

A DRENAGEM TRANS-VESICAL NA CIRURGIA DAS FÍSTULAS URETRO-VÉSICO-VAGINAIS

Nossa conduta

JAIR FRANCISCO BURGOS

Ass. da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia.

Constitue assunto muito discutido que sempre preocupou os ginecologistas desde os tempos mais antigos, a drenagem vesical na cirurgia das fístulas vésico-vaginais.

O presente trabalho visa demonstrar o valor da drenagem transvesical na cirurgia das fístulas uretro-vésico-vaginais.

A frequência das fistulosas nas enfermarias de Ginecologia ainda é grande em nosso meio. Basta dizer que, num período de seis anos (1946 a 1951), passaram, pela Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina, 54 casos.

A indicação de uma boa drenagem vesical pesa muito no resultado da operação. Quantos resultados negativos são observados, após meticulosas operações, motivados apenas por uma drenagem defeituosa?

Estamos plenamente de acôrdo com FRITSCH e TRENDELENBURG, em considerar a drenagem nas operações de fístulas como um dos principais fatores do seu êxito.

A preocupação de garantir o repouso da região operada levou muitos operadores a conservarem suas doentes em decúbito ventral, fazendo-se uma abertura no colchão para passagem da sonda vesical, ligada ao vaso coletor.

Nas pequenas fístulas, situadas acima do trígono vesical e tratadas com boa técnica, torna-se dispensável a colocação de uma sonda permanente na bexiga, permitindo-se que a operada urine espontaneamente, em curtos prazos, para se evitar uma maior repleção da bexiga. Estes casos, entretanto, são raros.

Na grande maioria, não podemos dispensar o cateterismo vesical permanente, pois, só desta maneira, conseguimos uma vacuidade vasical contínua, repouso da bexiga e da região operada, afastando-se a urina — às vezes infectada — dos tecidos cruentos. Com a bexiga vazia, em repouso, desaparecem as trações devidas à repleção e esvaziamento, que agiriam dificultando o processo da cura. Os bordos da ferida ficam então justapostos, devido à contração permanente, criando condições ótimas para a sua cura.

Quando o operador não se sente seguro do resultado da intervenção, deve colocar uma sonda vesical de demora. Drenada a bexiga, ficaremos em condições de diagnosticar imediatamente hemorragias endovesicais pós-operatórias e instituir imediato tratamento. Foi este acidente que levou FRITSCH a preconizar seu emprêgo como medida de rotina no pós-operatório.

Diversos métodos foram aventados para utilização da sonda de demora. A DRENAGEM SUPRA-SINFISÁRIA, criada por TRENDENLEBURG e aperfeiçoada por K. FRANZ, nada mais é do que uma talha vesical supra pubiana.

Aquêles autores mandam praticá-la com um trocater grosso e uma cânula, introduzidas na bexiga, após o seu enchimento. Depois, retira-se o trocater e, pela cânula, introduz-se uma sonda de Nélaton, retirando-se em seguida a cânula deixando-se a sonda na bexiga. Esta maneira de proceder, achamo-la perigosa pois o cirurgião trabalha às escuras, com dificuldades e desvantagens, e só poderá realizar esta monobra após a cura da fístula; porque antes, a repleção da bexiga torna-se difícil. Nunca a realizamos. Achamos sua indicação bastante restrita, além de constituir uma complicação perfeitamente desnecessária em casos de fístulas véstico-vaginais, não obstante seu largo emprêgo em algumas clínicas. Tendo-se de realizar uma talha hipogástrica, com todos os inconvenientes para a paciente, porque não realizarmos uma talha vaginal, acima da fístula, em tecido são?

A VIA INFRA-SINFISÁRIA de STOECKEL, a princípio era realizada com tesoura ou bisturi, dando-se uma pequena in-

cisão entre o meato urinário e o clitóris, até atingir a parede vesical, colocando-se no túnel assim obtido, uma sonda permanente. Este processo foi depois modificado pelo próprio autor, o qual passou a utilizar uma cânula-trocater especial com uma ponta olivar cônica; atingindo-se a bexiga pela dilatação olivar de sua ponta fazendo o papel de sonda permanente. Esta maneira de drenagem não resistiu à prova do tempo. O próprio criador do método reconheceu a sua impraticabilidade.

O CATETERISMO URETERAL BI-LATERAL permanente, invocado por FUCHS e aceito por grande número de autores, principalmente os americanos, exige cistoscopia prévia. O cateterismo ureteral nesses casos é de difícil obtenção e manutenção nas portadoras de fístulas. É de resultados precários, porque a urina se escoava entre a sonda e a luz do uretério e o peristaltismo ureteral expulsa frequentemente o cateter para a bexiga.

A VIA TRANS-URETRAL é ainda muito usada. É uma boa drenagem em muitos casos, não se utilizando, porém, as sondas de cabeça tipo Pezzer ou Malecot, mesmo as de calibre fino, pois constitui um risco a sua retirada que pode causar interrupção da recente cicatriz operatória nas fístulas vizinhas ao colo da bexiga. JAYME WERNECK aconselha que a retirada só se faça após instilação de 10cc. de óleo gomenolado, mas ele mesmo diz que: "os acidentes ocorridos, repetidamente na linha de sutura, o levaram a proscrever definitivamente o uso de sondas deste tipo, em sua clínica". Nisso estamos de perfeito acôrdo.

Utilizando-se a via transuretral, preferimos a sonda de Nélaton fina, presa ao fixador de Mikulicz-Radecki. O material deste é a cortiça ou a matéria plástica. Mantido em posição entre os pequenos lábios, pode-se prescindir da fixação da sonda por meio de sutura ou esparadrapo. Tal dispositivo permite à paciente se mover na cama, podendo mesmo andar, sem que a sonda saia da bexiga. Preferimos a sonda de calibre fino, pois as grossas dilatam e irritam a uretra, chegando mesmo a determinar esfoliações do epitélio uretral, feridas e até fissuras quando se as emprega reiteradamente na mesma paciente. O

cateterismo resulta então tão doloroso, que algumas pacientes negam-se a sofrê-lo, fato que se observa porque as sondas não são completamente lisas.

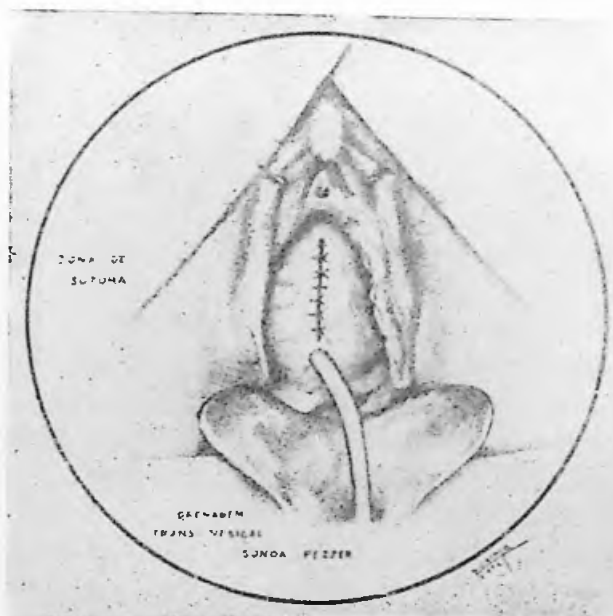
Depois da sondagem permanente, observa-se às vezes, uma ligeira incontidência, que desaparece espontaneamente ao fim de poucos dias. Em alguns casos, entretanto, o aparelho de contenção não readquiriu sua função integral, acusando a paciente incontidência relativa definitiva, exigindo posteriormente uma plástica adequada. Em geral estes casos são devidos a uma extensa lesão do esfíncter vesical.

Um grande inconveniente que queremos especialmente frisar no cateterismo permanente transuretral, nos casos de fístulas situadas na uretra e próximas a esta, é o apóio direto da sonda sobre os pontos, perturbando assim a cicatrização. Nestes casos STOECKEL estabelece como um princípio que "em tôdas as suturas no trígono, no colo vesical e na uretra, o cateterismo permanente transuretral é errado e deve ser substituído quer por uma fístula véstico-vaginal artificial, quer pelas drenagens infra-sinfisária ou supra-sinfisária".

Com o insucesso obtido em alguns casos, foi que nos orientamos a instituir, nos casos de fístulas uretro-véstico-vaginais, a drenagem trans-vesical, se bem que já empregada desde os tempos de FRITSCH com resultados apreciáveis. Atribuímos, em parte, os nossos bons resultados obtidos nas fístulas que interessam a uretra, ao uso da drenagem trans-vesical complementada pela aspiração contínua.

A drenagem trans-vesical é de fácil realização: após o amplo descolamento da bexiga, e antes da sutura, fazemos uma botoeira véstico-vaginal tão pequena quanto possível, com um bisturi longo e angulado, acima da fístula, em tecido são, na qual colocamos uma sonda permanente de cabeça tipo PEZZER ou MALECOT. Quando não há parede vaginal a botoeira interessa apenas a parede da bexiga e sempre que possível, na linha mediana. Não há necessidade de nenhum ponto para sua sustentação, utilizando-se uma sonda de cabeça. CROSSEN e CROSSEN aconselham fixar a sonda na ferida com fio ina-

servível. Aquele orifício artificial, fecha-se espontaneamente logo após a retirada da sonda, pela elasticidade das paredes vesicais. Nunca tivemos **caso em** que não houvesse rápida cicatrização .



Drenagem trans-vesical

Os opositores falam de possibilidade dêsse orifício perdurar. Mesmo que tal aconteça, subsistirão vantagens na drenagem trans-vesical, pois a lesão mais grave foi reparada. A fistula assim formada é cirúrgica, de tamanho reduzido, de tecidos com boa elasticidade e de fácil cura.

Nunca devemos realizar esta drenagem em zona de tecido cicatricial.

Deve-se manter a drenagem durante seis a oito dias, se o curso operatório é normal, tempo suficiente para que se processe a cicatrização. Com a retirada tardia da sonda, a paciente pode perder por alguns dias pequena quantidade de urina através o orifício de drenagem. Entretanto nunca tivemos casos em que êste orifício não frechasse espontaneamente.

Para retirada da sonda trans-vesical, utilizamos uma pequena válvula posterior e com uma pinça de CHERON, tracionamos a sonda até encontrarmos certa resistência, ao tempo em que, de um só golpe retiramos a sonda. Neste momento a paciente às vezes perde pequena quantidade de urina pelo local de drenagem.

No mesmo dia mandamos a paciente andar e aconselhamos que urine com pequenos intervalos, para evitar maior repleção da bexiga.

CASUÍSTICA — No espaço de seis anos (1946-1951 inc.), passaram pela Clínica Ginecológica da Bahia, 54 casos de fístulas urogenitais, excluindo aqui as uretero-vaginais, assim discriminadas:

Em 1946, 8 casos; em 1947, 6; em 1948, 10; em 1949, 9; em 1950 7; em 1951, 14.

Dêstes 54 casos, 19 foram fístulas uretro-vésico-vaginais, algumas com destruição da uretra. Nos últimos 14 casos realizamos a drenagem trans-vesical. Dêstes 14 casos, 7 (50%) foram curadas e 5 (35,7%), melhoradas.

Convencionamos como melhoradas aquêles casos em que se conseguiu reparação do orifício fistuloso, mas permaneceu com incontinência uretral relativa.

Desta maneira tivemos 85,7% de resultados satisfatórios.

Os 2 (14,3%) casos restantes, não conseguiram benefícios com a intervenção.

Os bons resultados colhidos em nossos casos nos credenciam a opinar pela indicação da drenagem trans-vesical em todos os casos de fístulas uretro-vésico-vaginais.

RESUMO E CONCLUSÕES

O autor relata sua experiência com a drenagem trans-vesical em 14 casos de fístulas uretro-vésico-vaginais observadas na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia.

Faz um estudo crítico dos vários tipos de drenagem. Considera boa a drenagem trans-uretral nos casos em que a uretra não participa da lesão.

Devido aos resultados precários obtidos em alguns casos de fístulas uretro-vésico-vaginais com a drenagem trans-uretral, institue para êstes casos a drenagem trans-vesical. Atribui em parte os seus bons resultados, na cura dêstes tipos de fístulas, ao uso desta modalidade de drenagem. Aconselha entusiasticamente esta maneira de proceder, para tal realizando uma pequena botoeira vésico-vaginal tão pequena quanto possível, com bisturí longo e angulado, acima da fístula, em zona de tecido são, sempre que possível na linha mediana e colocando uma sonda permanente de cabeça tipo PEZZER ou MALECOT. Utiliza aspiração contínua. Aconselha não realizar esta drenagem em zona de tecido cicatricial. Retira a sonda 6 a 8 dias após a intervenção se o curso operatório é normal.

Observou 14 casos de fístulas uretro-vésico-vaginais, utilizando a drenagem trans-vesical, com 7 (50%) curados, 5 (35,7%) bastante melhorados, perfazendo um total de 85,7% de resultados satisfatórios. Os 2 (14,3%) casos restantes não tiraram resultados com a intervenção.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The author reports en his experiments at the Gynecological Ward of University of Bahia Medical College, where 14 cases of urethro-vesico-vaginal fistulae were handled using trans-vesical draining.

A critical review on the various techniques of draining is summarised and he considers trans-urethral feasible only in cases where the urethra itself is not severed.

Owing to several failures in cases of Urethro-vesico-vaginal fistulae treated with trans-urethral draining, he used trans-vesical draining afterwards, and he points out that his good results were consequence of the latter type of draining. He

warmly suggests this procedure, using a button-hole incision with a very slender and angled surgical knife above the fistula. A free zone of tissue is to be transected and through the opening a permanent rubber drain is inserted, either a PEZZER or MALECOT via which continuous suction is to be started insists that this type of draining must not be used in healing tissue, and that the removal of the drain is done after 6 to 8 days post-operatively.

Out of 14 cases of the above mentioned fistulae where trans-vesical draining was performed 7 were cured (50%), 5 fairly improved (35,7%) and only 2, (14,3%) did not improve. The altogether rate of improvement is 85,7%.

BIBLIOGRAFIA

- ADEODATO, J. — A propósito das fistulas véscico-vaginais — Rev Gin. d'Obst. e Ped., Ano XIII: Nº 7: 252: 1919.
- AZEVEDO, G. V. — Fístulas véscico-vaginais e seu tratamento — Anais Bras. Gin., Ano IX: V. 17; Nº 1: 1944.
- BARROS, N. M. — Lições de Clínica Ginecológica — Editora Renascença S.A. S. Paulo — 1944.
- BURGOS, J. — Revisão de 140 casos de fístulas uro-genitais observados na Cl. Gin. da Fac. Med. da Bahia desde a sua criação até hoje (1811-1947) Arq. Univ. da Bahia (Cl. Ginecológica) Vol. II Pag. 143 - 1947.
- CROSSEN, H. S. and CROSSEN, R. J. — Diseases of Women — C. V. Mosby Company — Ninth edition — 1944.
- CURTIS, A. H. — A textbook of Gynecology — W. B. Saunders Company — Fifth Edition — 1946.
- DUTRA, L. H. — Tratamento das Fístulas Uro-genitais complicadas — An. Bras. de Gin., Rio — 1951 — Vol. 31 — Nº 4 — 31: 199, 1951.
- EVERETT, H. S. — Urologia Ginecológica e Obstetrícia — Editora Guanabara, Rio — tradução de 1ª edição americana — 1946.
- HALBAN, J. — Técnica Quirúrgica Ginecológica — Editorial Alpe — Buenos Aires — Traducción de la e 2ª edición alemana — 1951.
- KELLER, R. et KELLER, B. — Fistules vesico-vaginales — Rev. Gyn. et Obst. 50: 265, (Nº 3), 1951.

- KELLY, H. A. y NOBLE, C. D. — Ginecologia y Cirurgia Abdominal — Salvat y Compania, S. en C., Editores — Barcelona, 1914
- MACHADO, L. — Fístulas uro-genitais na Clínica Ginecológica da Santa Casa de Belo Horizonte — Rev. Gin. d'Obst., Ano XXXVIII Nº 1: 32: 1944.
- MARTIUS, H. — Operaciones ginecológicas — Editorial Labor S. A. Barcelona — Version de la segunda edicion alemana — 1943.
- MONTOBBIO, V. C. — Tratado de Ginecologia y de Técnica Terapêutica Ginecológica — Editorial Labor S.A. — Madrid — segunda edicion — 1950.
- PEHAM, H. e AMEREICH, J. — Ginecologia Operatória — Editora Guanabara, Rio — Tradução do original alemão — 1940.
- POZZI, S. — Traité de Gynecologie clinique et operatoire — Masson Éditeurs. Paris — 1907.
- RUDGE, W. S. — Tratamento das fístulas uro-genitais pela plástica do desdobraimento — Livraria Ateneu — Rio — 1942.
- SALGADO, C. e ROCHE, A — Miorrafia sub-uretral dos bulbo-cavernosos para correção de incontinência uretral — An. Bras. de Gin-27: 259, 1949.
- SANTANA, J. — Tratamento das fístulas vésico-vaginais — Rev. Gin. d'Obst. Ano XXXIII, Tomo I: 11: 1939.
- STOCEKEL W. — Tratado de Ginecologia — Ediciones Morata, Madrid — Version de la segunda edición alemana — 1948.
- WERNECK, H. R. — Fístulas Genito-urinárias na mulher — Rev. Gin d'Obst., Ano XIII: 9: 263: 1919.
- WERNECK, J. E. F. — Tratamento das fístulas uro-genitais — An. Bras. de Gin., 30: 207, 1950.
- WARTON, L. R. — Ginecologia — Urologia Feminina — Editorial — Interamericana S.A. — Mexico — Traducion de la 2ª edicion americana — 1950.