CORREÇÃO CIRÚRGICA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA (DOIS CASOS)

OSCAR REINGANTZ PERNIGOTTI

Embora infreqüente, 4,1% (1), é sem dúvida a incontidência de urina a pior complicação de prostatectomia.

A causa é dilaceramento da uretra ao nível do bico prostático destruindo a musculatura lisa que por seu tonus contém a urina.

A culpa atribuída ao esfíncter estriado é apenas uma meia verdade pois ele age por sua contração, juntamente com a musculatura perineal por ocasião do esforço, como por exemplo na tosse (2) (3).

O paciente com incontidência total passa a sofrer de uma enfermidade penosa tornando-se praticamente um inválido.

Um grande número de técnicas foi proposto para sua correção, (4, 5 e 6) visando criar um obstáculo à passagem de urina:

I — Técnicas visando a suspensão tipo operação de Marschall Marchetti.

II — Técnicas visando suspender a uretra e ao mesmo tempo comprimir a uretra utilizando diversos materiais:

Tendão (Kuss), fita de fascia lata (Millin), aponevrose dos grandes retos (Kauffer) sendo colocados pré-púbicos ou retropúbicos.

III — Técnicas que visam diminuir o colo vesical e loja prostática, ressecando-os parcialmente (Young).

IV — Técnicas que visam comprimir a uretra (esfíncter estriado do ânus, Vergès-Flaguè) ou reduzir seu calibre

(cerclage de Lowsly e Hunt). Os resultados têm sido maus e inconstantes. Puigvert (7) refere bons resultados com a transposição dos corpos cavernosos, técnica de muito fácil execução que realiza uma compressão da uretra bulbar.

Pela sua simplicidade resolvemos realizá-la em dois casos e os bons resultados que obtivemos levou-nos a comunicar o fato, sugerindo o seu emprego em nosso meio.

O processo utilizado por Puigvert consiste na formação de uma cinta sub-uretral utilizando corpo cavernoso.

T É C N I C A :

1. Posição ginecológica com pernas afastadas;
2. Incisão longitudinal desde a raiz da bolsa escrotal até 1 cm do ânus.
3. Incisão dos diversos planos até o músculo bulbo-uretral, exclusive.
4. Dissecção lateral até o corpo cavernoso — antes à esquerda, depois à direita.
5. O corpo cavernoso é desprendido de sua inserção no isquion até 1 cm de sua raiz que não é tocada.
6. Girando o corpo cavernoso de um e outro lado, sobre seu eixo longitudinal, eles se aproximam da linha média.

* Livre docente de Clínica Urológica
Prof. Adjunto da Fac. de Medicina da UFRGS — Dep. Cirurgia

7. A face do corpo cavernoso que então se apresenta para o cirurgião é incisada longitudinalmente 1,5 cm.
8. Com catgut cromado é feita a anastomose do bordo interno de um e outro corpo cavernoso. Com o mesmo tipo de fio é feita a sutura dos bordos externos da incisão de um e outro corpo cavernoso.

A primeira sutura torna-se posterior e a segunda anterior, ficando os corpos cavernosos intercomunicantes, com o formato de um H comprimindo a uretra.

9. Sutura por planos e drenos (48 horas).

O autor chama a atenção para a compressão exagerada que pode levar à necrose e fístula uretro-perineal.

Outrossim a sonda colocada durante dois ou três dias não deve ser de calibre maior que 14 a fim de evitar isquemia de uretra bulbar por compressão.

C A S O 1

— J. R. branco, casado, 70 anos.

Consultou em 18.01.73, relatando a seguinte história:

Prostatectomia há 1 ano. Teve alta do Hospital com incontinência total de urina, necessitando desde então utilizar forros para proteger as rupas. Não era incontinente à noite. Uretrocistografia evidenciou pequena loja e boa abertura do colo vesical.

Cirurgia no H. Beneficência Portuguesa em 7.4.73. Dreno perineal dois dias, sonda uretral 3 dias, nenhuma complicação pós-operatória.

Revisão em 22 de junho de 73 — Micção normal, cicatrização normal.

C A S O 2

— Q. M. branco, viúvo, 65 anos.

Relata que foi submetido a prostatectomia em setembro de 72. Já saiu do Hospital com incontinência total de urina. Em novembro, além de incontinência apresentou também piúria, disúria e dor perineal. A uretrocistografia revelou também esclerose de colo vesical:

Fiz ressecção endoscópica do colo vesical em 5.12.72 extirpando 1,5 gramas de tecido (anat. patológico, fibrose).

Desapareceu a disúria, a piúria e a dor, permanecendo no entanto, a incontinência de urina.

Em fevereiro de 73 — Operado no Hospital Ernesto Dornelles, transposição perineal dos corpos cavernosos. Pós-operatório simples, sem complicação. Dreno 48 horas, sonda retirada no terceiro dia. Houve pequena supuração de um ponto de multinylon na pele.

Em 2.4.73 — Continência perfeita.

Polaciúria noturna duas vezes, micção normal.

É uma cirurgia simples, rápida, necessitando poucos dias de hospitalização e que vale a pena ser tratada, em benefício desses pacientes tão frequentemente abandonados às fraldas.

B I B L I O G R A F I A

1. JOLY, J. P., Remarques statistiques sur l'incontinence d'urine après adénomectomie prostatique. *Journal D'Urologie et N.* 73, 1967, nº 7 — 8, pág. 615 — 620.
2. PERNNINGTON, L. e Col., An Elastic Ring of Tissue in the male uretra: it's probable relation ship to primari intrinsic uretral resistance and incotitance following prostatectomy. *The journal of Urology*, vol. 84, nº 3 set. 1960.
3. PERNIGOTTI, O. Contribuição ao Estudo da Bexiga Neurogênica. Tese, Fac. Medicina P. Alegre, 1959.
4. THOMPSON, I. Incontinence following prostatectomy — *The Journal of Urology*, T 86, nº 1, julho 1961 pág. 130.
5. UHLE, W. et Col. Post prostatectomy urinary incontinence. *The Journal of Urology*, T 83 nº 4 — 1960, pág. 454.
6. KAUFMAN, J. Surgical tratment of post prostatectomy incontinence: use of penile crura t ocompress the bulbons urethra. *The Journal of Urology* — tomo 107, nº 2 — 1972 pág. 293.
7. PUIGVERT, Antonio, Tratado de Operatória Urológica — Editorial Labor S. A., Barcelona — 1972.