

CAMILA FINGER VIECELLI¹

DÉBORA CRISTINA SIMÃO DOS SANTOS²

WOLFGANG WILLIAN SCHMIDT AGUIAR³

SÉRGIO HOFMAISTER MARTINS-COSTA⁴

HELENA VON EYE CORLETA⁵

JOSÉ GERALDO LOPES RAMOS⁶

Obesidade como fator de risco para a falha da cirurgia de Burch

Obesity as a risk factor to Burch surgery failure

Artigo original

Palavras-chave

Incontinência urinária por estresse/cirurgia
Incontinência urinária por estresse/terapia
Procedimentos cirúrgicos urológicos/métodos
Complicações pós-operatórias
Obesidade/complicações
Feminino

Keywords

Urinary incontinence, stress/surgery
Urinary incontinence, stress/therapy
Urological surgical procedures/methods
Postoperative complications
Obesity/complications
Female

Resumo

OBJETIVO: observar o impacto da obesidade e de outros fatores de risco sobre a taxa de falha das pacientes submetidas à cirurgia de Burch para tratamento da incontinência urinária. **MÉTODOS:** estudo de casos de pacientes submetidas à cirurgia de Burch no período de 1992 a 2003. As pacientes foram avaliadas no momento da segunda consulta pós-operatória (66 dias em média) e com um ano de acompanhamento, e classificadas em dois grupos: Continentes e Não Continentes. As variáveis analisadas foram: idade, paridade, índice de massa corpórea (IMC), tempo de menopausa, tempo de terapia de reposição hormonal, avaliação urodinâmica, história de infecção do trato urinário, cirurgia prévia para incontinência urinária, diabetes, cistocele e prolapso uterino, tempo de internação, necessidade de autossondagem, micção espontânea no pós-operatório e ferida operatória. Os dados foram analisados com o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences 14.0. Foram utilizados o teste t de Student ou Mann-Whitney, para comparação das variáveis contínuas, e os testes exato de Fisher e χ^2 , para variáveis categóricas ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** no momento da segunda avaliação pós-operatória, não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto às variáveis analisadas. Com um ano de seguimento, de um total de 97 pacientes, 81 apresentavam-se continentares e 16, não continentares, sendo o IMC e a altura diferentes entre os grupos. No Grupo Contínente, o IMC médio foi 27,1 e a altura de 1,57 m e, no Não Contínente, 30,8 ($p=0,02$) e 1,52 m ($p=0,01$). A Odds Ratio para $IMC > 30$ foi 3,7 (IC95%=1,2-11,5). **CONCLUSÕES:** a obesidade mostrou-se um importante fator de risco para a falha da cirurgia no primeiro ano de acompanhamento. Os resultados demonstram que pacientes com $IMC > 30$ têm chance 3,7 vezes maior de apresentarem-se não continentares após um ano da cirurgia de Burch em relação às não obesas.

Abstract

PURPOSE: to observe the impact of obesity and other risk factors on the rate of failure in patients submitted to Burch's surgery for the treatment of urinary incontinence. **METHODS:** cases study of patients submitted to Burch's surgery, from 1992 to 2003. Patients were evaluated at the second post-surgery appointment (average 66 days) and after one-year follow-up, and classified in two groups: Continent and Non-continent. Variables analyzed were: age, parity, body mass index (BMI), menopause duration, duration of hormonal therapy, urodynamics evaluation, history of urinary tract infection, previous urinary incontinence surgery, diabetes, cystocele and uterine prolapse, time spent in hospital, necessity of self-probing, post-surgical spontaneous micturition, and surgical wound. Data were analyzed with the Statistical Package for Social Sciences 14.0 statistical package. For the comparison of continuous variables, Student's t test or Mann-Whitney test were used, and Fisher exact and χ^2 tests, for the categorical variables ($p < 0.05$). **RESULTS:** at the second post-surgical evaluation, there was no significant difference between the two groups, concerning the variables analyzed. After one-year follow-up, from a total of 97 patients, 81 were continent and 16, non-continent, BMI and height being different between the groups. In the continent group, average BMI was 27.1 and height, 1.57 m, and, among the non-continent, 30.8 ($p=0.02$) and 1.52 m ($p=0.01$). The $BMI > 30$ Odds Ratio was 3.7 (CI95%=1.2-11.5). **CONCLUSIONS:** obesity has shown to be an important risk factor for the surgery failure in the first follow-up year. Results show that patients with $BMI > 30$ have 3.7 times more chance of being non-continent one-year after Burch's surgery than non-obese patients.

Correspondência:

Camila Finger Viecelli
Rua Machado de Assis, 855, apto. 1.505 – Jardim Botânico
CEP 90620-260 – Porto Alegre (RS), Brasil
Fones: (51) 3273-7269/99179687
E-mail: camila.f.v@bol.com.br

Recebido

6/9/07

Aceito com modificações

13/4/09

Ambulatório de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Pós-graduanda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

² Residente do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Estagiário do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴ Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵ Professora-associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁶ Professor-associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Chefe do Setor de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

Introdução

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda involuntária de urina. Com o aumento da expectativa de vida das mulheres, a IU se tornou uma causa importante de limitação das atividades nos grupos etários mais avançados, além de determinar impacto significativo sobre os gastos com a saúde¹.

A IU aos esforços (IUE) está relacionada à hiper-mobilidade ou deficiência uretral intrínseca, ocorrendo perda urinária quando há aumento da pressão intra-abdominal. O tratamento pode ser conservador (exercícios perineais, cones vaginais, eletroestimulação, biofeedback, terapia de reposição hormonal (TRH) e neurofármacos) ou cirúrgico¹.

Vários procedimentos cirúrgicos têm sido empregados para o tratamento da IU, entre eles: colpossuspensão retropúbica aberta (Burch, Marshall-Marchetti-Krantz, reparo de defeito paravaginal), reparo vaginal anterior (colporrafia anterior), procedimento suburetral de cinta (sling), suspensão com agulha (Pereyra), injeção periuretral, esfíncter artificial, suspensão retropúbica laparoscópica. Uma revisão da Cochrane, comparando-os entre si, mostra a superioridade da colpossuspensão retropúbica aberta².

A técnica de Burch para colpossuspensão continua sendo o padrão-ouro como cirurgia para IU, embora outras técnicas venham apresentando resultados similares e tornando-se mais populares³. Desde 1961, quando foi descrita, a técnica foi pouco modificada. A cirurgia consiste na plicatura e aproximação da fásia pubocervical de cada lado da uretra média e colo vesical aos ligamentos ileopectíneos ipsilaterais. Para a realização dessa técnica, é importante que a vagina tenha uma capacidade e mobilidade adequada para que os fórnices laterais possam alcançar cada ligamento ileopectíneo ipsilateral¹.

A colpossuspensão retropúbica aberta é o tratamento mais efetivo para IUE, especialmente a longo prazo, com taxas de 85 a 90% de continência em um ano e 70%, em cinco anos². A cirurgia de Burch mostrou-se superior à cirurgia de Marshall-Marchetti-Krantz e ao reparo de defeito paravaginal. Não houve aumento de morbidade ou de complicações quando comparada a outros métodos, percebendo-se apenas maior risco de prolapso de órgãos pélvicos no pós-operatório quando comparada com colporrafia anterior e a cirurgia de sling².

Vários aspectos têm sido estudados como possíveis fatores de risco para falha de cirurgias para IU, dentre eles paridade, menopausa sem TRH, cirurgia pélvica prévia, grau de prolapso de órgãos pélvicos e obesidade.

Recentemente, um ensaio clínico randomizado avaliou diversas características pré-operatórias que poderiam ser preditoras de falha de cirurgias para IU. As pacientes foram

submetidas à operação de Burch ou sling e acompanhadas por 24 meses. Os autores concluíram que as variáveis, que são fatores de risco para falha, são as mesmas para as duas técnicas cirúrgicas: sintomas pré-operatórios de urgência, prolapso mais avançados e menopausa sem reposição hormonal⁴.

Dentre os fatores de risco para falha cirúrgica, a obesidade é cada vez mais importante pelo seu crescente aumento de incidência na população em geral, especialmente em mulheres. É um problema crítico de saúde pública, contribuindo com o aumento da morbidade de diversas doenças crônicas. As desordens do assoalho pélvico, incluindo prolapso de órgãos pélvicos, IU e fecal são algumas das condições médicas especialmente afetadas de forma negativa pela obesidade⁵.

Ainda há controvérsias em relação à obesidade e IU. Alguns estudos epidemiológicos têm demonstrado associação da obesidade com IU, com a Odds Ratio para presença de IU aumentando 1,6 a cada 5 unidades de aumento no índice de massa corpórea (IMC)⁵ e provável piora na evolução pós-operatória.

Dessa forma, com o progressivo aumento da incidência de obesidade em todo o mundo, torna-se importante avaliar o impacto dessa condição sobre o resultado das cirurgias para IU. O objetivo desta amostra é, portanto, avaliar os índices de sucesso e complicações da cirurgia de Burch e os fatores relacionados às falhas dessa técnica.

Métodos

Foi realizado um estudo de casos retrospectivo, no qual foram revisados os prontuários das pacientes atendidas no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e submetidas à cirurgia de Burch, no período de 1992 a 2003.

A indicação da cirurgia baseou-se na queixa de perda urinária sob esforço comprovada através do exame físico, com ou sem avaliação urodinâmica, demonstrando perda urinária. Todas as pacientes apresentavam clinicamente sintomas de IUE ou mista. Foi realizado exame qualitativo de urina e urocultura pré-operatórios. Foram incluídas todas as pacientes que tiveram indicação de cirurgia de Burch para IUE ou mista. Foram excluídas as pacientes com acompanhamento pós-operatório inferior a seis meses e pacientes com sintomas de urgência urinária isoladamente. O sucesso da técnica foi avaliado através do relato de satisfação das pacientes.

A técnica aplicada consiste na plicatura e aproximação da fásia pubocervical de cada lado da uretra média e colo vesical aos ligamentos ileopectíneos ipsilaterais, com três pontos de cada lado. O fio utilizado foi o monofilamento de polipropileno tamanho 0. Cabe ressaltar que a técnica cirúrgica não sofreu nenhuma variação ao longo dos 11

anos e, mesmo sendo um serviço de residência, a equipe médica de orientação permaneceu a mesma.

Inicialmente, foram incluídas todas as pacientes (n=134) no momento da segunda consulta pós-operatória, que ocorreu em média de 66 dias após a cirurgia. Para avaliação da satisfação das pacientes com a cirurgia, as mesmas foram questionadas quanto à presença ou ausência de episódios de perda urinária após o procedimento: as mulheres que negaram novos episódios de incontinência foram consideradas continentas. Dessa forma, foram classificadas em dois grupos: Continentas (n=116) e Não Continentas (n=18).

Foram avaliados os seguintes aspectos no pré-operatório: idade, paridade (número de partos em geral, independente da via de parto), número de partos vaginais e de cesarianas, IMC=(peso/altura², considerando-se obesas as pacientes com IMC>30), *status* menopausal, tempo de menopausa (tempo, em anos, após a data da última menstruação), tempo de TRH (tempo, em anos, de uso de medicação hormonal para tratamento dos sintomas climatéricos) e presença ou ausência de *diabetes mellitus* diagnosticada. Entre os antecedentes relacionados ao trato urinário, foi verificada história de infecção do trato urinário (ITU) de repetição (relato de mais de três infecções urinárias em um ano) e cirurgia prévia para IU (relato de ter realizado previamente outra técnica cirúrgica para tratamento de IU com falha, como por exemplo, perineoplastia anterior e sling).

Ao exame físico, foi avaliada a presença de distopias pélvicas. Os casos de cistocele foram classificados como: cistocele de primeiro grau (prolapso da parede vaginal anterior, do meato uretral ao fórnice anterior, apresentando descenso até a metade inferior da vagina), cistocele de segundo grau (a parede vaginal anterior e a bexiga subjacente se estendendo até o hímen) e cistocele de terceiro grau (a parede vaginal anterior, uretra e bexiga subjacentes protruído além do hímen). Foram definidos como presença de prolapso uterino, os casos em que o colo uterino ou ápice vaginal descende à metade inferior da vagina, ou além desse ponto.

Na maioria dos casos, foi realizada avaliação urodinâmica pré-operatória. Foram avaliados: resíduo pós-miccional, primeiro desejo miccional, capacidade vesical máxima, presença de contrações não inibidas e presença de perda urinária. Os resultados foram classificados como: normal, bexiga hiperativa, presença de contrações não inibidas e IUE genuína (IUEG).

Durante o período de internação, observamos aspectos como o tempo de hospitalização (em dias), condições da ferida operatória – FO (classificada como normal, seroma, hematoma, deiscência e infecção), micção espontânea e episódios de retenção urinária no pós-operatório imediato. As pacientes que precisaram de sondagem de alívio foram

ensinadas a realizar a técnica de autossondagem, caso precisassem realizar o procedimento no domicílio.

Nas consultas ambulatoriais, para avaliar a continência, as pacientes foram questionadas quanto à presença ou ausência de episódios de perda urinária, sintomas de urgência, se houve necessidade de autossondagem e aspecto da ferida operatória.

Foi observado, também, o tempo total de seguimento das pacientes e os resultados das avaliações urodinâmicas pós-operatórias, quando necessárias.

Foi realizada a mesma análise com um ano de seguimento. Das 134 pacientes que participaram inicialmente do estudo, 37 não compareceram a esta avaliação, restando 97 mulheres com um ano de seguimento ou mais. Essas foram classificadas em dois grupos, conforme a satisfação com a cirurgia após um ano da sua realização: Continentas (n=81) e Não Continentas (n=16). As mesmas variáveis foram analisadas e comparadas entre os dois grupos.

Os dados foram armazenados e analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS 14.0. As variáveis contínuas (idade, paridade, peso, altura, IMC, número de partos vaginais e cesarianas, tempo de menopausa, tempo de uso de TRH, tempo de internação e tempo de seguimento) foram apresentadas com média e desvio padrão ou mediana e percentis interquartis, conforme seguissem ou não distribuição semelhante à normal. Dessa forma, o número de cesáreas e o tempo de menopausa foram descritos com mediana e percentis e as demais com média e desvio padrão. As variáveis categóricas (*status* menopausal, uso de TRH, resultado das avaliações urodinâmicas, história de ITU de repetição, cirurgia prévia para IU, diagnóstico pré-operatório de diabetes, presença de cistocele, grau de cistocele, presença de prolapso uterino, retenção urinária no pós-operatório, aspecto da ferida operatória, necessidade de autossondagem, presença de continência e sintomas de urgência nas consultas ambulatoriais subsequentes) foram descritas com frequências absolutas e relativas.

Foi utilizado o teste *t* de Student ou Mann-Whitney para comparação das variáveis contínuas entre os grupos, conforme os dados respeitassem ou não pressupostos paramétricos. Dessa forma, para comparar o número de cesáreas e tempo de menopausa entre os Grupos Continte *versus* Não Continte foi utilizado o teste de Mann-Whitney e para as demais variáveis contínuas o teste *t* de Student. Os testes exato de Fisher e χ^2 foram utilizados para comparação das variáveis categóricas entre os Grupos Continte e Não Continte. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e, por ser retrospectivo em prontuários, os pesquisadores não tiveram contato com as pacientes, que permaneceram no anonimato. Não houve conflito de interesses.

Resultados

Das 146 pacientes que foram submetidas à cirurgia de Burch no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA no período de 1992 a 2003, 134 pacientes apresentaram acompanhamento mínimo de seis meses após a cirurgia. Estas foram classificadas em dois grupos (no momento da segunda avaliação pós-operatória, com 66 dias de seguimento): Continentes (n=116) e Não Continentes (n=18). Não houve diferença significativa entre os dois grupos para os fatores avaliados: idade, paridade, IMC, tempo de menopausa, tempo de TRH, avaliação urodinâmica, história de ITU, cirurgia prévia para IU, diabetes, cistocele e prolapso uterino, tempo de internação, necessidade de autossondagem, micção espontânea no pós-operatório e ferida operatória.

Foi realizada a mesma análise com um ano de acompanhamento. Das 134 pacientes inicialmente incluídas, 37 não compareceram à avaliação de um ano, restando 97 mulheres. Dessas, 81 apresentavam-se continentas (83,5%) e 16, não continentas (16,5%).

Comparando as características de base e a taxa de cura do grupo de 37 pacientes que tiveram acompanhamento inferior a um ano, com as outras 97 que completaram um ano de seguimento, não houve diferença significante entre os dois grupos.

As características pré-operatórias dos Grupos Continte e Não Continte com um ano de seguimento estão demonstradas na Tabela 1. As únicas variáveis que apresentaram diferença significativa foram a altura e o IMC (Tabela 1). No Grupo Continte, o IMC médio foi de 27,1 e a altura 1,57 m, e nas Não Continentes foi de 30,8 (p=0,02) e 1,52 m (p=0,01), respectivamente. A Odds Ratio para IMC>30 foi 3,7 (IC95% = 1,2-11,5).

Do total de 134 pacientes do estudo, 81 foram submetidas à avaliação urodinâmica pré-operatória. Comparando os resultados pré-operatórios entre o grupo que evoluiu,

o Continte, e o Grupo Não Continte, com um ano de seguimento, foi observado que não houve diferença significativa entre os dois grupos (Tabela 2).

A média de idade das pacientes foi de 48,5 anos e a paridade de 3,9 filhos. O peso médio das pacientes foi de 66,6 kg; a altura média, 156 cm e o IMC médio de 27,4. Das 41 pacientes (30,6% do total de 134 pacientes) já em menopausa, o tempo médio de amenorreia foi de 11,8 anos. Dezenove das 134 pacientes tinham história de ITU de repetição (14,2%). Seis pacientes (4,5%) tinham diagnóstico de diabetes antes da cirurgia. Do total de

Tabela 1 - Características dos dois grupos (Continentes versus Não Continentes) com um ano de seguimento

Características	Continentes (n=81)	Não continentas (n=16)	Valor de p
Idade	47,7±9,7	50,0±7,5	0,37
Paridade	4,0±2,1	3,6±2,1	0,52
Número de partos vaginais	2,0 (2,0-4,0)	2,0 (1,2-4,0)	0,65
Número de cesáreas*	0 (0-1,0)	0 (0-1,0)	0,88
Peso	67,3±10,0	66,7±9,2	0,82
Altura	1,57±0,06	1,52±0,08	0,01
IMC	27,1±3,5	30,8±6,9	0,002
Menopausa	21 (25,9)	6 (37,5)	0,37
Tempo de menopausa*	9,0 (3,0-20,7)	8,5 (5,7-15,5)	0,78
TRH	7 (8,8)	3 (18,8)	0,36
História de ITU de repetição	10 (13,0)	0	0,35
Cirurgia prévia para IU	9 (11,1)	5 (31,3)	0,052
Diabetes	4 (4,9)	0	0,99
Cistocele	66 (82,5)	12 (75,0)	0,49
Grau de cistocele			
Grau I	23 (36,5)	2 (18,2)	
Grau II	39 (61,9)	8 (72,7)	0,21
Grau III	1 (1,6)	1 (9,1)	
Prolapso uterino	74 (94,9)	16 (100,0)	0,99

*Dados descritos com mediana e percentis 25 e 75. Demais dados contínuos descritos com média±desvio padrão. Dados categóricos descritos com n (%). IMC: índice de massa corpórea; TRH: terapia de reposição hormonal; ITU: infecção do trato urinário; IU: incontinência urinária.

Tabela 2 - Avaliação urodinâmica: comparação dos resultados pré-operatórios entre o grupo que evoluiu Continte versus Não Continte, com um ano de seguimento

	Obesas			Não obesas		
	Continentes	Não continentas	Valor de p	Continentes	Não continentas	Valor de p
Resíduo*	0 (0-30,0)	0 (0-12,5)	0,56	10,0 (0-0,0)	2,0 (0-15,0)	0,44
Primeiro desejo	179,6±94,0	240,0±107,5	0,25	160,9±76,0	148,6±88,6	0,71
Capacidade máxima	397,7±135,4	368,3±133,5	0,67	405,3±170,7	390,0±147,9	0,83
Contrações não inibidas	0	0	-	1 (8,3)	1 (25,0)	0,45
Pressão de perda sob esforço <60 cmH ₂ O	2 (66,7)	-	-	0	0	-
	Resultados					
Normal	9 (69,2)	6 (100)		32 (80,0)	6 (85,7)	
Bexiga hiper-reativa	1 (7,7)	0		6 (15,0)	0	
Contrações não inibidas	1 (7,7)	0	0,17	1 (2,5)	1 (14,3)	0,60
IUEG	2 (15,4)	0		0	0	

*Dados descritos com mediana e percentis 25 e 75. Demais dados contínuos descritos com média±desvio padrão. Dados categóricos descritos com n (%). Obesas: índice de massa corpórea (IMC≥30) versus não obesas (IMC<30).

IUEG: incontinência urinária aos esforços genuína.

pacientes, 20 já haviam sido submetidas previamente a alguma cirurgia para IU (14,9%).

Do total de 134 pacientes, 81 pacientes foram submetidas à avaliação urodinâmica pré-operatória. Destas, 26 resultaram em IUEG (32%), sete (8,6%) apresentaram bexiga hiper-reflexa, três (3,7%) evidenciaram contrações não inibidas e 45 pacientes (55,5%) não demonstraram perda urinária durante a avaliação urodinâmica, apesar de relatarem queixa clínica de perda urinária ao esforço e apresentarem perda ao exame físico. Os casos de IU mista com bexiga hiper-reflexa ou com contrações não inibidas haviam sido tratados previamente com medicamentos anticolinérgicos e medidas comportamentais, sem sucesso.

Do total de pacientes, 11 (8,2%) necessitaram sondagem de alívio em algum momento da internação. Receberam alta hospitalar com micção espontânea, 125 pacientes (93,7%), e nove delas (6,7%) necessitando autossondagem. Durante o período de internação, houve quatro casos (3%) de infecção de FO, três hematomas (2%), uma deiscência (0,7%) e uma deiscência com fístula (0,7%). Uma paciente apresentou a fístula uretro-vaginal e permaneceu 77 dias internada. Foi submetida à correção cirúrgica com sucesso e o tempo médio de internação foi de 5,3 dias.

A primeira avaliação pós-operatória foi realizada, em média, no 13º dia de PO. Foi observado, nessa ocasião, oito casos (6%) de infecção de FO, dois hematomas (2%) e oito seromas (8%). Havia nove pacientes (6,7%) realizando autossondagens. Do total de pacientes, 126 referiam estar continentas (96,3%).

Observando o total de complicações na FO, incluindo as complicações ocorridas durante a internação e as da primeira consulta, foram encontrados: 12 casos de infecção, três hematomas, oito seromas, uma deiscência e uma deiscência com fístula.

Na segunda avaliação pós-operatória, observamos, do total de pacientes, que três delas (2,2%) ainda realizavam sondagens de alívio, 116 (86,6%) referiam estar continentas e 18 pacientes (13,4%) não estavam continentas. Dezenove pacientes (14,2%) queixavam-se de urgência. O tempo de seguimento das pacientes variou de seis a 72 meses. O tempo médio de acompanhamento foi de 19,7 meses.

Discussão

Acompanhamos os resultados da cirurgia de Burch realizadas no HCPA, por um período de 11 anos. Com um ano de seguimento, a taxa de sucesso foi de 83,5%. Nossos dados são comparáveis com os da literatura, que demonstram taxas de sucesso no primeiro ano de acompanhamento entre 85 a 90%².

Um ensaio clínico multicêntrico randomizado comparou a técnica de Burch com a de Sling para tratamento

da IU. Após 24 meses de acompanhamento, as taxas de sucesso foram discretamente superiores no grupo submetido à cirurgia de sling (66 *versus* 49%). Entretanto, os autores consideram esta taxa baixa quando comparada à de estudos prévios^{2,6,7}. Além disso, as pacientes do grupo submetido à técnica de sling apresentaram maior incidência de IU, sintomas obstrutivos e incontinência de urgência no pós-operatório, demonstrando que uma técnica não é superior a outra quando analisadas as diversas variáveis e complicações⁶.

Recentemente, um ensaio clínico randomizado avaliou diversas características pré-operatórias que poderiam ser preditoras de falha de cirurgias para IU. As pacientes foram submetidas à operação de Burch ou sling e acompanhadas por 24 meses. Os autores concluíram que as variáveis que são fatores de risco para falha, são as mesmas para as duas técnicas cirúrgicas: sintomas pré-operatórios de urgência, prolapsos mais avançados e menopausa sem reposição hormonal⁴.

Embora não tenha sido demonstrada diferença na taxa de sucesso da cirurgia de Burch comparando pacientes pré e pós-menopáusicas, a literatura sugere que esta correlação existe^{4,8}. Um estudo demonstrou que, com a cirurgia de Burch foi obtida uma maior taxa de cura no grupo de pacientes pré-menopáusicas quando comparadas às pós-menopáusicas (90,9 *versus* 73,1%, respectivamente). Houve uma redução significativa na frequência urinária diurna e noturna e na taxa de urgência em ambos os grupos, porém a redução do sintoma de urgência foi mais proeminente no grupo pré-menopáusico. Ainda assim, é um procedimento indicado nesse grupo de pacientes mais idosas⁸.

Apesar de não ter resultado em diferença significativa, o grupo de pacientes não continentas apresentou mais cirurgias prévias para IU, mas para se encontrar diferença significativa para esta variável, haveria a necessidade de dobrar a amostra estudada.

Dentre todas as variáveis analisadas neste trabalho, o IMC elevado mostrou ser um fator de risco para a falha da cirurgia no primeiro ano de acompanhamento. Nosso estudo demonstrou que pacientes com IMC > 30 têm uma chance 3,7 vezes maior, que as não obesas de apresentarem-se não continentas após um ano da cirurgia de Burch. O mecanismo que explica a exacerbação da incontinência não é bem estabelecido. Especula-se que o excesso de peso aumente a pressão intra-abdominal, que é transferida à bexiga, aumentando a pressão intravesical e a mobilidade uretral, levando à IU^{9,10}. Além disso, a obesidade pode afetar a função neuromuscular do trato genitourinário, contribuindo para a incontinência¹⁰. Embora alguns estudos não apontem a obesidade como fator de piora no desfecho de diferentes técnicas cirúrgicas para IU^{4,11}, nosso resultado concorda com o observado na maior parte dos trabalhos. Há evidências de que a obesidade tenha um

papel causal na IU^{5,12,13} e provavelmente piora a evolução pós-operatória.

Visando identificar fatores associados à severidade da IU em mulheres que seriam submetidas à cirurgia para correção de IU, um ensaio clínico randomizado avaliou 650 mulheres. Observou-se que a gravidade da IU estava positivamente correlacionada com o IMC e com o tabagismo atual e, negativamente, associada com o grau de prolapso e deslocamento no teste do cotonete¹².

A perda de peso em pacientes com sobrepeso e obesas tem impacto significativo na redução da IU. A redução de 5 a 10% do peso corporal nessas pacientes apresentou eficácia similar a outros tratamentos não cirúrgicos e deve ser considerada como tratamento não cirúrgico de primeira linha para IU. Além disso, essa recomendação resultará em melhora dos quadros de hipertensão, hiperglicemia e dislipidemia, melhorando a qualidade de vida e a saúde global da mulher⁹.

Recentemente, um ensaio clínico randomizado em pacientes com IU com sobrepeso e obesas avaliou mulheres submetidas por seis meses a um programa de intervenções comportamentais, incluindo dieta e exercícios. O grupo com modificação no estilo de vida apresentou redução de, em média, 8% (7,8 kg) do seu peso corporal, quando comparada com redução de 1,6% (1,5 kg) no grupo controle. As mulheres do grupo tratado apresentaram redução de 47% no número de episódios semanais de IU de esforço, comparando-se a 28% de redução no grupo controle. Além disso, as mulheres com incontinência de urgência e mista também apresentaram melhora no grupo intervenção, porém esta diferença não foi significativa entre os dois grupos¹⁴.

Um estudo de coorte, avaliando 271 pares de gêmeas idênticas, avaliou a relação entre a via de parto e a IUE. Constatou-se que o parto vaginal representa um risco duas vezes maior de desenvolvimento de IU quando comparado à cesariana¹⁵. Não pudemos, entretanto, evidenciar diferença entre as duas vias de parto.

A melhor forma de avaliar a eficácia de cirurgias para IU é uma medida composta, que inclui tanto medidas subjetivas como objetivas e taxa de morbidade⁶. Essa pode ser uma limitação do nosso trabalho, pois consideramos o sucesso da técnica através apenas do relato de satisfação das pacientes. Entretanto, pesquisas prévias demonstram que a taxa de sucesso baseada apenas no relato dos pacientes são consistentemente inferiores quando comparadas às medidas objetivas⁶. A importância desse estudo são as implicações práticas ao avaliarmos resultados de novas terapias. Antes de comparar resultados, devemos confirmar se medidas similares foram utilizadas para definir uma população e para avaliar os desfechos¹⁶.

A cirurgia de Burch está associada à baixa taxa de complicações pós-operatórias¹⁷. Um estudo de coorte multicêntrico comparou mulheres obesas submetidas à colposuspensão retropúbica com um grupo de não obesas e com sobrepeso (IMC < 30), quanto à incidência de complicações perioperatórias. Os procedimentos retropúbicos foram: cirurgia de Burch, reparo de defeito paravaginal e uretropexia Ball-Burch. A cirurgia em pacientes obesas durou em média 15 minutos a mais. Complicações perioperatórias maiores como cistotomia incidental, lesões nervosas, vesicais, infecções, transfusões sanguíneas, hematoma retropúbico, embolia pulmonar e morte foram similares entre os dois grupos¹⁸.

É concluído que a obesidade deve ser um dos principais fatores a ser analisado durante a escolha da técnica cirúrgica para tratamento da IU. A partir desses resultados, em nosso serviço, deixamos de indicar a cirurgia de Burch e passamos a utilizar a técnica de sling para tratamento cirúrgico da IU em pacientes obesas. A obesidade é um fator de risco modificável para falha de cirurgias para IU. Idealmente, todas as pacientes obesas e com sobrepeso devem ter acompanhamento com nutricionista, visando diminuir seu peso e mantê-lo após o tratamento cirúrgico.

Referências

- Ramos JGL, Schmidt AP, Valério EG, Martins-Costa SH, Lima C. Tratamento da incontinência urinária. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP, organizadores. Rotinas em ginecologia. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 195-207.
- Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD002912.
- Ladwig D, Miljkovic-Petkovic L, Hewson AD. Simplified colposuspension: a 15-year follow-up. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004;44(1): 39-45.
- Richter HE, Diokno A, Kenton K, Norton P, Albo M, Kraus S, Moalli P, Chai TC, Zimmern P, Litman H, Tennstedt S; Urinary Incontinence Treatment Network. Predictors of treatment failure 24 months after surgery for stress urinary incontinence. *J Urol*. 2008;179(3):1024-30.
- Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2 Pt 1): 341-9.
- Albo ME, Richter HE, Brubaker L, Norton P, Kraus SR, Zimmern PE, Chai TC, Zyczynski H, Diokno AC, Tennstedt S, Nager C,

- Lloyd LK, FitzGerald M, Lemack GE, Johnson HW, Leng W, Mallett V, Stoddard AM, Menefee S, Varner RE, Kenton K, Moalli P, Sirls L, Dandreo KJ, Kusek JW, Nyberg LM, Steers W; Urinary Incontinence Treatment Network. Burch colposuspension versus fascial sling to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med*. 2007;356(21):2143-55.
7. Bezerra CA, Bruschini H, Cody DJ. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD001754.
 8. Liapis A, Papoulias I, Chryssicopoulous A, Creatsas G. Results of colposuspension operation in pre and postmenopausal incontinent women. *Maturitas*. 1998;31(1):69-75.
 9. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol*. 2005;174(1):190-5.
 10. Cummings JM, Rodning CB. Urinary stress incontinence among obese women: review of pathophysiology therapy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000;11(1):41-4.
 11. Zivkovic F, Tamussino K, Pieber D, Haas J. Body mass index and outcome of incontinence surgery. *Obstet Gynecol*. 1999;93(5 Pt 1):753-6.
 12. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Moalli PA, Markland AD, Mallet V, et al. Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(6):2088-93.
 13. Al-Hayek S, Abrams P. Stress incontinence: why it occurs? *Womens Health Med*. 2005;2(6):26-8.
 14. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med*. 2009;360(5):481-90.
 15. Goldberg RP, Abramov Y, Botros S, Miller JJ, Gandhi S, Nickolov A, et al. Delivery mode is a major environmental determinant of stress urinary incontinence: results of Evanston-Northwestern Twin Sisters Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(6):2149-53.
 16. Albo M, Wruck L, Baker J, Brubaker L, Chai T, Dandreo KJ, et al. The relationships among measures of incontinence severity in women undergoing surgery for stress urinary incontinence. *J Urol*. 2007;177(5):1810-4.
 17. Kenton K, Oldham L, Brubaker L. Open Burch urethropexy has a low rate of perioperative complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(1):107-10.
 18. Rogers RG, Ledkuchner U, Kammerer-Doak DN, Thompson PK, Walters MD, Nygaard IE. Obesity and retropubic surgery for stress incontinence: is there really an increased risk of intraoperative complications? *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(6):1794-8.