urogynecologic procedures. *J Minim Invasive*

Gynecol. 2014;21(2):217-22.

19. Brubaker L, Maher C, Jacquetin B, Rajamaheswari N, von Theobald P, Norton P. Surgery for pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2010;16(1):9-19.

20. Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, Kenton K, Norton PA, Sirls LT, et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for

stress incontinence. *N Engl J Med.* 2010;362(22):2066-76.

21. Coelho SM, Perez ET, Lins CD, Gomes MT, Bella ZI, Andres MP, et al. Perfil epidemiológico e complicações pós-operatórias das mulheres submetidas à cirurgia ginecológica em centro de referência do extremo setentrional da amazônia legal brasileira. *Rev Col Bras Cir.* 2015;42(6):372-6.

Como citar:

Muniz AL, Bilhar AP, Bezerra LR, Ribeiro AC, Oliveira SC. Perfil epidemiológico e complicações cirúrgicas de mulheres submetidas a cirurgias para disfunção do assoalho pélvico em centro de referência do estado do Ceará, no período de 2014 a 2016. *Rev Med UFC.* 2019 out-dez;59(4):27-33.