

GUSTAVO MAXIMILIANO SARTORATO

**AVALIAÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE
BURCH-TANAGHO, PARA CURA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA
DE ESFORÇO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina**



04008851

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

GUSTAVO MAXIMILIANO SARTORATO

**AVALIAÇÃO DAS PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE
BURCH-TANAGHO, PARA CURA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA
DE ESFORÇO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Dr. Mario Julio Franco
Professor Co-orientador: Dr. Alberto Trapani Jr.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

DEDICATÓRIA

Eu gostaria de dedicar este trabalho a muitas pessoas que de alguma forma me ajudaram e incentivaram. Mas, por não poder manter uma lista que cresceria a cada dia, vou ser bastante seletivo e dedicá-lo a três pessoas diretamente envolvidas, não apenas com o que faço, mas em toda a minha vida:

À Vanessa Machado Klein, minha namorada, pela paciência nas horas a fio em que fiquei colado nos livros ou na frente do computador. E além desta paciência, quero agradecê-la principalmente pelo compartilhamento do entusiasmo, pela motivação e pelo constante apoio que sempre me dá. *"Você é maravilhosa, minha querida, e é a fonte de inspiração de tudo o que faço. Com a sua inteligência, sua alegria e todo o apoio que me dá eu sei que amanhã será sempre melhor do que hoje, não importa o que aconteça"*.

À Marcus Túlio Sartorato, meu pai e à Rute Ozol Sartorato, minha mãe, que com luta, mas principalmente com muita dedicação e amor, me deram a educação sem a qual eu não teria chegado a lugar algum. *"Vocês dois são o meu grande orgulho e eu quero que tudo o que eu faça em toda a minha vida sejam provas de que o pouco que vocês acham que fizeram por mim, na verdade foi muito mais do que qualquer filho no mundo poderia querer. Vocês me deram simplesmente tudo e vão estar eternamente em tudo o que eu fizer"*.

A vocês três todo o meu amor e o meu carinho para sempre. E ao Deus vivo e poderoso, onde tudo é possível a quem Nele crê.

AGRADECIMENTOS

Agradeço eminentemente ao Professor Dr. Alberto Trapani, que me escoltou incessantemente nesta pesquisa, sempre interessado em lapidar o estudo, acessível e disposto a prestar auxílio a todo instante. Sem o seu espírito magnânimo, diligente e solícito seria muito mais penoso concluir este trabalho.

Agradeço também ao Dr. Mario Julio Franco, por toda atenção e presteza.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. **IUE** = Incontinência Urinária de esforço
2. **IU** = Incontinência urinária

RESUMO

O trabalho tem como objetivo a avaliação da taxa de cura e recidiva da incontinência de esforço, após um período mínimo de dois anos, das pacientes operadas pela técnica de Burch-Tanagho, bem como as complicações e características do grupo.

Na fase inicial foi feita uma avaliação retrospectiva de 49 pacientes, operadas consecutivamente, pela mesma equipe.

Foram analisados: idade, IMC, raça, paridade, quantidade de partos transpélvicos, período entre o início dos sintomas e cirurgia, gravidade dos sintomas, cirurgias prévias ou concomitantes, co-morbidades, estudo urodinâmico prévio, complicações peri e pós-operatórias, tempo de internação e retenção urinária pós-operatória.

Não evidenciamos grandes diferenças entre nossa amostra e a literatura pesquisada. Tivemos uma taxa de complicações transoperatórias de 4% e pós-operatórias de 18%, todas com boa evolução.

Numa segunda etapa, as pacientes foram reavaliadas, após período mínimo de dois anos, para verificar a taxa de recidiva e complicações a longo prazo. Obtivemos 92% de cura, sendo um resultado bastante positivo. Como efeitos negativos a longo prazo, verificamos 14% com enterocele e 14% com infecção urinária de repetição.

SUMMARY

The study has as objective the evaluation of the cure tax and received of the stress incontinence, after a minimum period of two years, the patients operated for the technique of Burch-Tanagho, as well as the complications and characteristics of the group.

In the initial phase an evaluation was made retrospect of 49 patients, operated consecutively, for the same staff.

It was analyzed: age, CMI, race, parity, amount of transpélvicos childbirths, period enter the beginning of the symptoms and surgery, previous or concomitant gravity of the symptoms, surgeries, co-morbidades, previous urodinâmico study, postoperative complications peri and, time of internment and postoperative urinária retention.

We do not evidence great differences between our sample and searched literature. We had a tax of transoperatórias complications of postoperative 4% and of 18%, all with good evolution.

In one second stage, the patients had been reevaluated, after minimum period of two years, to verify the tax of received and complications in the long run. We got 92% of cure, being a sufficiently positive result. As negative effect in the long run, we verify 14% with enterocele and 14% with urinária infection of repetition.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ----- 01

1 REVISÃO DE LITERATURA ----- 03

2 OBJETIVO ----- 17

3 METODOLOGIA ----- 18

4 RESULTADOS ----- 20

5 DISCUSSÃO ----- 34

6 CONCLUSÃO ----- 38

7 BIBLIOGRAFIA ----- 39

8 ANEXOS ----- 42

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) feminina é um problema mundial de saúde, gerando um prejuízo clínico, social, psicológico e econômico para a paciente. Nos Estados Unidos, estima-se um gasto anual com esta situação de 10,3 bilhões de dólares [1].

Estimativas com relação à prevalência geralmente são realizadas utilizando questionários preenchidos pela paciente. Assim, os números encontrados podem variar dependendo da definição utilizada para incontinência, dos inquéritos aplicados e da população estudada, ocorrendo diferenças entre os vários estudos. Existe, porém, concordância que o número de pessoas que procuram tratamento é muito inferior ao número de pessoas que sofrem deste problema e que apesar de existir um número expressivo de pacientes de meia idade (40–60 anos) portadoras de IU, a sua prevalência tende a aumentar com o envelhecimento [2]. No Brasil não existem dados precisos sobre a prevalência da IU na população feminina.

A IUE caracteriza-se pela perda involuntária de urina durante aumento da pressão abdominal, em ausência de uma contração do músculo detrusor da bexiga (SIC).

As formas de tratamento podem ser divididas em dois grandes grupos: as cirúrgicas, com suas várias abordagens técnicas e as não cirúrgicas ou conservadoras. O tratamento cirúrgico é considerado por alguns autores como o método de eleição no tratamento da IU, com os melhores resultados a curto e a longo prazo [3]. O leque de intervenções cirúrgicas descritas na literatura para tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) é extenso, o que alerta para o fato de não existir nenhuma cirurgia que se possa considerar ideal no tratamento desta patologia [4].

A maioria das doentes com IUE possui defeito anatômico responsável por hiper mobilidade da uretra e colo vesical, daí que, embora controverso, se considere a colpoptexia de Burch como a cirurgia de referência para este tipo de incontinência [5].

Conforme Stanton, dentro do tratamento da IUE, existem mais de 100 técnicas cirúrgicas descritas na literatura. O método cirúrgico adotando a via vaginal descrito por Kelly-Kennedy, utilizando a plicatura da fâscia pubovaginal, foi largamente utilizado até há alguns anos. Posteriormente surgiram as técnicas que se baseiam na fixação da fâscia pubovesicovaginal a

pontos específicos na face posterior do osso púbis (ligamento pectíneo, periósteo), técnica de Marshall, Marchetti e Krantz (MMK) elevando o colo vesical e restaurando a anatomia normal do trigono vesical [6].

Burch, em 1962, modificou o procedimento cirúrgico fixando os tecidos peri-uretrais/peri-vesicais ao ligamento de Cooper. O princípio básico da cirurgia é obter o equilíbrio da pressão abdominopélvica, com a recomposição da posição anatômica da região do colo vesical, melhorando com isto a transmissão da pressão abdominal sobre a uretra proximal, que é fator essencial na manutenção da continência urinária durante o esforço [7].

A uretropexia de Burch é o procedimento cirúrgico mais estudado, com longos seguimentos. Foram descritas taxas de cura subjetiva de 75-90% [8] sendo as taxas de cura objetiva, tipicamente, mais baixas que as de cura subjetiva. Assim, a colpexia de Burch no tratamento da IUE parece especialmente indicada em mulheres com IUE grave, nulíparas ou doentes sem relaxamento importante da parede vaginal, obesas, mulheres com doenças pulmonares crônicas obstrutivas e sempre que haja necessidade de incisão abdominal, para tratamento de patologia pélvica associada. Está igualmente indicada no tratamento da IUE recorrente, após criteriosa seleção das doentes [9].

Em 1976, TANAGHO EA, publicou uma modificação da técnica original de Burch, que consistia em evitar pontos muito próximos à uretra e manter um espaço livre entre a uretra e o osso púbico. Com isto, obteve menor incidência de retenção urinária [10].

As técnicas de colpossuspensão endoscópicas do colo vesical (Stamey e suas modificações) desenvolveram-se principalmente devido à sua baixa morbidade e razoável taxa de sucesso [11].

Os slings pubovaginais foram descritos há muito tempo como alternativa para o aumento da resistência uretral. A tensão, propositadamente colocada ao nível da uretra, foi responsável pela alta incidência de retenção urinária pós-operatória. Recentemente, a utilização de retalhos mais longos de aponeurose, bem como a utilização de materiais sintéticos ou absorvíveis, permitiu a abordagem combinada por via abdominal e vaginal, simplificando o procedimento e melhorando os resultados [12].

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Incontinência Urinária

A incontinência urinária é uma condição muito comum, mas por muito tempo foi mal compreendida. Esta pobre compreensão ocorreu em grande parte a falta de padronização dos termos, situação que motivou o surgimento dos comitês encarregados de unificar critérios para a padronização da terminologia da função do trato urinário baixo.

1.1.1 Definição

A Sociedade Internacional da Incontinência (SIC), em 1971, definiu a incontinência urinária como: “a perda involuntária de urina que representa um problema higiênico e social”.

Posteriormente ocorreram outras revisões onde algo da terminologia mudou, acrescentando-se que seja objetivamente demonstrável [13].

1.1.2 Terminologia atual

Com o passar do tempo se viu a necessidade de ampliar o panorama de estudo do assoalho pélvico. Por consequência, na Segunda Consulta Internacional sobre incontinência (CII 2001) realizada no ano de 2001, se incluem além da avaliação da incontinência urinária, a avaliação do prolapso dos órgãos pélvicos e a incontinência fecal. Em congruência com a evolução histórica do estudo do assoalho pélvico, é importante considerar e ter em mente a nova terminologia publicada no ano de 2002 em *Neuourology and Urodynamics y en Urology* [12].

1.1.3 Definição de Incontinência Urinária de Esforço – (SIC 2002)

No que se refere a incontinência urinária de esforço se mantém 3 níveis a considerar quais sejam: o sintoma, o sinal e a condição. O sintoma é a queixa de perda involuntária de urina no esforço, ou esforço excessivo ou com espirro ou tosse. O sinal é visto no exame físico, pela perda involuntária de urina através da uretra, na qual é sincrônica com o esforço, espirro ou tosse. Se não é sincrônico, e ocorre poucos segundos mais tarde, pode ser ocasionada por contração do detrusor, provocada por exemplo, ao tossir. A condição é o diagnóstico urodinâmico, quando se percebe a perda urinária durante a cistometria de fluxo, e é definida como “a perda involuntária de urina durante aumento da pressão abdominal, em ausência de uma contração do detrusor. Como podem observar houve pequenas mudanças na definição. O comitê de padronização considerou conveniente abandonar o termo incontinência genuína de esforço, porque implicava que havia algo como incontinência de esforço não genuína, o qual não teria nenhum sentido. Pareceu-lhes mais claro utilizar o termo de incontinência urinária de esforço “urodinâmica” quando se corrobora a IUE durante a cistometria de fluxo [14] .

1.1.4 Prevalência da incontinência urinária

Em um estudo recente realizado em mulheres de 4 países europeus através de um questionário por Hunskaar, onde foi perguntado se haviam tido perda urinária fora de seu controle nos últimos 30 dias, elas o responderam positivamente numa porcentagem de 32% no Reino Unido e Alemanha, 34% na França e cerca de 15% na Espanha [15].

Nos Estados Unidos a Nacional Family Opinion (NFO) realizou recentemente uma pesquisa patrocinada por Eli Lilly, de um estudo realizado em duas fases. Na primeira fase do estudo, selecionaram 45.000 famílias e coletaram dados suficientes (a amostra foi comparada ao senso demográfico dos EUA). Eles enviaram um questionário com 14 perguntas simples, convidando o chefe da família a respondê-las; sendo que 66% daqueles que receberam o

questionário o responderam, caracterizando uma taxa alta de contestação. Desses que responderam, 82% foram mulheres. A prevalência de incontinência urinária encontrada foi de 37%, [16] muito semelhante à taxa de prevalência identificada na Europa por Hunskaar.

1.1.5 Idade Média para cada tipo de incontinência urinária

Segundo Kinchen e col. (2002) , em termos de idade, a incontinência urinária de esforço se apresenta em média ao redor dos 48 anos, a incontinência de urgência cerca dos 61 anos, e a incontinência mista em média aos 55 anos [16].

Isso é interessante, e está de acordo com o que se considera como causas dos diferentes tipos de incontinência urinária. A incontinência de esforço se presume, é secundária ao relaxamento pélvico, problemas no esfíncter uretral e músculos pélvicos; é por isso que na maioria dos estudos relaciona-se a gravidez e o trabalho de parto como importante fator predisponente. Isso se contrasta com a incontinência por urgência, a qual é mais provável que se deva a distúrbio neurológico que ocasiona hiperatividade do músculo detrusor e produz incontinência por urgência [12].

1.1.6 Ônus financeiro da incontinência urinária

Nos EUA os custos diretos relacionados com incontinência urinária são substanciais, se calculam em 16,4 bilhões de dólares cada ano. Comparativamente os custos anuais para osteoporose são de 14 bilhões e para câncer de mama 13 bilhões [17].

Fisiopatologia da IUE

1.1.7 Mecanismos de continência urinária

Para que os mecanismos de continência urinária funcionem de maneira adequada, é necessário que as estruturas do assoalho pélvico envolvidas com esta função mantenham sua integridade anatômica e sua inervação esteja intacta. Quando estes mecanismos de continência se alteram o objetivo do tratamento é recuperar, dentro do possível, suas condições originais [18].

O controle neurológico da micção é muito complexo, envolve o cérebro, a medula espinhal, e o sistema nervoso periférico (em seu componente autônomo com o parassimpático, simpático e em seu componente somático principalmente através do nervo pudendo). Esta coordenação é realizada através de 35 reflexos diferentes com o que a mulher aprende a controlar voluntariamente este órgão involuntário, que talvez junto com o canal anorectal sejam os dois únicos órgãos involuntários que estão sob controle voluntário. Posto que ao nascer todos os humanos são incontinentes e os pais lhes ensinam a ativar todos os reflexos neurológicos requeridos para controlar esses órgãos e poder realizar nossas necessidades em locais socialmente criados. O núcleo de Onuf no cordão espinhal sacro é o local de origem do nervo pudendo. Estimulação neste nervo com os neurotransmissores norepinefrina (NE) e serotonina (5HT) resulta em contração do componente estriado do esfíncter uretral. Ácido gama-aminobutírico (GABA) e dopamina (DA) são outros neurotransmissores envolvidos no controle do trato urinário baixo [18].

1.1.8 Ciclo normal da micção

O ciclo normal da micção é composto por duas fases, uma de armazenamento e outra de esvaziamento. Durante a fase de armazenamento a bexiga se enche sem aumentar a pressão, estando o músculo detrusor relaxado com o esfíncter uretral e músculos do assoalho pélvico contraídos. Quando o primeiro desejo de micção ocorre (cerca de 150ml) a contração uretral aumenta para ocorrer a posteriorização. Ao ocorrer o desejo normal de micção (cerca de 400 a 500ml de fluxo), a mulher deseja esvaziar sua bexiga, é quando o músculo detrusor se contrai, provocando um incremento de pressão dentro da bexiga, a uretra e os músculos do assoalho pélvico se relaxam para permitir a micção. Ao completar-se o esvaziamento, o ciclo da micção retorna a fase de armazenamento [19].

1.1.9 Fisiologia da continência

Na paciente normal a uretra proximal é um órgão intra-abdominal capaz de receber transmissão da pressão intra-abdominal. Com o aumento da pressão intra-abdominal, ambas (a bexiga e a uretra) estão sujeitas a iguais pressões. Posto que as pressões são iguais, se mantém a continência. Qualquer situação que interfira na transmissão da pressão intra-abdominal para uretra proximal tem o potencial de ocasionar incontinência de esforço. Na paciente com incontinência de esforço e hipermotilidade uretral, a uretra proximal descende fora do abdômen e não pode receber transmissão da pressão abdominal o que permite que o mecanismo de esfíncter uretral seja vencido, e a urina se perda com o esforço. Uma variável de confusão é a existência de deficiência intrínseca do esfíncter uretral. Nesta condição, o dano à uretra por um evento prévio impede sua habilidade para contrair-se eficientemente, por esta razão permite a perda de urina com o esforço. Hipermotilidade uretral e deficiência intrínseca do esfíncter podem existir individualmente ou combinados. Em casos severos de IUE por deficiência intrínseca do esfíncter, o processo de cicatrização é suficiente para impedir a transmissão da pressão intra-abdominal mesmo em ausência de hipermotilidade uretral. A eleição do

procedimento cirúrgico para seu tratamento dependerá da definição individual destas variáveis [12].

Sendo assim, a IUE ocorre em duas situações distintas. Na primeira, que corresponde à grande maioria dos casos, a uretra conserva a função de esfíncter. Em repouso, a pressão uretral é maior que a pressão vesical, mantendo a continência. No entanto, durante os esforços há um aumento da pressão abdominal que não é transmitido igualmente para a uretra e para a bexiga, de maneira que a pressão vesical torna-se maior que a pressão uretral, ocorrendo perda urinária. A transmissão desigual da pressão abdominal é devida à hipermobilidade do colo vesical e da uretra proximal, que decorre do relaxamento do assoalho pélvico. Essa situação é conhecida como **incontinência urinária de esforço anatômica** [20].

Na segunda condição ocorre a lesão do mecanismo esfíncteriano próprio da uretra. A pressão uretral é constantemente baixa, e a perda urinária se dá geralmente aos mínimos esforços. Nesta situação, pode não existir hipermobilidade do colo vesical, que em geral se encontra fixo com a uretra fibrosada. A lesão do mecanismo esfíncteriano intrínseco da uretra, conhecida como **incontinência urinária de esforço esfíncteriana**, pode decorrer de cirurgias prévias, trauma, mielodisplasias e hipoestrogenismo, dentre outras causas. Nesses casos, a correção por técnicas de suspensão do colo vesical (uretrocistopexias) tem um alto índice de falha, estando indicadas técnicas para o aumento da resistência uretral, como os “slings” e as injeções periuretrais [20].

1.1.10 Fatores de risco da IUE

A etiologia da incontinência urinária é multifatorial. Richard Bump ordena os fatores de risco de incontinência urinária em fatores predisponentes (transitórios) ou desencadeantes (definitivos), podendo combinar-se entre eles e agregar-se a outros fatores que descompensam e intervêm para dar lugar a IUE. Dos vários fatores, o mais importante é o parto normal, no qual não poderá danificar estruturas de suspensão e suporte do assoalho pélvico, como podem ocasionar neuropatia do pudendo, ocasionada pelo puxo constante durante a segunda etapa do trabalho de parto prolongado (qualquer tempo maior que duas horas), ou por aplicação inadequada de fórceps em um parto distócico [21].

1.1.11 Valor preditivo do sintoma incontinência

Diz-se que a bexiga é uma testemunha pouco confiável. É por isso que em incontinência urinária para um diagnóstico correto muitas vezes não é suficiente a história clínica e devemos complementar-la com estudo urodinâmico. Weidner et al, corroboram este feito, em seu estudo compararam o valor diagnóstico preditivo do sintoma incontinência com o diagnóstico urodinâmico final; eles encontraram que a incontinência de esforço por urodinâmica representa 62%, incontinência por urgência 13%, mista 12%, e outros tipos 13%. Muito diferente das frequências encontradas com o sintoma isolado. Se o clínico confia somente no sintoma associado a incontinência sem estudo urodinâmico, a possibilidade de estar equivocado seria de 50% em incontinência de urgência, e de 25% em incontinência de esforço. Isto confirma o baixo valor preditivo do sintoma comparado com o diagnóstico urodinâmico final. Maior avaliação será necessária quando o diagnóstico é incerto, não podemos determinar um plano de tratamento com o estudo clínico inicial, a paciente não responde à terapia médica, IUE recidivante [22].

1.1.12 Eleição do tratamento

Segundo Rosas e col. , a primeira pergunta deverá ser: como selecionamos o tratamento? Isto pode não ser tão óbvio como parece. Podemos utilizar um sistema de medicina baseado em evidências no qual depois de revisar a literatura, selecionamos o tratamento que demonstrou a maior eficiência. Essa é a estratégia. Outra seria com um método empírico, no qual simplesmente elegemos o tratamento que utilizamos no passado, com o qual nos sentimos mais confortáveis e que nos reportava “bons resultados”.

Sem dúvida, pensamos que é de suma importância, considerar uma estratégia centrada no paciente onde a seleção do tratamento leve em conta além das características particulares de cada caso, os desejos e preocupações da paciente. Em conclusão, individualizar cada caso e atuar em consequência. Por exemplo, existem pacientes que são contra o tratamento com drogas

ou estas estão contra-indicadas, ou que são contra a cirurgia ou esta está contra-indicada, existe quem é contra os estrógenos, assim como pacientes que tem alguma outra patologia cirúrgica que se deve levar em conta para decidir a abordagem cirúrgica. Também deve-se considerar a idade e atividades da paciente, etc [12,9].

1.1.13 Propedêutica da IUE

O diagnóstico da IUE é fundamentalmente clínico. Além da anamnese detalhada, que inclui um diário miccional (registro da hora, volume urinado e dos episódios de perda), procura-se também demonstrar objetivamente a perda urinária através do teste de Bonney. O **teste de Bonney** consiste na elevação do colo vesical pelo examinador introduzindo os dedos indicador e médio na vagina da paciente. O teste é considerado positivo quando a elevação do colo vesical durante o esforço impede a perda urinária percebida anteriormente. Nos casos cuja história não é típica e naqueles em que houve insucesso cirúrgico, podemos lançar mão de métodos auxiliares [23].

1.1.14 Estudo urodinâmico

A aplicação do estudo urodinâmico no diagnóstico etiológico da IUE tem adquirido importância crescente. Através desse exame é possível analisar o comportamento da bexiga e do complexo esfinteriano vesicouretral. A avaliação é composta de etapas cuja análise conjunta visa à interpretação do mecanismo fisiopatológico da incontinência. De maneira resumida, apresentaremos os principais parâmetros da avaliação urodinâmica [23].

Tratamento da incontinência urinária de esforço

O tratamento da IUE geralmente é cirúrgico, e vêm sendo propostas também várias alternativas conservadoras de tratamento, dentre elas podemos citar o treinamento vesical, a micção programada, os exercícios da musculatura pélvica, os cones vaginais, os pessários vaginais, os obturadores uretrais, as técnicas de “biofeedback”, a eletroestimulação perineal e o tratamento medicamentoso [24].

1.1.15 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico da IUE baseia-se na correção da hipermobilidade do colo vesical quando houver alteração anatômica do assoalho pélvico, ou no aumento da resistência uretral quando houver lesão esfíncteriana intrínseca da uretra. Pode haver também a associação de ambos, exigindo o uso de técnicas para a correção conjunta dos dois componentes da incontinência [12].

a) Correção da hipermobilidade do colo vesical - O objetivo é manter o colo vesical em posição intra-abdominal, seja através de sua suspensão ou através do reforço do soalho pélvico. Podemos distinguir três abordagens diferentes:

- **Via vaginal** - A correção de distopias através da via vaginal pela cirurgia de Kelly-Kennedy é largamente difundida e baseia-se na plicatura do tecido parauretral, com índices de sucesso progressivamente menores durante o seguimento. Atualmente admite-se que o suporte do soalho pélvico torna-se novamente inadequado a médio prazo após a utilização desta técnica [25].

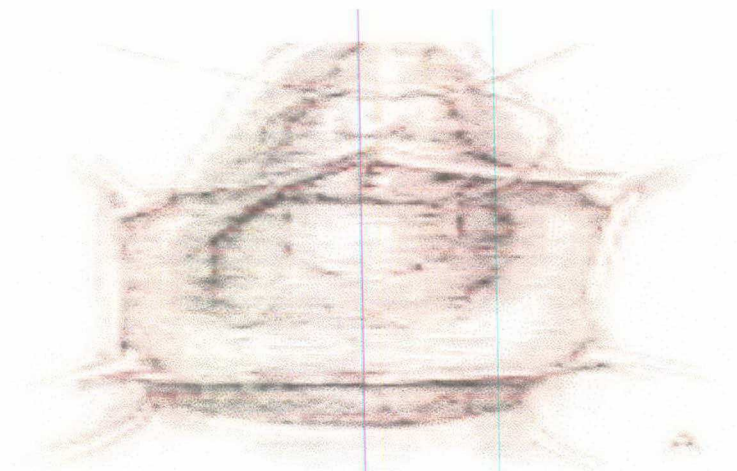


Fig 01. Representação esquemática da plicatura fascial na correção da cistocele e da incontinência por via vaginal. (Kelly-Kennedy)

• **Via suprapúbica** - Representada por duas técnicas. Na técnica de Marshall-Marchetti-Krantz realiza-se a sutura do tecido periuretral e da bexiga ao periósteo do púbis (figura 2). O sucesso referido é da ordem de 85% durante seguimento prolongado, admitindo-se como principais inconvenientes a possibilidade de angulação e a conseqüente obstrução uretral, e, mais raramente, o comprometimento do mecanismo esfinteriano pelas suturas periuretrais e a osteíte do púbis. A outra técnica é representada pela Colpossuspensão a Burch, que baseia-se na realização de suturas envolvendo a fâscia perivaginal e a parede vaginal distante da uretra, as quais são ancoradas no ligamento de Cooper (figura 3). Dessa forma, as complicações potenciais descritas com a técnica anterior seriam evitadas [25].

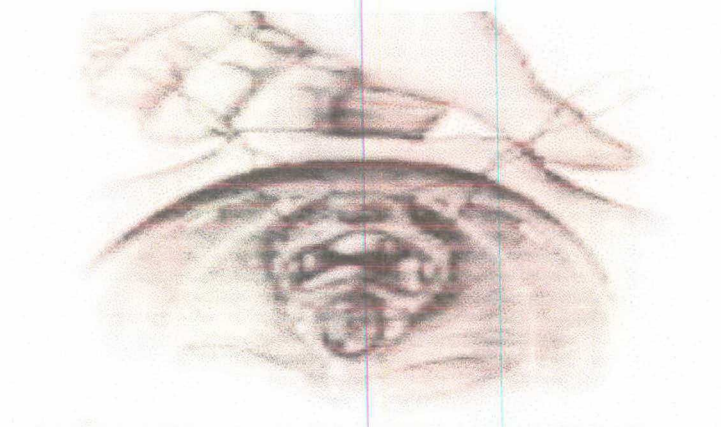


Fig 02. Na técnica de Marchall-Marchetti-Krantz a correção por via suprapúbica é feita pela fixação da fâscia periuretral ao periósteo do púbis.

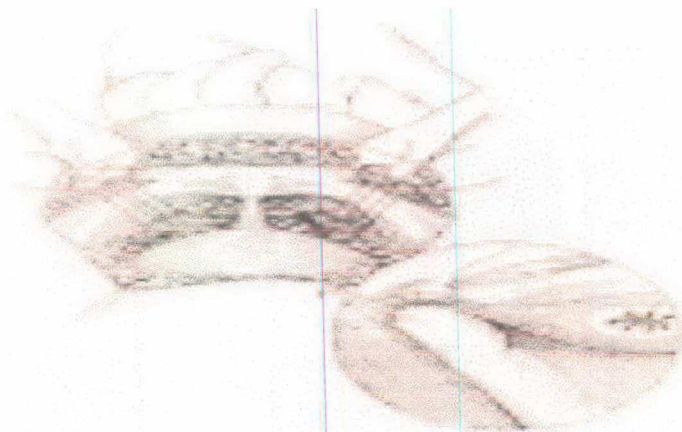


Fig 03. Na técnica de Burch, a fásia perivaginal é fixada ao ligamento de Cooper.

• **Via combinada sob controle endoscópico** - Baseia-se na confecção de suturas de apoio envolvendo seja a parede vaginal ou os tecidos periuretrais, seguidas de ancoragem em nível da aponeurose do músculo reto abdominal, utilizando-se agulhas especiais (figura 4) para a tração dos fios. Assim, obtêm-se o alongamento da uretra e a suspensão do colo vesical, que é mantido fixo durante o esforço abdominal. O controle endoscópico permite a identificação de perfurações vesicais inadvertidas, além da avaliação da tração ideal sob o colo vesical. Representantes desta modalidade de correção são as técnicas de Stamey, Raz e Gittes. Todas tem em comum a ancoragem da suspensão na parede vaginal sujeita a lacerações na dependência de alterações tróficas hormônio-dependentes ou secundárias a cirurgias anteriores. Apesar de satisfatórios no início, os resultados se mostram desapontadores no seguimento com prazos entre cinco e sete anos, com índices de cura por volta de 50% [12].

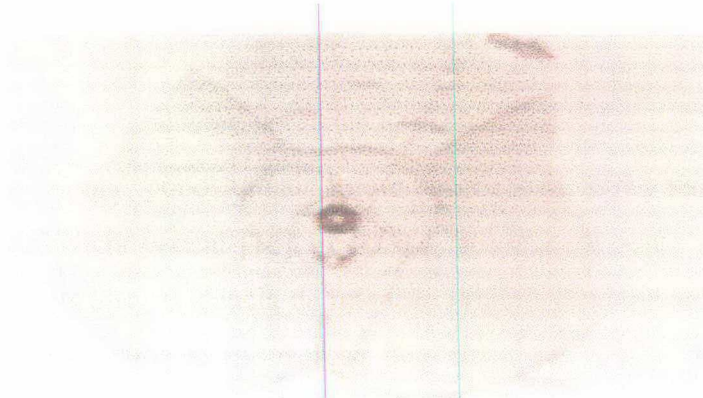


Fig 4. A introdução da agulha é feito com controle endoscópico.

b) Correção da insuficiência esfinteriana - O objetivo é aumentar a resistência uretral, o que pode ser obtido através de injeções periuretrais ou de “slings” [12,9].

• **Injeções periuretrais** - Podem ser utilizadas no tratamento da IUE esfinteriana sem hiper mobilidade do colo vesical associada. O objetivo do tratamento é a injeção de substâncias biocompatíveis entre a submucosa uretral e o envelope muscular da uretra a fim de produzir coaptação uretral. As substâncias mais utilizadas para esse fim são a pasta de teflon, o colágeno bovino purificado e estabilizado, a lipoinjeção autóloga e, mais recentemente, os balões periuretrais (figura 5) [26].

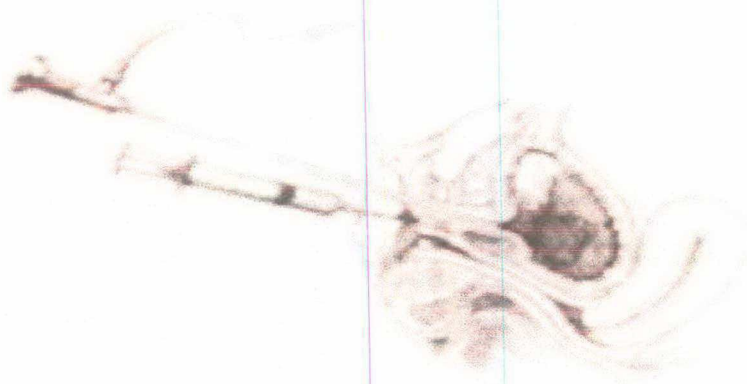


Fig 5. Representação esquemática da injeção periuretral de balões de silicone cujo objetivo é melhorar a coaptação da musculatura uretral.

• **“Slings”** Os “slings” pubovaginais foram descritos há muito tempo como alternativa para o aumento da resistência uretral [16]. A tensão, propositadamente colocada ao nível da uretra, foi responsável pela alta incidência de retenção urinária pós-operatória. Recentemente, a utilização de retalhos mais longos de aponeurose, bem como a utilização de materiais sintéticos ou absorvíveis, permitiu a abordagem combinada por via abdominal e vaginal, simplificando o procedimento e melhorando os resultados. Com essa técnica, obtém-se uma alça pubovaginal ou “sling” que dará apoio posterior e coaptará a mucosa uretral quando da sua descida fisiológica durante o esforço (figura 12). É importante não tracionar a alça para evitar retenção urinária no pós-operatório devido à compressão da junção uretrovesical, melhorando assim os resultados obtidos. Tendo em vista os bons resultados obtidos com os “slings” aponeuróticos nos casos complexos de IUE, acredita-se que deva ser essa a conduta de escolha nos de IUE por lesão esfínteriana intrínseca, bem como naqueles casos cujo risco de insucesso é grande, como nas pacientes obesas, com doença pulmonar obstrutiva crônica e radioterapia pélvica. Recentemente simplificações dos “slings” têm sido realizadas, destacando-se o suporte tendíneo vaginal (STV), no qual uma fita aponeurótica sintética é ancorada aos arcos tendíneos bilateralmente, sem necessidade de perfurar a fáscia endopélvica (figura 6) [12].

Outra opção de procedimento microinvasivo e passível de ser realizada com anestesia local e em nível ambulatorial é o TVT (“Tension-free vaginal tape”). Trata-se de uma fita de prolén que possui uma agulha em cada extremidade passada da região vaginal para a suprabúbica ao nível do terço médio da uretra, deixando livre o colo vesical para se abrir durante a micção. Não há necessidade de se fixar a fita na aponeurose dos retos e tampouco de cateter uretral no pós-operatório. Trata-se de procedimento inovador com bons resultados no seguimento inicial [12,16].

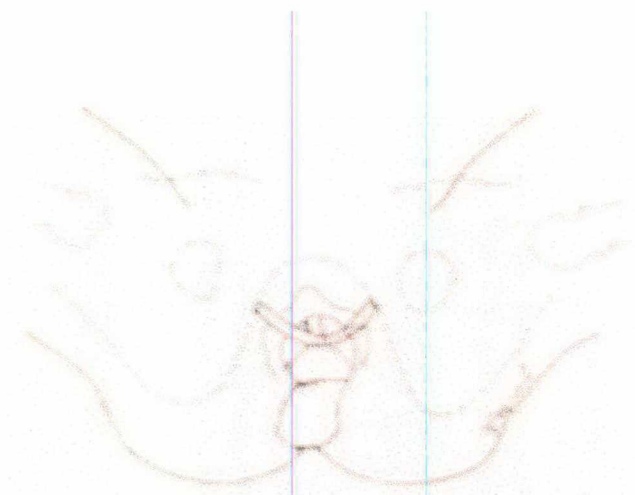


Fig 6. A alça pubovaginal proporciona apoio posterior para a uretra, de maneira que a mobilidade fisiológica com o esforço oclui o colo vesical.

2 OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo avaliação da taxa de cura e recidiva da incontinência urinária de esforço após cirurgia de Burch-Tanagho, complicações peri e pós operatórias e características das pacientes operadas.

3 METODOLOGIA

3.1. Características da pesquisa

Trata-se de estudo clínico, retrospectivo e descritivo de uma série de casos, seguido de reavaliação clínica.

O trabalho consta de duas fases. A fase inicial, consiste na avaliação dos casos operados, baseado na análise do prontuário, ficha clínica, com os atendimentos pré-operatórios e as consultas pós-operatórias e ficha de coleta de dados específica da equipe cirúrgica (anexo 1). Na fase seguinte, foi feito contato com todas as pacientes e solicitado comparecer à uma consulta. Nesta oportunidade procedeu-se questionário padrão (anexo 2) e exame físico ginecológico. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética de ambas as instituições envolvidas.

3.2. Amostra

A amostra inicial foi composta por 55 pacientes do sexo feminino que foram submetidas à Cirurgia de Burch para cura de incontinência urinária, consecutivamente, pela mesma equipe de cirurgiões, no Hospital Florianópolis e na Clínica Santa Helena, no período entre julho de 1999 a julho de 2002.

Da amostra inicial, 49 pacientes retornaram para avaliação. Apenas os dados destes casos foram utilizados em todo o trabalho.

PROCEDIMENTOS

3.3 Intervenção

Todas as cirurgias foram realizadas pela técnica cirúrgica descrita originalmente por Burch, em 1961 (Colpocistouretopexia de Burch), sendo efetuada através de uma incisão de Pfannenstiel baixa, ou mediana infra-umbilical, quando havia cicatriz anterior. Colocando-se dois pares de suturas reabsorvíveis entre a fáscia paravaginal e o ligamento ileopectíneo ipsilateral: o par de suturas mais distal localizado a nível da porção média da uretra e o par de suturas mais proximal a cerca de 1 centímetro da sutura anterior. O fio de sutura utilizado foi o polivítril número 1, com agulha urológica. Antibioticoterapia profilática foi prescrita a todas as pacientes com dose única de 2g de cefazolina. Não se procede a colocação de sistema de drenagem. O tempo padrão de sondagem vesical no pós-operatório foi de 24 horas.

3.4 Tratamento estatístico

O tratamento estatístico deste estudo objetiva determinar a proporção das complicações peri e pós-operatórias, identificando-as e classificando-as, para possível restabelecimento orgânico da paciente. As proporções estão indicadas no próximo capítulo.

Os valores relativos à idade, IMC, gestações, partos vaginais, duração dos sintomas e dias de internação foram apresentados sob a forma de médias aritméticas expressos através de uso dos softwares Epi data 3.0 e Epi info 6.04 d.

4 RESULTADOS

Foram revisados os prontuários, fichas clínicas e formulário padrão de 55 pacientes operadas no período selecionado. Destas, 49 compareceram para reavaliação clínica. Os dados das pacientes não localizadas não foram incluídos no estudo.

A idade média das pacientes estudadas foi de 52 anos. A distribuição por faixa etária encontra-se na tabela 1.

4.1 Avaliação das pacientes até 30 dias de pós-operatório

TABELA 01 - Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com a idade

IDADE	Nº	%
40 – 45	10	20,40
46 – 50	15	30,60
51 – 55	10	20,40
56 – 60	06	12,25
61 – 65	04	8,25
66 – 70	02	4,10
71 – 75	01	2,00
76 – 80	01	2,00
TOTAL	49	100%

A Tabela 2 demonstra a divisão das pacientes, de acordo com o índice de massa corpórea (IMC), de acordo com a classificação preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A maioria das pacientes estava dentro do peso normal, contudo 22 (44.9%) pacientes tinham o peso acima da normalidade.

TABELA 02 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com o IMC:

IMC*	Nº	%
< 18.5 (baixo peso)	00	0,0
18.5 – 24.9 (normal)	27	55,2
25 – 29.9 (sobrepeso)	18	36,7
30 – 39.9 (obesidade)	03	6,1
> 40 (obesidade grave)	01	2,0
TOTAL	49	100%

* Classificação da OMS disponível na URL http://www.endocrino.org.br/util_imc.php

Das 49 pacientes avaliadas, 40 eram da raça caucasiana e 9 da raça negra.

GRÁFICO 01 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com a paridade

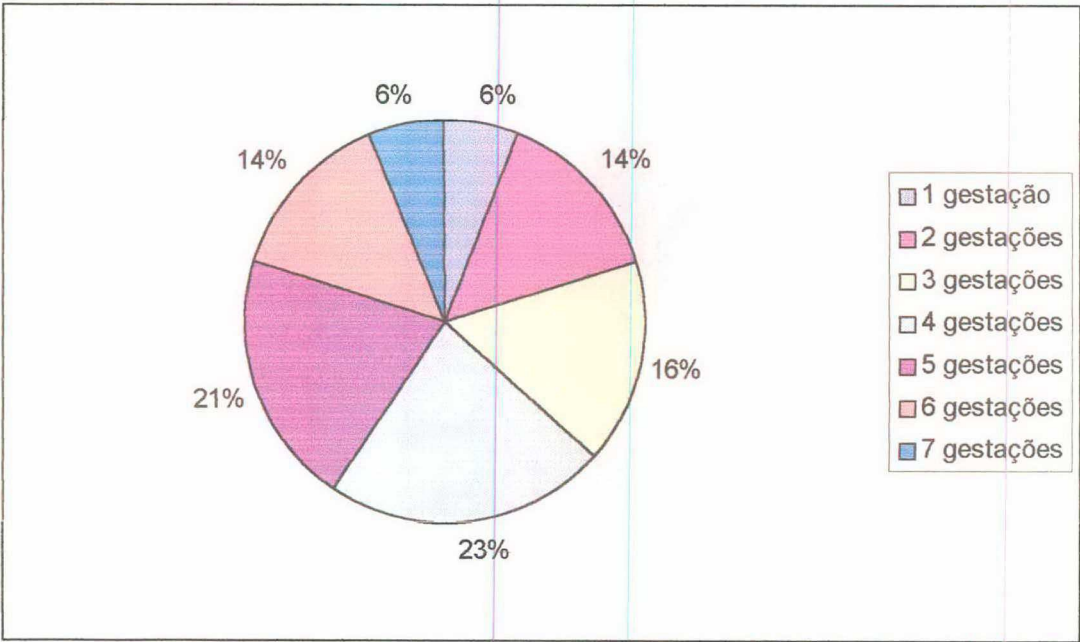
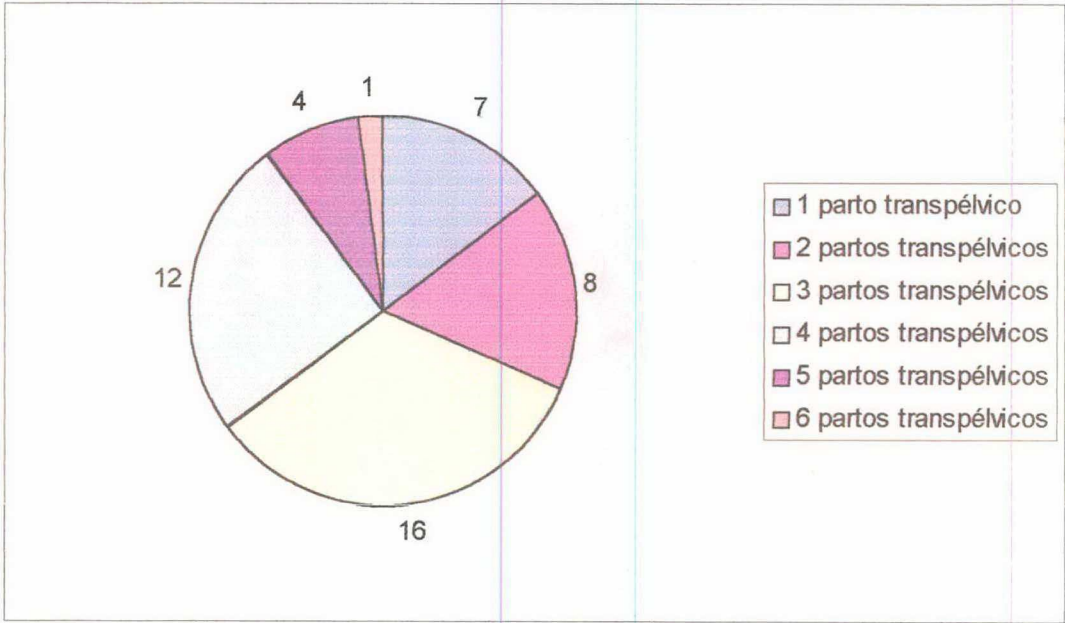


GRÁFICO 02 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com o número de partos transpélvicos



Das 49 pacientes avaliadas, obteve-se um total de 177 partos, sendo 32 apenas via cesariana (18%). A grande maioria (67%) teve 3 ou mais partos vaginais.

Tivemos uma média de 3,6 anos entre o início dos sintomas e a realização da cirurgia:

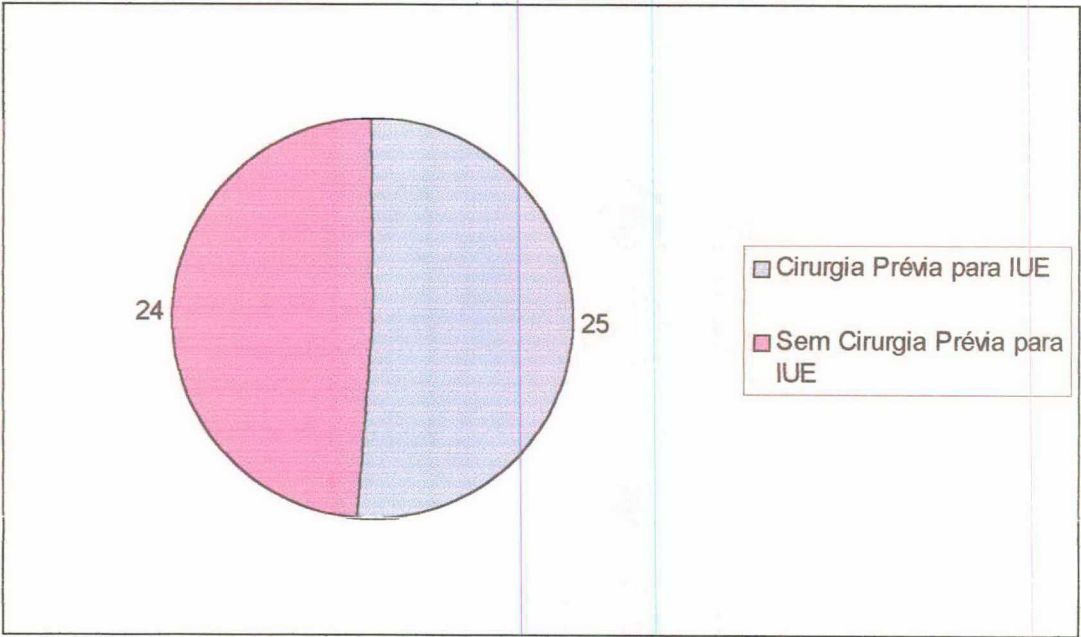
TABELA 03 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com o tempo em anos, entre o início dos sintomas de IUE e a cirurgia

TEMPO (anos)	Nº (pacientes)	%
0 – 1	01	2,00
1 – 2	04	8,25
2 – 3	17	34,60
3 – 4	10	20,40
4 – 5	06	12,25
5 – 6	04	8,25
6 – 7	01	2,00
> 7	06	12,25
TOTAL	49	100%

TABELA 04 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com a gravidade dos sintomas de IUE

TIPO	Nº	%
LEVE	14	28,57
MODERADA	29	59,18
GRAVE	06	12,25
TOTAL	49	100%

GRÁFICO 04 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho de acordo com a história de cirurgia prévia para IUE



Das 49 pacientes, 25 (51%) já haviam sido submetidas à cirurgia prévia para correção de IUE.

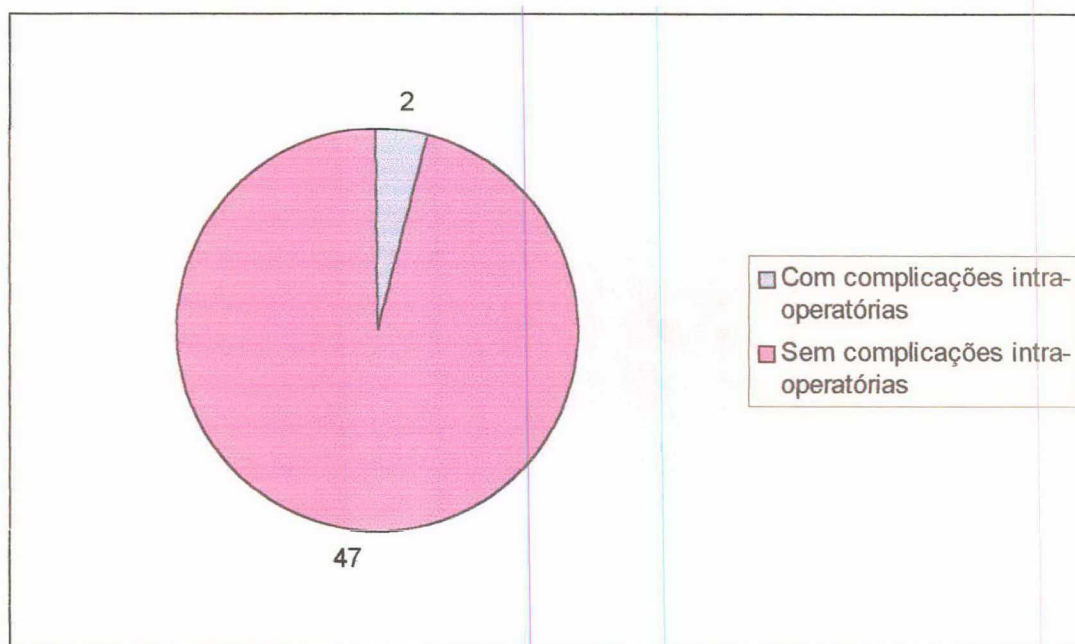
Dias de Internação – Quanto ao tempo de internação, apenas 10 pacientes (20%) necessitaram ficar mais de 3 dias internadas.

TABELA 05 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com as morbidades associadas

MORBIDADES	Nº	%
HAS	12	48
Mioma	04	16
DM2	03	12
Gastrite	02	8
Depressão	02	8
Combinadas *	02	8
TOTAL	25	100%

* Das duas pacientes, uma tinha combinada HAS com cardiopatia e a outra HAS com mioma.

GRÁFICO 05 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com as complicações intra-operatórias



Apenas em 2 casos houve referência quanto a complicações intra-operatórias. Em um caso houve crise hipertensiva grave, necessitando de medicação e em outro houve necessidade de abertura vesical voluntária, devido a aderências importantes.

Complicações pós-operatórias imediatas – Considerando complicações pós-operatórias imediatas aquelas pacientes durante a internação, excluindo retenções urinárias, tivemos apenas um caso, com hematoma retropúbico importante, necessitando reintervenção cirúrgica. Tratava-se de paciente com válvula mitral metálica, em uso de anticoagulante (enoxaparina).

Complicações pós-operatórias após alta hospitalar – Houve referências em 8 casos (16%) de complicações após a alta, no controle pós-operatório de 30 dias.

TABELA 06 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com as complicações após alta hospitalar, no controle pós-operatório de 30 dias

COMPLICAÇÕES	Nº	%
Infecção urinária	04	8,25
Infecção de parede	03	6,10
Hematoma de parede	01	2,00
Nenhuma	41	83,65
TOTAL	49	100%

TABELA 07 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com a ocorrência de retenção urinária, após retirada da sonda

RETENÇÃO	Nº	%
SIM	12	24,50
NÃO	37	75,50
TOTAL	49	100%

Das 12 pacientes que tiveram retenção urinária, apenas 4 permaneceram por mais de 7 dias (8, 14, 30 e 38 dias).

TABELA 08 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com as cirurgias concomitantes

CIRURGIA	Nº	%
Perineoplastia posterior	15	30,6
Histectomia abdominal	08	16,3
Nenhuma	26	53,1
TOTAL	49	100%

Das 49 pacientes submetidas à cirurgia de Burch, em 32 casos (65,3%) foi realizado estudo urodinâmico prévio, sendo que em nenhum caso foi diagnosticado instabilidade do detrusor.

4.2 Avaliação das pacientes após dois anos

O tempo mínimo entre a cirurgia e a reavaliação atual foi de 25 meses e o maior tempo de 63 meses, média de 44 meses.

GRÁFICO 06 – Distribuição das 49 pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, de acordo com a recidiva da incontinência urinária, após 2 anos

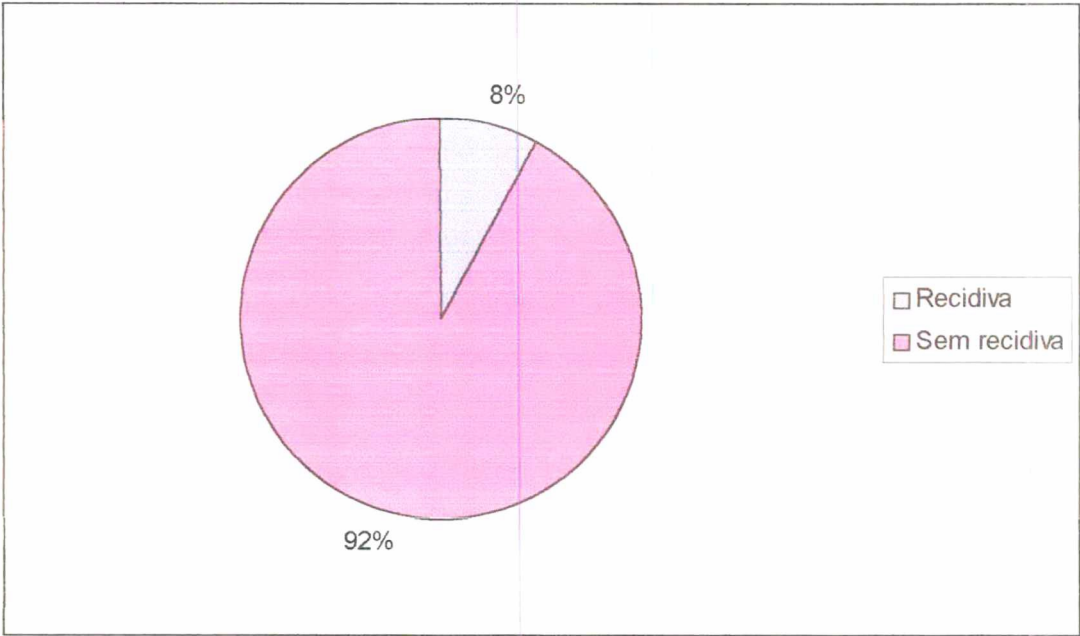


TABELA 09 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, com ou sem recidiva, de acordo com idade, IMC, partos vaginais, tempo de IUE, gravidade e retenção urinária pós operatória

FATORES	SEM RECIDIVA	COM RECIDIVA
Idade média	52,56	51,25
IMC médio	25,46	26,62
Partos vaginais (média)	3,02	3,00
Tempo de IUE	3,84	3,75
% casos de IUE grave	9,09	50,00
% retenção urinária PO	27,27	0,00

Todas as quatro pacientes com recidiva foram submetidas a estudo uridinâmico, sendo que em 3 casos não foi verificado contrações involuntárias vesicais. Foi indicado nova intervenção cirúrgica, pela técnica de Sling, em dois casos. Uma paciente apresentou recidiva leve da IUE e o estudo urodinâmico demonstrou instabilidade do detrusor, associada à insuficiência esfíncteriana intrínseca. Obteve melhora com fisioterapia perineal associada a medicação. Outra paciente, apresentou IUE leve, sem anormalidades no estudo urodinâmico e obteve melhora com a fisioterapia.

GRÁFICO 07 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho, na reavaliação após o período de 2 a 5 anos, quanto a presença ou ausência de enterocele

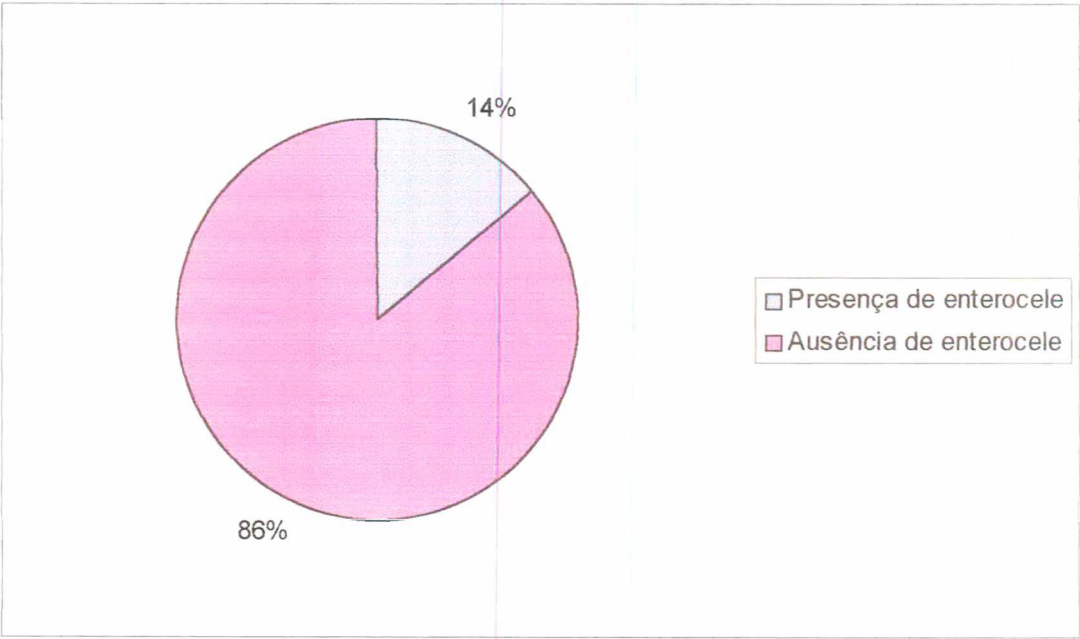
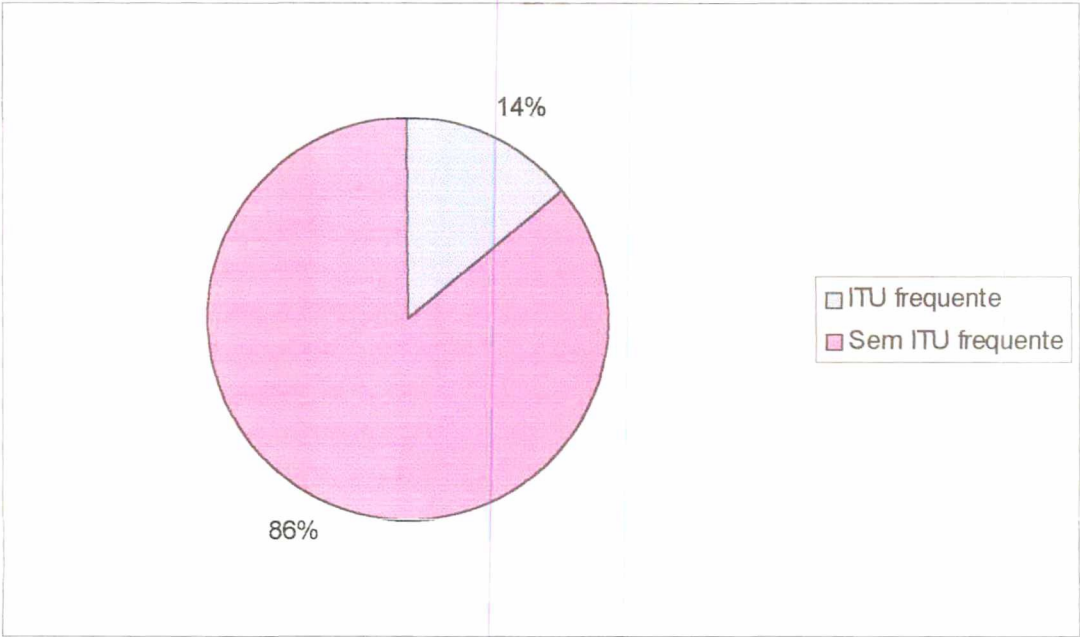


GRÁFICO 08 – Distribuição das pacientes submetidas à cirurgia de Burch-Tanagho na reavaliação após o período de 2 a 5 anos, quanto a presença ou ausência de ITU freqüente



5 DISCUSSÃO

A incontinência urinária de esforço (IUE) é uma situação bastante frequente. Em nosso meio a cirurgia de Kelly-Kenned foi utilizada, como primeira escolha para tratamento, até alguns anos atrás. A colpocistourethropexia suprapúbica de Burch ou outras técnicas só eram indicadas em casos de recidiva. O que explica que 49% das pacientes avaliadas já haviam sido submetidas à cirurgia prévia para correção de incontinência urinária.

O estudo urodinâmico é muito importante na avaliação pré-operatória, pois vai determinar o diagnóstico de incontinência urinária de esforço por hipermobilidade do colo vesical [13], que terá os melhores resultados pela técnica avaliada neste trabalho. A incontinência urinária de esforço esfinteriana, ou seja, aquela causada pela lesão intrínseca da uretra, terá melhores resultados no tratamento cirúrgico com os “slings” ou injeções periuretrais. [20]. Já a incontinência por instabilidade do detrusor tem o tratamento clínico como eleição. Em nossa amostra, cerca de um terço das pacientes não realizaram o estudo urodinâmico prévio à cirurgia. Isto se deve ao fato que parte das pacientes são do sistema público de saúde, que em nosso meio não disponibiliza este exame. Uma anamnese bem conduzida e um exame físico bem feito podem selecionar bem as pacientes, contudo não é o padrão ideal [22]. Uma das pacientes que apresentou recidiva não havia feito o exame prévio e demonstrou instabilidade do detrusor em exame posterior.

A IUE se apresenta em média ao redor dos 48 anos [16]. Nossa média de idade, no momento da cirurgia foi de 52 anos, o que é compatível com a literatura, pois tivemos uma média de 3,6 anos entre o início dos sintomas e a cirurgia.

Não há evidências definitivas da influência do aspecto racial tanto na incidência, quanto no resultado do tratamento da IUE [16]. A menor prevalência das pacientes afro-brasileiras deve-se a características locais.

De todos os fatores predisponentes para a IUE o mais importante é o parto normal, agravado quando o período expulsivo é prolongado ou necessita do uso de fórceps [21]. Na nossa amostra a grande maioria, cerca de 67%, tiveram 3 ou mais partos vaginais.

A gravidez, mesmo quando não terminada em parto vaginal, pode contribuir para o aparecimento da IUE, devido o aumento da tensão sobre a pelve e o eventual trabalho de parto inicial [27]. Em 20% dos casos avaliados, havia referência a apenas uma ou duas gestações.

A obesidade pode ser um fator importante para o aparecimento da IUE, na medida que aumenta a pressão sobre a musculatura pélvica. Entre as pacientes do estudo, 44,8% apresentavam peso acima do normal. O IMC anormal pode estar associado a mais complicações, tanto anestésicas quanto cirúrgicas. A obesidade também pode contribuir para a recidiva da IUE. Como o número de complicações e recidivas foi pequeno, não é possível confirmar esta associação com nossa amostra.

Das 49 pacientes avaliadas, 40 eram da raça caucasiana e 9 da raça negra, provavelmente, devido a características geográficas.

A intensidade da IUE pode ter uma avaliação subjetiva, baseada na intensidade do esforço necessário para desencadear o quadro [28]. A grande maioria das pacientes operadas referiam um quadro moderado de incontinência (59%).

A sondagem vesical é importante como referência na técnica cirúrgica e evolução no pós operatório. Nas descrições originais a orientação é para manter a sonda por 3 a 5 dias. [28, 12]. Nas revisões mais atuais a longa permanência da sonda tem se demonstrado desnecessária [29]. Nossa rotina de manter a sonda por apenas 24 a 36 horas não determinou um índice de retenção urinária acima da média de outros autores [29,30]. Das 12 pacientes que apresentaram algum grau de retenção urinária, apenas 4 (8,1%) ficaram com sonda por mais de uma semana (8, 14, 30 e 38 dias). Com a redução do tempo de sonda, tivemos também uma redução do tempo de internação, sendo que 80% das pacientes permaneceram apenas 3 dias internadas.

A presença de co-morbidades pode colaborar para o aparecimento de complicações. Metade das pacientes apresentavam alguma outra alteração clínica, sendo a hipertensão a mais

freqüente. Era de se esperar esta incidência, já que quase 50% estavam com mais de 50 anos de idade.

A realização de cirurgias concomitantes é freqüente em várias casuísticas [28,29,30] e se deve a dois principais fatores:

Primeiro a questão de oportunidade, ou seja, aproveitar uma indicação mais urgente, para a correção da IUE e segundo, pela realização da perineoplastia posterior, quando ainda não realizada, para melhora estética e dos resultados da colpocistourethropexia suprapúbica. [28,29]

A incidência de complicações no per-operatório é pequena, geralmente associada à comorbidades ou lesão vesical e sangramento [30,31]. Tivemos apenas duas referências (crise hipertensiva e necessidade de abertura vesical), ambas sem consequências posteriores.

Além da retenção urinária, as complicações durante a internação não são freqüentes, podendo ser tromboembólicas, infecciosas e hemorrágicas. Tivemos apenas um caso de re-intervenção, devido volumoso hematoma retropúbico, apesar da colocação de drenos. Complicação, neste caso, potencializada por co-morbidade (uso de anticoagulantes).

Entre as complicações após a alta hospitalar, a infecção urinária é a mais comum [27,29,30]. Tivemos 4 casos (8,2%), o que é um índice pequeno, pois a literatura assinala índices em torno de 20%. Esta redução pode ter sido determinada pela redução do tempo de sondagem vesical, pois o risco de infecção aumenta de 6 a 7% por dia com a duração da cateterização [29]. Outras complicações foram infecção de parede (3 casos) e hematoma de parede (1 caso).

Outras complicações descritas [28,30], como ligadura ou lesão ureteral, lesão uretral, transfixação vesical, fistulas, necessidade de nova intervenção devido retenção urinária permanente ou choque não foram verificadas em nossa casuística.

A taxa de cura, após dois anos da cirurgia, tem sido de 75 a 94% segundo diversos autores [8, 28,30,31]. Nos nossos casos a taxa de cura, após o mínimo de dois anos, foi de 92%. Alguns artigos referem uma taxa de falha um pouco maior, após um período de observação acima de cinco anos [12].

Como o número de falhas foi pequeno, não é possível avaliar a significância de alguns fatores teoricamente importantes para a recidiva, como a idade, IMC, tempo de IUE e a gravidade da IUE.

A realização da cirurgia de Burch via laparoscopia tem sido preconizada por alguns autores, contudo os resultados não têm justificado a realização desta técnica [29].

A ocorrência de enterocele é uma complicação da colpocistourethropexia, referida já por BURCH em seu artigo original, quando sugeria a aproximação dos ligamentos útero-sacro, se fosse realizado a histerectomia concomitante [31].

A simples elevação do colo vesical, expõe o compartimento posterior da pélvis, a pressão abdominal. Em 14% das pacientes operadas, a enterocele foi diagnosticada na avaliação após dois anos de cirurgia. Este índice costuma ser maior, na técnica original de Burch ou quando não é realizado a perineoplastia posterior [29,31].

A mudança da estática pélvica e o eventual resíduo urinário podem estar associados a ocorrência de infecção urinária de repetição [23,29]. Este quadro foi referido em 7 pacientes, na entrevista após dois anos da cirurgia.

De acordo com o descrito na literatura, comprovou-se a baixa taxa de morbidade desta técnica, bem como sua eficácia no tratamento da incontinência urinária de esforço. A progressiva melhora dos resultados tem sido muito gratificante para as equipes que têm investido nesta técnica.

6 CONCLUSÃO

A colpocistouretopexia retropúbica não é uma cirurgia de difícil execução, com bases anatômicas bem definidas e que justificam a sua realização. As complicações peri e pós-operatórias são pouco frequentes, bem como as recidivas com este tipo de cirurgia.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 NIH/CDC – NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE. Urinary incontinence in adults. JAGS 38(3): 265-2, 1990.
- 2 CHIARELLI P, BROWN W, McELDUFF. Leaking urine: Prevalence and associated factors in Australian women. Neurourol Urodyn 18: 567-77, 1999.
- 3 RAZ S, SUSSMAN EM, ERICKSON DR, BREGG KJ, NITTI VW. The Raz bladder neck suspension results in 206 patients. J Urol. 148: 845, 1992.
- 4 THOMPSON JD, ROCK JA: Te Linde's Operative Gynecology 1992; 33: 901-920
- 5 COLOMBO M, VITO BELLO D, PROIETTI F: Randomised comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. Br J Obstet Gynaecol 2000; 107: 544-551
- 6 STANTON SL. Stress Incontinence – Why and how operations work. Urol Clin N Am 1985; 12 (2) : 279 – 284.
- 7 BURCH J. Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. Am J Obstet Gynecol 1968;100: 764 – 772.
- 8 PETERS VA, THORTON WN: Selection of the primary operative procedure for stress urinary incontinence. AM J Obstet Gynecol 1980; 137: 923-930
- 9 AMAYE-OBU FA, DRUTZ HP: Surgical Management of Recurrent Stress Urinary Incontinence: A 12-Year Experience. Am J Obstet Gynecol 1999; 181: 1296-1309
- 10 TANAGHO EA: Colpocistourethropexy: The Way We do It. The Journal of Urology USA, 1999;116: 752-753.
- 11 STAMEY TA . Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in females report on 203 consecutive cases. Ann Surg 1980; 192: 465 – 471.

- 12 ROSAS SAF** Actualización en Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en Mujeres
Servicio de Uroginecología Hospital General Regional N° 46 Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Jalisco, México. 2003
- 13 ABRAMS P, BLAIVAS JG, STANTON SL, ANDERSEN JT.** The International Continence Society Committee on Standardization of Terminology: the standardization of terminology of lower urinary tract function. Scand J Urol Nephrol. 1988;114(suppl):5-19
- 14 ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M** The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Neurourol Urodyn. 2002;21:167-178.
- 15 HUNSKAAR S** Presentado en: SIC Annual Meeting, August 28-30, 2002 Heidelberg, Germany
- 16 KINCHEN K.** Presentado en: EUA Anual Meeting; Feb 23-26, 2002, Birmingham, UK
- 17 WILSON L, BROWN JS, SHIN GP, LUC KO, SUBAK LL.** Annual direct cost of urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2001;98:398-406.
- 18 DE LANCEY J:** Anatomy of the Female Bladder and Urethra In Ostergard Dr, Bent AE: Urogynecology and Urodynamics. Theory and Practice 4th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore MD USA, 1996.
- 19 TORRENS N, MICHAEL J.,** Clinical Gynecologic Urology, Stuart L. Stanton. 2, 13-21, 1984
- 20 McGUIRE EJ, FITZPATRICK CC, WAN J, BLOOM D, SANVORDENKER J, RITHEY M, GORMELY A.** Clinical assessment of urethral sphincter function. J Urol 1993; 150: 1452-4.
- 21 RICHARD C, BUMP RC.** Discusión epidemiología de la incontinencia urinaria. Urology 50 (Suplemento 64); 4-14, 1997.
- 22 WEIDNER AC, MYERS ER, VISCO AG, CUNDIFF GW, BUMP RC.** Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? Am J Obstet Gynecol. 2001;184:20-27.
- 23 PALMA PCR, RETTO HF.** Metanálise dos métodos diagnósticos da incontinência urinária de esforço. Acta Med Port 1996; 9: 41-4.
- 24 DIOKNO A.** The benefits of conservative management for SUI. Contemp Urol 1996; 8: 36-48.

- 25** STANTON SL, CARDOZO LD. Results of the colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br J Obstet Gynecol* 1979; 86: 693-7.
- 26** POLITANO VA. Periurethral polytetrafluoroethylene injection for urinary incontinence. *J Urol* 1982; 127: 439-42.
- 27** BLAIVAS JG, OLSSON CA. Stress incontinence: classification and surgical approach. *J Urol* 1988; 139: 727-30.
- 28** BURCH JC: Uretrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 81: 281-290
- 29** LAPITAN MC, CODY DJ, GRANT AM, COCCHAENE - Open Retropubic Colposuspension for urinary incontinence in women.
- 30** M. ALMEIDA, J. COLAÇO, H. SANTOS PEREIRA, A. VIEIRA, V. GONÇALVES; H. RETTO Serviço de Ginecologia. Unidade de Uroginecologia do Hospital Garcia de Orta: Almada AM Portuguesa 2004; 17: 15-19
- 31** BURCH JC: Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 100: 764-774

ANEXO 1

FICHA DE COLETA DE DADOS CIRURGIA BURCH-TANAGHO

Nome	
Registro/Hospital	
Data da Cirurgia	
Endereço e contatos	

Idade	
Peso	
Altura	
Cor	
Gestações	
Partos vaginais	
Cesarianas	
Abortos	
Tempo de IUE	
Grau de IUE (L/M/G)	
Cirurgia prévia para IUE	
Outras cirurgias prévias	
Morbidades	
Estudo Urodinâmico	
Distopias genitourinárias	
Cirurgias concomitantes	
Dias de internação	
Complicações intraoperatórias	
Complicações pós-operatórias imediatas	
Retenção urinária	
Se retenção, tempo de sonda	
Complicações pós-operatórias após alta (até 30 dias)	

ANEXO 2

FICHA DE COLETA DE DADOS

AVALIAÇÃO, APÓS UM PERÍODO MÍNIMO DE DOIS ANOS, DE PACIENTES
SUBMETIDAS À CIRURGIA DE BURCH-TANAGHO

Nome	
Número de registro / Hospital	
Data da avaliação	
Data da cirurgia	

Voltou a ter IUE após a cirurgia?	
Se teve, iniciou quanto tempo após operar?	
Já fez nova cirurgia?	
Fez fisioterapia pélvica para IU?	
Fez uso de medicações?	
Se teve IU, o estudo urodinâmico mostrou o que?	
Outras queixas urinárias?	
Teve infecção urinária freqüente (mais de uma ao ano)?	
Alteração da estática pélvica ao exame físico	
Observações	



04008851