



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Mestrado Integrado em Medicina

**Complicações do tratamento cirúrgico da  
incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)**

**Andreia Filipa Liberato Lobo**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Humberto Gonçalves  
Coorientador: Prof. Doutor José Martinez de Oliveira

**Covilhã, maio de 2014**

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## **Dedicatória**

Aos meus pais...

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Agradecimentos

O meu maior reconhecimento é dirigido ao meu orientador, Dr. Humberto Gonçalves, por aceitar orientar este trabalho, pela amizade e pelo enorme apoio e motivação que me transmitiu ao longo da sua realização, pela disponibilidade, por me ter despertado o gosto pela Ginecologia-Obstetrícia e por tudo o que me ensinou ao longo do meu percurso académico.

Agradeço ao Professor Doutor Martinez por me ter dado a honra de ser meu co-orientador, pela disponibilidade e apoio.

Aos meus pais, por tudo o que fizeram para que hoje possa estar onde estou. Obrigada por todo o apoio!

Ao meu irmão e à minha cunhada por toda a força e preocupação, pelos momentos de alegria e por serem um exemplo a seguir.

Às minhas avós, por todos os conselhos e carinho.

Ao Hugo Gonçalves, o meu namorado, pelo apoio incondicional, constante e inigualável, por tudo, por que palavras nenhuma são suficientes.

Á Dra. Rosa Saraiva, pelo auxílio na obtenção de várias referências bibliográficas e por tornar toda a logística inerente a um projeto de investigação mais acessível.

A todos os que trabalham no Arquivo do CHCB,EPE, pela simpatia e ajuda na requisição de processos clínicos.

Ao Dr. Miguel Freitas, pelo tempo disponibilizado para tão cruciais ensinamentos.

Aos meus amigos, em especial Telma Tavares e Joel Brás por me ajudarem a ultrapassar as dificuldades, por tornarem a minha vida tão mais feliz, e por todos os momentos que partilhámos.

A todos os que, de alguma forma ou de outra, contribuíram para esta concretização.

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## **Prefácio**

“Na plenitude da felicidade, cada dia é uma vida inteira”

Johann Goethe

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Resumo

**Introdução:** É definida a incontinência urinária de esforço como a perda involuntária de urina por esforço, exercício, espirro ou tosse.

Como opções terapêuticas são consideradas alteração de estilos de vida, fisioterapia ou alternativas farmacológicas. Quando estas modalidades não proporcionam um alívio sintomático adequado, a cirurgia é frequentemente a única opção disponível para melhorar a qualidade de vida da doente. As próteses suburetrais têm-se tornando o procedimento cirúrgico preferencial para correção da incontinência urinária de esforço. Para além dos *Slings* tradicionais (TVT), foram desenvolvidos os *Mini-Slings*, com características e método de utilização diferentes (TVT Secur®, MiniArc®, Ophira®, Ajust®, Needleless®, Solyx®).

**Objectivos:** Aferir quais as complicações pós-cirúrgicas, até um ano, em doentes tratadas com próteses suburetrais para correção de Incontinência urinária de esforço no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) do Centro Hospitalar cova da Beira, EPE (CHCB).

**Método:** Estudo retrospectivo, baseado na recolha de dados dos processos clínicos das utentes que foram submetidas no SOG a tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2011. Os dados foram codificados e analisados estatisticamente recorrendo ao programa *SPSS - Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0).

**Resultados:** A amostra foi constituída por 168 mulheres, cuja moda de distribuição etária corresponde ao grupo 46-55 anos (40,1%). As taxas de cura relativamente à incontinência urinária com a utilização do Sling (n=132) e do Mini-Sling (n=36) atingiram 100% no período de internamento. As taxas de cura seis semanas após a cirurgia diminuíram para ambos os dispositivos, mais pronunciadamente para o Sling (71,2%), comparativamente ao Mini-Sling (91,6%). Seis meses após a cirurgia, a taxa de cura aumentou para o Sling (76,4%) e diminuiu para o Mini-Sling (85,5%). Um ano após a cirurgia as taxas de cura foram 85,5% e 88,9%, para o Sling e Mini-Sling respectivamente. As complicações reportadas foram lesão vesical e de outros órgãos (1,5%) para o Sling, e retenção urinária (2,8%) e recidiva de cistocelo (1,4%) para o Mini-Sling. As queixas mais comuns ao longo do estudo foram dor pélvica (3,8%), dispareunia (0,4%) e desconforto na virilha (varia entre 6,7% e 0,7% ao longo do estudo) para o Sling.

**Conclusão:** As taxas de cura de incontinência urinária um ano após a cirurgia, tanto para o Sling, como para o Mini-Sling foram sobreponíveis às referidas na literatura, enquanto que foram menores as taxas de complicações e queixas relacionadas com as intervenções.

## Palavras-chave

Incontinência urinária de esforço, Sling, Mini-Sling, Complicações

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Abstract

**Introduction-**The definition of stress urinary incontinence is preconized as the involuntary loss of urine during effort, exercise, sneeze or cough.

The therapeutic approaches range from lifestyles modification, physical therapy or pharmacological alternatives. Thus, when these arrangements do not provide suitable symptomatic relief, surgery is often the only option available to improve the patient's life quality. The suburethral prostheses have become the preferential surgical procedure for the correction of stress urinary incontinence. In addition to the traditional slings( TVT), others were developed, the Mini-Sling, presenting different method and characteristics(TVT Secur®, MiniArc®, Ophira®, Ajust®, Needleless®, Solyx®).

**Objective-**Assess which postoperative complications, up to one year of the suburethral prostheses used in surgical treatment of female stress urinary incontinence.

**Method-** Retrospective study, based on the collection of data of clinical processes relative to women who were submitted to surgical treatment of stress urinary incontinence, between 1January of 2006 and 31 December of 2011. All data were coded and statistically analysed using SPSS (Statistic Package for Social Sciences programme- Version 17.0).

**Results-** The sample was constituted by 168 women, 40,1% belonging to the age group of 46-55. Cure rates regarding urinary incontinence when using Sling (n=132) and Mini-Sling (n=36) reached 100% during hospitalization. There was a decrease in cure rates six weeks after surgery with both devices. This reduction was more pronounced for Sling (71.2%), when compared to Mini-Sling(91.6%). Six months after surgery, it was reported an increase regarding the cure rate of Sling (76.4) and concurrently a decrease for Mini-Sling (85.5%). One year after surgery, the cure rates were 85.5% and 88.9% for Mini-Sling and Sling respectively. The reported complications were bladder injury and other organs (1.5%) for Sling, and urinary retention (2.8%) and recurrent cystocele (1.4%) for Mini-Sling. The most common complaints documented throughout the study were pelvic pain (3.8%), dyspareunia (0.4%), and discomfort in the groin (varies between 6.7% and 0.7% throughout the study) for Sling.

**Conclusion-** Cure rates regarding urinary incontinence one year after surgery for both devices were superimposable to those presented in literature. On the other hand, both complications and complaints rates reported along the study were lower than the ones presented by reviewed articles.

## Keywords

Stress urinary incontinence, Sling, Mini-Sling, complications

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Índice

<b>Prefácio</b> .....	vii
<b>Resumo</b> .....	ix
<b>Abstract</b> .....	xi
<b>Capítulo 1 - Introdução</b> .....	1
Secção 1-Factores de risco .....	1
Secção 2-Fisiopatologia .....	1
Secção 3- Diagnóstico .....	1
Secção 4 - Tratamento .....	1
Subsecção 1- Tratamento conservador .....	1
Subsecção 2- Tratamento farmacológico .....	2
Subsecção 3- Tratamento cirúrgico .....	2
<b>Capítulo 2 - Metodologia</b> .....	3
Secção 1- Objectivos de estudo .....	3
Subsecção 1-Objectivos gerais .....	3
Subsecção 2-Objectivos específicos .....	3
Secção 2- Metodologia de estudo .....	4
Subsecção 1-Materiais e métodos .....	4
Subsecção 2-Amostra populacional .....	5
Subsecção 3 -Critérios de inclusão .....	5
Subsecção 4-Critérios de exclusão .....	5
Subsecção 5-Aspectos éticos .....	5
Subsecção 6-Tratamento de dados .....	5
<b>Capítulo 3 -Resultados</b> .....	7
<b>Capítulo 4 - Discussão</b> .....	16
Secção 1- Limitações do estudo .....	18
<b>Capítulo 5 - Conclusão</b> .....	19

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Lista de Ilustrações

<b>Ilustração 1</b> Diagrama de apresentação de resultados .....	4
<b>Ilustração 2</b> Incontinência urinária feminina (geral) .....	8
<b>Ilustração 3</b> Incontinência urinária de esforço e mista .....	8
<b>Ilustração 4</b> Incontinência urinária de esforço .....	10
<b>Ilustração 5</b> Incontinência urinária mista .....	12

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> Parâmetros a serem pesquisadas no estudo .....	3
<b>Tabela 2</b> Taxas de cura, complicações e queixas relativas a todas as utentes.....	8
<b>Tabela 3</b> Taxas de cura, complicações e queixas por diagnóstico do tipo de incontinência urinária .....	9
<b>Tabela 4</b> Utentes com cistocelo e IUE consoante a realização de colpoplastia anterior.....	10
<b>Tabela 5</b> Taxas de cura, complicações e queixas relativas a utentes que sem diagnóstico de cistocelo realizaram colpoplastia anterior .....	10
<b>Tabela 6</b> Taxas de cura, complicações e queixas referentes a utentes que com diagnóstico de cistocelo que não realizaram colpoplastia anterior .....	11
<b>Tabela 7</b> Taxas de cura, complicações e queixas relativos às que com diagnóstico de incontinência urinária de esforço e cistocelo que realizaram colpoplastia anterior .....	11
<b>Tabela 8</b> Utentes com cistocelo e IUM consoante a realização de colpoplastia.....	12
<b>Tabela 9</b> Taxas de cura, complicações e queixas de utentes com incontinência urinária mista com diagnóstico de cistocelo que realizaram colpoplastia anterior .....	12
<b>Tabela 10</b> Faixas etárias, diagnósticos pré-operatórios e procedimentos cirúrgicos utilizados nas utentes sujeitas a duas intervenções cirúrgica .....	13
<b>Tabela 11</b> Taxas de cura, complicações e queixas referentes à primeira cirurgia .....	14
<b>Tabela 12</b> Taxas de cura, complicações e queixas referentes à segunda cirurgia .....	15

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 Estrutura etária da população em estudo .....	7
---	---

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Lista de Acrónimos

IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUM	Incontinência urinária Mista
Int.	Internamento
6 S.	6 Semanas
6 M.	6 Meses
1A.	1 Ano
S.	Sling
MS.	Mini-Sling
SOG...	Serviço de Obstetrícia e Ginecologia
CHCB...	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
POP-Q	Pelvic Organ Prolapse Quantification



## Capítulo 1 - Introdução

Incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina, que pode ocorrer durante o esforço, exercício ou tosse (Incontinência urinária de esforço [IUE]) ou ser precedida por urgência miccional, um súbito e incontrolável desejo de urinar (Incontinência urinária de urgência [IUU]). A sobreposição de ambos os quadros designa-se incontinência urinária mista (IUM).

A estimativa da prevalência da IU feminina varia conforme as metodologias dos estudos epidemiológicos, de modo que o espectro de resultados é consideravelmente amplo (4 a 35%). (1)

### Secção 1-Factores de risco

Diversos fatores, como predisposição genética, gravidez, tipo de parto, obesidade, idade ou prévias cirurgias pélvicas, têm demonstrado exercer influência sobre o desenvolvimento de IUE feminina. (2)

### Secção 2-Fisiopatologia

Sucintamente, a IUE resulta do aumento da pressão intra-abdominal na ausência de contração do pavimento pélvico, e/ou falha de encerramento uretral. (4)

### Secção 3- Diagnóstico

Providenciar um diagnóstico clínico sustentável, e avaliar a coexistência de distúrbios do pavimento pélvico auxiliam no delinear da opção terapêutica mais apropriada. (1)

Para além do registo da anamnese e exame objetivo realizados de forma completa e sistemática, o diagnóstico pode ser complementado com o *Stress Test* (Solicitar à doente que tussa, verificando se há saída de urina), e avaliação do resíduo pós-miccional, usualmente por ultra-sonografia (considerando-se normal se inferior a 50 ml). Porém esta última técnica é pouco reprodutível por variar na mesma doente em diferentes situações. (2)

Em determinados casos, poderá ser necessário recorrer a outros estudos.

### Secção 4 - Tratamento

#### Subsecção 1- Tratamento conservador

O tratamento conservador é uma opção terapêutica que não implica intervenção farmacológica ou cirúrgica e inclui redução de peso (se a doente é obesa), controlada ingestão de líquidos e substâncias estimulantes vesicais. (1) Outras ferramentas como estimulação da musculatura pélvica por biofeedback ou estimulação elétrica do nervo

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

podendo são recomendadas exclusivamente no âmbito da investigação clínica. Exercícios orientados para a reeducação do pavimento, são representados pelos propostos por Kégel. (2)

### Subsecção 2- Tratamento farmacológico

Nenhum dos fármacos utilizados no tratamento da IUE tem demonstrado uma melhoria significativa dos sintomas (5), destacando-se destes os agonistas  $\alpha$ -adrenérgicos, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptção de serotonina. (1) O papel dos estrogénios no aumento da pressão de encerramento uretral é controverso. (5)

### Subssecção 3- Tratamento cirúrgico

Quando as modalidades conservadoras ou farmacológicas não proporcionam um alívio sintomático adequado, a cirurgia é a única opção disponível para melhorar a qualidade de vida da doente. (1)

As opções para a correcção cirúrgica variam desde a injeção de agentes expansores no tecido conjuntivo que circunda a uretra, colocação de esfíncteres artificiais, ou a *Colporetrossuspensão indirecta de Burch*, que apesar de já não ser o procedimento *gold standard*, é utilizado em algumas situações. (6)

A aplicação de *Slings* tem-se tornado o procedimento cirúrgico preferencial para a correção da IUE. Atualmente, apesar de nenhum material preencher todos os requisitos que o definam como preferencial para todos os casos, a fita monofilamentar de prolipropileno de malha larga é a única utilizada. (6)

Von Giordano lançou o conceito de sling suburetral em 1907, e Petros e Ulmsten iniciaram o uso de TVT (*Tension free vaginal tape*), com abordagem transvaginal e sem necessidade de sutura da fita, por se autofixar aos tecidos. A primeira técnica desenvolvida foi a retropúbica, na qual com o recurso a duas agulhas, a prótese é inserida por baixo da uretra, passa atrás do osso púbico e exterioriza-se através de duas incisões cutâneas na parte inferior do abdómen, junto ao bordo superior do púbis. Posteriormente, surgiu a abordagem transobturadora, em que com recurso a duas agulhas, a prótese é inserida por baixo da porção média da uretra, passa pelo forâmen obturador e exterioriza-se através de duas incisões cutâneas na virilha. Visando diminuir as complicações apresentadas pelos *Slings* tradicionais, foram desenvolvidos outros, os *Mini-Slings*, que apresentam um trajecto mais curto fixando-se directamente de forma ajustável ao músculo obturador interno. (6)

O presente estudo pretende determinar as complicações até um ano da aplicação dos sistemas Sling ou Mini-Sling para tratamento cirúrgico da IUE feminina.

## Capítulo 2 - Metodologia

### Secção 1 - Objectivos de estudo

#### Subsecção 1 - Objectivos gerais

O presente estudo tem como objectivos principais:

- Determinar e comparar os resultados terapêuticos a curto e médio prazo obtidos com os dois tipos de intervenção realizada (Sling/Mini-Sling);
- Identificar e quantificar as complicações mais frequentes a curto e médio prazo (até um ano) resultantes da aplicação das próteses suburetrais para tratamento cirúrgico da IUE feminina. (Tabela 1)
  - Os parâmetros a serem pesquisados são:

Tabela 1 Parâmetros a serem pesquisadas no estudo

Tratamento da incontinência urinária de esforço	
Cura	
Melhoria Parcial	
Sem Melhoria	
Agravamento	
Complicações pós-cirúrgicas	Queixas não Urológicas
Retenção urinária	Desconforto na virilha
Infeção do trato urinário	Dor pélvica
Extrusão da rede	Dispareunia
Hematoma	Urgência miccional
Infeção local	
Lesão vesical	
Recidiva de cistocele	

#### Subsecção 2 - Objectivos específicos

- Aferir qual a faixa etária que mais frequentemente recorre ao tratamento cirúrgico da IUE:
  - Menos de 45 anos
  - Entre 46 a 55 anos
  - Entre 56 a 65 anos
  - Mais de 66 anos
- Verificar quais as complicações mais frequentes:
  - Durante o internamento pós-operatório (curto prazo)
  - Às 6 semanas, 6 meses e 1 ano após a cirurgia

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

- Analisar os resultados em função das seguintes variáveis:
  - IUE ou IUM
  - Diagnóstico prévio de cistocele
  - Técnica Cirúrgica (Sling/Mini-Sling)
  - Realização de colpoplastia anterior concomitante ou não.
- O seguinte diagrama (Ilustração 1), aglutina todo o procedimento (diagnósticos pré-operatórios, metodologia cirúrgica e procedimentos complementares à correção da IUE) e será desmembrado em posterior análise de forma a facilitar a apresentação de resultados.

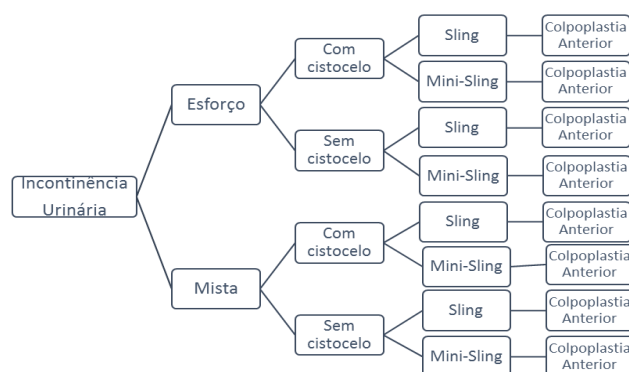


Ilustração 1 Diagrama de apresentação de resultados

## Secção 2 - Metodologia de estudo

Nesta secção, descreve-se a metodologia utilizada ao longo deste trabalho, iniciando pelos métodos, participantes, seguindo-se a descrição do instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos que lhe são subjacentes. Por fim, são apresentados os resultados decorrentes do estudo.

### Subsecção 1 - Materiais e métodos

O presente estudo é transversal e retrospectivo, utilizando a consulta dos processos clínicos da amostra para pesquisa das complicações relacionadas com o tratamento cirúrgico da IUE, no internamento pós-cirúrgico, na consulta de seguimento às seis semanas, seis meses e um ano. É de salientar que as utentes estiveram internadas em média 16 a 18 horas e algaliadas 4 a 6 horas após a intervenção cirúrgica. No presente estudo define-se cura como a ausência de perda involuntária de urina sob esforço.

## **Subsecção 2 - Amostra populacional**

O estudo teve como universo todas as mulheres sujeitas a tratamento cirúrgico da IUE no SOG do CHCB entre um de janeiro de dois mil e seis e trinta e um de dezembro de dois mil e onze.

## **Subsecção 3 - Critérios de inclusão**

As utentes sujeitas ao tratamento cirúrgico da IUE com :

- Diagnóstico clínico de IU
- *Stress Test* Positivo
- Resíduo miccional menor que cinquenta mililitros por avaliação ecográfica
- Acompanhamento pós-cirúrgico (Internamento, 6 semanas, 6 meses e 1 ano)

## **Subsecção 4 - Critérios de exclusão**

- Insuficiência de dados no processo clínico

## **Subsecção 5 - Aspectos éticos**

O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHCB, no qual foi assegurada a confidencialidade dos dados e o cumprimento das normas vigentes no âmbito dos trabalhos de investigação.

## **Subsecção 6 - Tratamento de dados**

Os dados colectados foram armazenados num banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante foi cadastrada segundo um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico *SPSS - Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0).

Foram calculadas frequências e elaboradas tabelas de contingência, para as quais se realizaram testes de qui-quadrado ou V de Cramer. Nos casos em que se obteve significância bicaudal inferior a 0,05 foram calculados os intervalos de confiança a 95% das percentagens.

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

## Capítulo 3 - Resultados

Aplicando os critérios de inclusão e de exclusão atrás expostos de um universo de 317 se extraiu a amostra avaliável de 168 doentes, correspondendo assim a 60,2% do universo populacional.

Caracterizando a população em estudo, o gráfico 1 mostra a distribuição etária da mesma. Das utentes que realizaram esta cirurgia entre os períodos supracitados, 40,1% tinham 46-55 anos. Ao invés, as mulheres com menos de 45 anos foram as que menos recorreram a esta terapêutica cirúrgica (13,5%).

Das 168 utentes incluídas 153 apresentavam IUE e apenas 15 IUM.

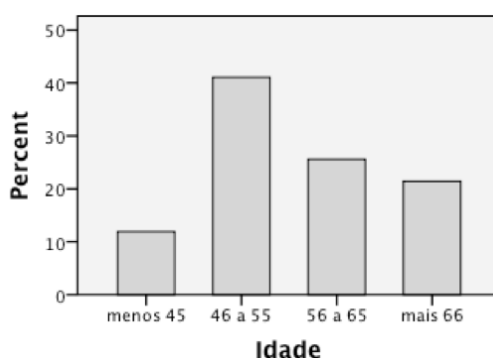


Gráfico 1 Estrutura etária da amostra

Na Tabela 2 verifica-se que em qualquer uma das etapas avaliativas da eficácia da cirurgia, descritas na Ilustração 1, com a utilização do Mini-Sling obtiveram-se taxas de cura relativas à IU superiores ao Sling.

As taxas de cura relativamente à IU para ambos os dispositivos atingiram 100% no período de internamento, mas diminuíram às 6 semanas, sendo esta redução mais notória para o Sling. (Sling-71.2%; Mini-Sling-91.6%).

Curiosamente, seis meses após a cirurgia, observou-se aumento da taxa de cura em relação ao Sling (76,4%) e uma diminuição para o Mini-Sling (85,5%), valores que se estabilizaram um ano após a cirurgia (taxas de cura 85,5% e 88,9%, para o Sling e Mini-Sling, respetivamente).

Relativamente às complicações e queixas descritas, estas variam consoante o método cirúrgico em questão e a fase pós-cirúrgica estudada.

Enquanto a única complicação uro-ginecológica pós-operatória relacionada com a utilização do Sling foi a lesão vesical ou de órgãos adjacentes (1,5%), apenas com o Mini-Sling se observou retenção urinária (2,8%), até às 6 semanas, e recidiva de cistocelo (1,4%), entre as 6 semanas e um ano após a cirurgia.

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Relativamente às queixas não urológicas, inexistentes no grupo Mini-Sling, as apresentadas pelas utentes no período de internamento, nomeadamente dor/desconforto na virilha (6,7%) manteve-se até um ano após a intervenção cirúrgica com Sling, embora em menor percentagem (0,7%). Em relação às queixas não urológicas precoces temporárias, descreve-se a dor pélvica (3,8%), enquanto que um ano após a colocação de prótese foi relatada dispareunia (0,4%), ambas com a utilização do Sling.

As diferenças encontradas não atingiram significância estatística (*p-value* superior a 0,05) exceto à sexta semana (*p-value* de 0,009; IC95% [60,8%-71,5%]) para o Sling e IC95% ([79,3%-98,5%]) para o Mini-Sling). Conclui-se, assim, que a taxa de complicações do Mini-Sling é mais reduzida do que do Sling, neste momento da avaliação mas não nos demais.

### Incontinência

**Ilustração 2** Incontinência urinária feminina (geral)

**Tabela 2** Taxas de cura, complicações e queixas relativas a todas as utentes

		n(total)=168	Int.	6 S.	6 M.	1 A.	
<b>Tratamento da incontinência urinária</b>	Melhoria total	S (%) (n=132)	100	71,2	76,4	85,5	
		MS (%) (n=36)	100	91,6	85,8	88,9	
	Melhoria parcial	S (%) (n=132)	0	13,6	14,5	10,7	
		MS (%) (n=36)	0	8,4	14,2	11,1	
	Sem melhoria	S (%) (n=132)	0	15,2	9,1	3,8	
		MS (%) (n=36)	0	0	0	0	
	Agravamento	S (%) (n=132)	0	0	0	0	
		MS (%) (n=36)	0	0	0	0	
	<b>Complicações</b>	Lesão Vesical ou de outros órgãos	S (%) (n=132)	1,5	0	0	0
			MS (%) (n=36)	0	0	0	0
Retenção Urinária		S (%) (n=132)	0	0	0	0	
		MS (%) (n=36)	2,8	2,8	0	0	
Recidiva de cistocelelo		Sling (%) (n=132)	0	0	0	0	
		MS (%) (n=36)	0	0	1,4	1,4	
<b>Queixas não urológicas</b>	Dor/Desconforto na virilha	S (%) (n=132)	6,7	1,3	0,7	0,7	
		MS (%) (n=36)	0	0	0	0	
	Dor pélvica	S (%) (n=132)	3,8	0	0	0	
		MS (%) (n=36)	0	0	0	0	
	Dispareunia	S (%) (n=132)	0	0	0	0,4	
		MS (%) (n=36)	0	0	0	0	

Nota: Int: Internamento 6S: 6 semana 6M: 6 meses 1A: 1 ano S: Sling MS: Mini-Sling

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Seguindo a estrutura expressa na Ilustração 1, vejamos agora as queixas e complicações mais frequentemente apresentadas pelas utentes, com diagnóstico prévio à cirurgia de IUE e IUM (Ilustração 3).

Na Tabela 3 é perceptível a diminuição da taxa de cura total, relativamente à IU para ambos os diagnósticos pré-operatórios, entre o período de internamento e a sexta semana após a cirurgia. Nas utentes com IUE houve progressivo aumento da taxa de cura aos 6 meses e 1 ano, com 79,6% e 83,5%, respetivamente, enquanto que nas utentes com IUM, entre as seis semanas e os seis meses, a taxa de cura desceu de 79,95% para 66,6%. No entanto, esta taxa subiu para 73,1% um ano após a cirurgia.

Destacam-se entre as complicações pós-cirúrgicas mais frequentes no período de internamento a lesão vesical peri-operatória (1,3%) e a retenção urinária (1,3%), ambas em utentes com diagnóstico de IUE.

No período de internamento, a queixa mais frequentemente relatada pelas utentes com diagnóstico de IUE foi dor/desconforto na virilha (6,7%), que se manteve até um ano após a intervenção cirúrgica, embora em percentagens mais reduzidas. A dor pélvica foi reportada apenas no período de internamento (3,3%) e na consulta de seguimento das 6 semanas (1,3%). Não foram apresentadas queixas pelas utentes com diagnóstico de IUM. (Tabela 3)

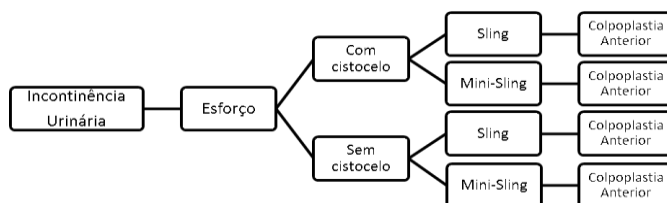
**Tabela 3** Taxas de cura, complicações e queixas por diagnóstico do tipo de incontinência urinária

		n(total)=168	Int.	6 S.	6 M.	1 A.		
Incontinência	Esforço	<b>Tratamento da incontinência urinária</b>	Cura	IUE (%) (n=153)	99.3	76.2	79.6	83.5
				IUM (%) (n=15)	100	79.95	66.6	73.05
			Melhoria parcial	IUE (%) (n=153)	0.7	19.5	16.45	11.9
				IUM (%) (n=15)	0	20.05	20.05	20.3
			Sem melhoria	IUE (%) (n=153)	0	4.3	3.95	4.6
				IUM (%) (n=15)	0	0	13.35	6.65
		Agravamento	IUE (%) (n=153)	0	0	0	0	
			IUM (%) (n=15)	0	0	0	0	
		<b>Complicações</b>	Lesão Vesical ou de outros órgãos	IUE (%) (n=153)	1,3	0	0	0
				IUM (%) (n=15)	0	0	0	0
			Retenção Urinária	IUE (%) (n=153)	1.3	0	0	0
				IUM (%) (n=15)	0	0	0	0
	Recidiva de cistocelo		IUE (%) (n=153)	0	0	0	0	
			IUM (%) (n=15)	0	0	0	0.7	
	<b>Queixas não urológicas</b>	Desconforto na virilha	IUE (%) (n=153)	6.7	1.3	0.7	0.7	
IUM (%) (n=15)			0	0	0	0		
Dor pélvica		IUE (%) (n=153)	3.3	1.3	0	0		
		IUM (%) (n=15)	0	0	0	0		
Dispareunia		IUE (%) (n=153)	0	1.3	0	0.7		
		IUM (%) (n=15)	0	0	0	0		
Mista								

Nota: Int: Internamento 6S: 6 semanas 6M: 6 meses 1A.: 1 ano S: Sling MS: Mini-Sling

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Avaliando a interferência de procedimento cirúrgico complementar nas doentes com cistocelo e IUE (Ilustração 4) verifica-se (Tabela 4) que das cento e trinta e uma utentes com IUE, mas sem inicial diagnóstico de cistocelo, sete realizaram colpoplastia anterior. Ao invés, das vinte e duas utentes com diagnóstico de IUE e cistocelo, seis não realizaram colpoplastia anterior, e dezasseis realizaram.



**Ilustração 4** Incontinência urinária de esforço

**Tabela 4:** Utentes com cistocelo e IUE consoante a realização de colpoplastia anterior

	Sem colpoplastia anterior	Com colpoplastia anterior
<b>Utentes sem diagnóstico prévio de cistocelo</b>	124	7
<b>Utentes com diagnóstico prévio de cistocelo</b>	6	16

Para as utentes que sem diagnóstico de cistocelo realizaram colpoplastia anterior, ambos os dispositivos obtiveram taxas de cura de 100% em todos os períodos, exceto às 6 semanas com o Sling (Tabela 5). Não foram registadas complicações nem queixas não urológicas com o Sling. No período de internamento, foi detectada como única complicação pós-cirúrgica a retenção urinária para a utente que realizou o procedimento com Mini-Sling.

**Tabela 5** Taxas de cura, complicações e queixas relativas a utentes que sem diagnóstico de cistocelo realizaram colpoplastia anterior

		n(total)=7	Int.	6 S.	6 M.	1 A.
<b>Tratamento da incontinência urinária</b>	Cura	S (%) (n=6)	100	85.7	100	100
		MS (%) (n=1)	100	100	100	100
	Melhoria parcial	S (%) (n=6)	0	14.3	0	0
		MS (%) (n=1)	0	0	0	0
	Sem melhoria	S (%) (n=6)	0	0	0	0
		MS (%) (n=1)	0	0	0	0
	Agravamento	S (%) (n=6)	0	0	0	0
		MS (%) (n=1)	0	0	0	0
<b>Complicações</b>	Retenção Urinária	S (%) (n=6)	0	0	0	0
		MS (%) (n=1)	100	0	0	0
<b>Queixas não urológicas</b>	Nenhuma utente apresentou queixas não urológicas					

Nota: Int: Internamento 6S : 6 semanas 6M. : 6 meses 1A. : 1 ano S: Sling MS: Mini-Sling

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Para as utentes com diagnóstico de cistocele, mas que não realizaram colpoplastia, a taxa de cura durante o período de internamento foi de 100% para ambos os dispositivos (Tabela 6). No entanto, desde a 6ª semana até ao 6º mês após a cirurgia a taxa de cura é superior para o Sling (Sling:75%; Mini-Sling:50%), igualando-se à do Mini-Sling um ano após a cirurgia (Sling:50%; Mini-Sling:50%). Nenhuma utente deste grupo apresentou complicações ou queixas não urológicas.

**Tabela 6** Taxas de cura, complicações e queixas referentes a utentes que com diagnóstico de cistocele não realizaram colpoplastia anterior

		n(total)=6	Int.	6 S.	6 M.	1 A.
<b>Tratamento da incontinência urinária</b>	Cura	S (%) (n=4)	100	75	75	50
		MS (%) (n=2)	100	50	50	50
	Melhoria parcial	S (%) (n=4)	0	25	0	25
		MS (%) (n=2)	0	0	0	50
	Sem melhoria	S (%) (n=4)	0	0	25	25
		MS (%) (n=2)	0	50	50	0
	Agravamento	S (%) (n=4)	0	0	0	0
		MS (%) (n=2)	0	0	0	0
<b>Complicações</b>	Nenhuma utente apresentou queixas pós-cirúrgicas					
<b>Queixas não urológicas</b>	Nenhuma utente apresentou queixas não urológicas					

Nota: Int: Internamento 6 S. : 6 semanas 6 M. : 6 meses 1 A: 1 ano S : Sling MS: Mini-Sling

A taxa de cura para as utentes que, com diagnóstico de cistocele, realizaram colpoplastia anterior, salvo no período de internamento (Sling:100% e Mini-Sling 100%), é consistentemente inferior para o Sling. Apenas uma utente (11,1%) apresentou dor pélvica no pós-operatório de colocação de Sling. Não foram reportadas outras queixas nem complicações pós-operatórias. (Tabela 7)

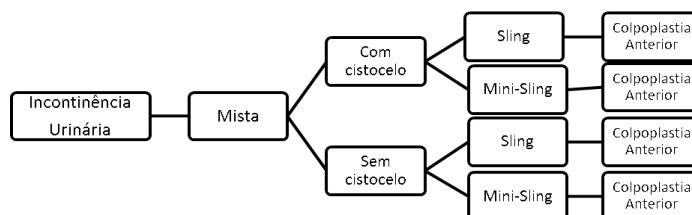
**Tabela 7** Taxas de cura, complicações e queixas relativas às utentes que com diagnóstico de incontinência urinária de esforço e cistocele realizaram colpoplastia anterior

		n(total)=16	Int.	6 S.	6 M.	1 A.
<b>Tratamento da incontinência urinária</b>	Cura	S (%) (n=9)	100	66.7	66.7	66.7
		MS (%) (n=7)	100	100	100	100
	Melhoria parcial	S (%) (n=9)	0	22.2	22.2	22.2
		MS (%) (n=7)	0	0	0	0
	Sem melhoria	S (%) (n=9)	0	11.1	11.1	11.1
		MS (%) (n=7)	0	0	0	0
	Agravamento	S (%) (n=9)	0	0	0	0
		MS (%) (n=7)	0	0	0	0
<b>Complicações</b>	Dor pélvica	S (%) (n=9)	11.1	0	0	0
MS (%) (n=7)		0	0	0	0	
<b>Queixas não urológicas</b>	Nenhuma utente apresentou queixas não urológicas					

Nota: Int: Internamento 6S. : 6 semanas 6M. : 6 meses 1A : 1 ano S: Sling MS: Mini-Sling

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Das utentes com diagnóstico de IUM (Ilustração 5), apenas uma, com cistocele, não realizou colpoplastia anterior (Tabela 8) tendo-lhe sido colocado Mini-Sling, com cura até um ano após a cirurgia, sem complicações. Todas as três utentes que, com diagnóstico de cistocele realizaram colpoplastia anterior, reportaram cura até um ano após a cirurgia, em todos os períodos, sem queixas ou complicações (Tabela 9).



**Ilustração 5** Incontinência urinária mista

**Tabela 8** Utes com cistocele e IUM consoante a realização de colpoplastia

	Sem colpoplastia anterior	Com colpoplastia anterior
Utes sem diagnóstico prévio de cistocele	11	0
Utes com diagnóstico prévio de cistocele	1	3

**Tabela 9** Taxas de cura, complicações e queixas de utentes com incontinência urinária mista com diagnóstico de cistocele realizaram colpoplastia anterior

		n(total)=3	Int.	6 S.	6 M.	1 A.
<b>Tratamento da incontinência urinária</b>	Cura	S (%) (n=3)	100	100	100	100
	Melhoria parcial	S (%) (n=3)	0	0	0	0
	Sem melhoria	S (%) (n=3)	0	0	0	0
	Agravamento	S (%) (n=3)	0	0	0	0
<b>Complicações</b>	Nenhuma utente apresentou queixas pós-cirúrgicas					
<b>Queixas não urológicas</b>	Nenhuma utente apresentou queixas não urológicas					

Nota: Int: Internamento 6 S. : 6 semanas 6 M. : 6 meses 1 A : 1 ano S : Sling MS: Mini-Sling

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Das utentes que tiveram necessidade de nova correção cirúrgica de IUE (13), seis enquadravam-se entre os 56 a 65 anos (Tabela 10) . Relativamente aos diagnósticos prévios à primeira cirurgia, a maioria apresentava IUE sem cistocele. No que respeita aos procedimentos complementares à IUE, nenhuma das utentes realizou colpoplastia anterior.

A proporção entre os Slings e os Mini-Slings difere, da primeira cirurgia para a segunda, como perceptível pela Tabela 10.

**Tabela 10** Faixas etárias, diagnósticos pré-operatórios e procedimentos cirúrgicos utilizados nas utentes sujeitas a duas intervenções cirúrgicas

Nº de utentes (n total=13)		
Faixa etária (anos)	<45	2
	46-55	4
	56-65	6
	>66	1
Tipo de incontinência urinária diagnosticada	IUE	12
	IUM	1
Diagnóstico de cistocele	Com cistocele	1
	Sem cistocele	12
Realização de colpoplastia anterior	Com colpoplastia anterior	0
	Sem colpoplastia anterior	13
Metodologia utilizada na primeira cirurgia	Sling	5
	Mini-Sling	8
Metodologia utilizada na segunda cirurgia	Sling	7
	Mini-Sling	6

A taxa de cura relativa à primeira cirurgia (Tabela 11) decresce ao longo do tempo, sendo que quem foi sujeita à intervenção cirúrgica com Mini-Sling apresentou queixas/complicações mais tardiamente. A complicação mais comum foi a extrusão da rede, mais precoce no Sling (20% no período de internamento), e a única queixa descrita foi a dor pélvica (Sling-28%).

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Tabela 11 Taxas de cura, complicações e queixas referentes à primeira cirurgia

			Int. (n=13)		6 S (n=9)		6 M (n=5)		1 A (n=1)	
Primeira cirurgia	Cura	S (%) (n=5)	100	S (%) (n=2)	100	S (%) (n=1)	100	S (%) (n=1)	100	
		MS (%) (n=8)	100	MS (%) (n=7)	58	MS (%) (n=4)	75			
	Melhoria parcial	S (%) (n=5)	0	S (%) (n=2)	0	S (%) (n=1)	0			
		MS (%) (n=8)	0	MS (%) (n=7)	0	MS (%) (n=4)	0			
	Sem melhoria	S (%) (n=5)	0	S (%) (n=2)	0	S (%) (n=1)	0	As restantes utentes foram submetidas a nova cirurgia antes da consulta de 1 ano		
		MS (%) (n=8)	0	MS (%) (n=7)	42	MS (%) (n=4)	25			
	Agravamento	S (%) (n=5)	0	S (%) (n=2)	0	S (%) (n=1)	0			
		MS (%) (n=8)	0	MS (%) (n=7)	0	MS (%) (n=4)	0			
	Complicações pós cirúrgicas	Retenção urinária	S (%) (n=5)	20	S (%) (n=2)	0	S (%) (n=1)	0	S (%) (n=1)	100
			MS (%) (n=8)	0	MS (%) (n=7)	0	MS (%) (n=4)	0		
		Hematoma	S (%) (n=5)	0	S (%) (n=2)	0	S (%) (n=1)	0		
			MS (%) (n=8)	20	MS (%) (n=7)	0	MS (%) (n=4)	0		
		Extrusão de rede	S (%) (n=5)	20	S (%) (n=2)	100	S (%) (n=1)	0		
			MS (%) (n=8)	0	MS (%) (n=7)	0	MS (%) (n=4)	25		
	Infecção local	S (%) (n=5)	20	S (%) (n=2)	0	S (%) (n=1)	0			
		MS (%) (n=8)	0	MS (%) (n=7)	0	MS (%) (n=4)	0			
	Queixas não urológicas	Dor pélvica	S (%) (n=5)	20	S (%) (n=2)	0	S (%) (n=1)	0		
			MS (%) (n=8)	0	MS (%) (n=7)	0	MS (%) (n=4)	0		

Nota: Int: Internamento 6 S. : 6 semanas 6 M. : 6 meses 1 A. : 1 ano S : Sling MS: Mini-Sling

Após a segunda cirurgia (Tabela 12) a taxa de cura da IU a médio prazo, com a utilização do Mini-Sling é superior. Apenas às 6 semanas o resultado foi o inverso (Mini-Sling: 83%; Sling: 100%), sendo que todas as complicações reportadas ocorreram com o Sling: retenção urinária (14%) no período de internamento, extrusão da rede (14%) um ano após a cirurgia e, como queixa a dor pélvica (28%) no período de internamento.

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

Tabela 12 Taxas de cura, complicações e queixas referentes à segunda cirurgia

			Int. (n=13)		6S (n=13)		6M (n=13)		1A (n=13)	
Segunda cirurgia	Melhoria total	S (%) (n=7)	100	S (%) (n=7)	100	S (%) (n=7)	57	S (%) (n=7)	58	
		MS (%) (n=6)	100	MS (%) (n=6)	83	MS (%) (n=6)	100	MS (%) (n=6)	100	
	Melhoria parcial	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	43	S (%) (n=7)	42	
		MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	17	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	
	Sem melhoria	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	
		MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	
	Agravamento	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	
		MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	
	Complicações pós cirúrgicas	Retenção urinária	S (%) (n=7)	14	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0
			MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0
		Extrusão de rede	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	14
			MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0
	Queixas não urológicas	Dor pélvica	S (%) (n=7)	28	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0	S (%) (n=7)	0
			MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0	MS (%) (n=6)	0

Nota: Int: Internamento 6 S. : 6 semanas 6 M. : 6 meses 1 A. : 1 ano S : Sling MS: Mini-Sling

## Capítulo 4 - Discussão

Embora a IUE feminina possa atingir qualquer faixa etária, é mais comum entre os 45-49 anos. (2)(11)(3) Neste estudo, verificou-se que 40,8% da amostra se enquadrava entre os 46 e os 55 anos.

Enquanto que a taxa de cura da IUE feminina um ano após a intervenção cirúrgica com Sling ronda os 80%, e com Mini-Sling ronda os 76% (7), no presente estudo, a taxa de cura foi de 83,3% para o Sling e de 91,6% para o Mini-Sling. Antes do ano as taxas variam, dependendo do período a ser analisado, entre os 71,2% e os 100% e 85,9% e 100%, respetivamente para cada um dos dispositivos ( $p\text{-value}>0,05$ ). Comparativamente ao Sling, o Mini-Sling foi desenhado com um trajeto mais curto e menos invasivo, com o intuito de reduzir as complicações e aumentar a eficácia do tratamento cirúrgico da IUE feminina. No entanto, o Mini-Sling é um dispositivo muito mais recente que o Sling, pelo que a avaliação da sua taxa de eficácia a longo prazo ainda não é possível. Atualmente estão a ser realizados estudos com esse intuito. (8) (9)

As utentes submetidas à intervenção cirúrgica com Mini-Sling, tendem a apresentar cura relativamente à IU mais precocemente do que com o Sling tradicional. (12) No entanto, após um ano, as taxas de cura para ambos os dispositivos são muito similares. (13,14) No presente estudo, registou-se uma diminuição acentuada, mas pontual e transitória da taxa de cura às seis semanas após a cirurgia, alteração mais notória com a utilização do Sling (71,2%). Esta percentagem sobe progressivamente no período subsequente, atingindo os 85,5% um ano após a cirurgia. Isto ocorre pelo fato de que no Mini-Sling a fita é colocada, sem tensão, adjacente à uretra, apresentando resultados prontamente satisfatórios, enquanto que no Sling a fita é colocada deixando uma “folga” de 2 a 3 mm em relação à uretra, e só após o processo de fibrose dos tecidos circundantes, que ocorre mais tardiamente, é que o suporte uretral fica adequado. (12)

As complicações precoces mais comumente associadas ao Sling são a perfuração vesical (2.7-13.8%), retenção urinária (2.3-19.7%) e hematoma pélvico (0.70-3.4%). Para além disso, no decorrer do primeiro ano após a cirurgia, a infeção do tracto urinário (3.7-22.3%), e extrusão da rede (0.5-1.5%) são as complicações mais prevalentes. A queixa pós-operatória mais comum é a dor pélvica (4%), seguida de urgência miccional (0.2-1.5%). (9) (10) (13) Neste estudo, a única complicação pós-operatória e que ocorreu com o Sling foi a lesão vesical ou de órgãos adjacentes (1.5%), enquanto que das queixas apresentadas pelas utentes no período de internamento, destacam-se apenas a dor pélvica (3,8%) e um ano após a cirurgia a dispareunia (0,4%).

Relativamente ao Mini-Sling, as complicações que surgem a curto prazo são perfuração vesical (0.64%), hematoma na fossa obturadora (0.64%), obstrução uretral (0.64%) . Neste

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

estudo, a retenção urinária foi a única complicação detectada, tanto no internamento (2.8%) como na consulta às 6 semanas(2.8%). Segundo a literatura, a queixa mais comum é urgência miccional (6.45%), não tendo sido descrita nenhuma ao longo de todo o estudo aquando da utilização deste dispositivo. (14)(15)

Das 168 utentes estudadas, 153 apresentaram diagnóstico de IUE e 15 de IUM. Entre os artigos revistos, a prevalência de IUE varia entre 22% e 49,8%, enquanto que a de IUU varia entre 9% e 15,9% e a de IUM varia entre 14% e 34,4%. Será possível admitir que esta discrepância de valores se pode dever, em alguns casos a diagnóstico erróneo, que a sintomatologia inerente à IUE se sobrepõe à de urgência, ou que a subjectividade inerente à história clínica possibilitam tais resultados. (16) (17) (18) (19)

A colocação de próteses suburetrais pode curar, tanto a componente de IUE, como melhorar significativamente a de urgência em 40-50 % dos casos. (20)(21)(22) No presente estudo, as taxas de cura são em média de 84,6% para as utentes com diagnóstico de IUE ( varia entre 76,2% e 99,3% consoante o período de estudo) e 79,9% para as utentes com diagnóstico de IUM (varia entre 66.6% e 100% consoante o período de estudo), sendo este resultado sobreponível ao apresentado pela literatura.

O exame objectivo deve incluir a pesquisa de prolapso uro-genital e rectal. A instituição do sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), levou a que vários artigos comesçassem a definir a epidemiologia do prolapso genital, e ofereceu um vislumbre do que diferencia prolapso genital patológico de suporte normal. No entanto, ainda não foi oferecido ao clínico um teste simples e confiável que, sem subjectividade, guiasse o diagnóstico. (23) Neste estudo, sete utentes com IUE, mas sem diagnóstico de cistocelo, realizaram colpoplastia anterior.

A colpoplastia anterior associada à colocação de próteses suburetrais tem demonstrado elevadas taxas de sucesso, apresentando poucas complicações, tendo assim vindo a substituir técnicas abdominais cirúrgicas mais invasivas. (24) Alguns estudos referem que em utentes que realizaram colpoplastia anterior e correção de IUE, a taxa de cura ao primeiro ano, em relação ao primeiro procedimento, foi de 96,7% e em relação ao segundo de 82%. (24) (25) Neste estudo, vinte e seis utentes realizaram ambos os procedimentos, com taxas de cura da IU a atingir os 100% um ano após a cirurgia e sem queixas de recidiva de cistocelo.

A literatura existente sugere que a taxa de repetição da cirurgia correctiva de IUE ronda os 8-9%. No entanto, não é claro qual o procedimento que está associado em maior escala a esta situação. (26) (27)

As razões que mais frequentemente conduzem à segunda cirurgia são a retenção urinária e extrusão da rede (28), e as taxas de cura variam entre os 54% e 74,3%. (29) (30)

## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

De todas as utentes que constituem o universo da população em estudo, 5% realizaram nova cirurgia, taxa que é inferior à da literatura. As complicações reportadas pelas utentes após a primeira cirurgia, apontam para retenção urinária, extrusão de rede e infeção local, corroborando dados anteriormente expostos. Após a segunda cirurgia, a média da taxa de cura geral atingiu os 77,38% [Sling(n=7)-58% e para o Mini-Sling(n=6)-100%], sendo sobreponível à apresentada pela literatura.

Não existem dados suficientes que possibilitem refutar ou recomendar as diferentes estratégias após o fracasso da colocação de próteses suburetrais.(31)

### **Secção 1- Limitações do estudo**

São limitações deste estudo o fato de ser retrospectivo, embora tivessem sido excluídas as utentes que não apresentavam dados suficientes de todos os parâmetros analisados, sem prejuízo do tamanho da amostra, a possível subestimação da sintomatologia e da incidência de complicações por serem passíveis de subjetividade na sua deteção e, naturalmente a dimensão da amostra.

No entanto, os resultados registados foram similares à literatura de suporte para a realização desta dissertação.

## Capítulo 5 - Conclusão

No presente estudo verificaram-se que as taxas de cura um ano após a cirurgia, tanto para o Sling, como para o Mini-Sling são elevadas e sobreponíveis às apresentadas pela literatura de suporte. Ao invés, a taxa de complicações e queixas reportadas durante todo o estudo foi inferior àquela apresentada pelos artigos revistos.

A taxa de cura ao fim de um ano de utilização das próteses suburetrais é superior para o Mini-Sling relativamente ao Sling. Para além disso, a taxa de complicações e queixas não urológicas é inferior aquando da utilização do Mini-Sling.

Para além da elevada eficácia, da reduzida taxa de complicações, e da curta curva de aprendizagem, a diminuição do tempo de internamento e de recuperação associados à redução de custos são características que apelam à utilização do Mini-Sling.

A colocação de próteses suburetrais tem-se tornado o procedimento *gold-standart* no tratamento da IUE. É, no entanto importante avaliar as futuras tendências, não descurar a dinâmica inerente à técnica e procurar evidências a longo prazo relativamente à eficácia, aos riscos e às complicações dos diferentes tipos de Sling.

## Referências Bibliográficas

1. P.Abrams , Abrams A, Andersson KE, L.Birder , L.Brubaker , L.Cardozo , et al. 4th International Consultation on Incontinence; Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation of Urinary Incontinence, Pelvic Organ prolapse and Faecal Incontinence; 2009.
2. Oliveira CFd. Manual de Ginecologia Portugal: Permanyer; 2003.
3. Delancey J. Pathophysiology of urinary incontinence. 2008.
4. KE Andersson , R. Appell , L.Cardozo , C. Chapple , H. Drutz , J.Fourcroy , et al. Pharmacological Treatment of Urinary Incontinence. 2004 August.
5. EDM F, Nitti VW. Mid-urethral syntethic slings for female stress urinary incontinence. 2010: p. 596-608.
6. KO T, NG SC , Yeh GP , Hsieh PC , Lin LY , Chen GD. Outcomes of autologous slingplasty procedure treating female urinary incontinence. 2008: p. 949-54.
7. Rapoport Di, Howard N , Fenster,MD , Jamie E. Wright,MD. Reported complications of tension-free vaginal tape procedures: A review. BCMJ. 2007 Novembro.
8. U U, Henriksson L , Johnson P. Seven year follow-up of tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinene. Obst Gynecolo. 2004: p. 104;1259.
9. Alvarez-Brandés S. , Hualde-Afaro A , Jimenéz-Calvo J , Cebrian-Lostal JL , Jimenéz-Parra JD , Garcia-Garcia D,. Complications of female urinary incontinence surgery with mini-sling system. Actas Uro-Espanha. 2010: p. 893-7.
10. Hannestad YS , Rortveit G , Sandvik H , Hunskaar S. A community-based epidemiological saurvey of female urinary incontinence. Epicont. 2000.
11. K.Burgio , A.C Diokno , A.R. Herzog , K. Hjalmas , M.C. Lapitan. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. Intr Urogynecol. 2000 Nov.
12. Di R, Howard N, Fenster M, Jamie E, Wright M. Reported complications of tension-free vaginal tape procedures:A Review. 2007: p. 45,46.
13. Henriksson D, Johnson L. Seven year follow-up of tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. Obst Gynecolo. 2004: p. 104;1259.
14. Brandés A, Afaro G, Lostal C, Parra J. Complications of female urinary incontinence surgery with Mini-Sling system. Actas Uro-Espanha. 2010: p. 893-7.
15. Nitti VW. Treatment of stress urinary incontinence. Rewiews in Urology. 2001 Mar.
16. Yarnell, JW , Voyle, GJ , Richards, CJ. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. Journal of epidemiology and community Health. 1991 March: p. 71,72,73.

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

17. Milsom, I , Coyne, KS , Nicholson, S , Kvas, M , Chen, CI , Wein, AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. *Eur Urology*. 2013 August.
18. Grimshaw, R , Jain, P , Latthe, P. Management of mixed urinary incontinence. *Womens Health*. 2012 September.
19. SN, Lin , Klapper, AS , Wong, P , Shalom, DF , Winkler, HA. Quality of life after treatment with midurethral sling in patients with mixed versus stress urinary incontinence. *Neurourology*. 2011 November.
20. Chou, EC , Flisser, AJ , Panagopoulos, G , Blaivas, JG. Effective treatment for mixed urinary incontinence with a pubovaginal sling. *J. Urology*. 2003 August: p. 494-7.
21. Swift, Steven. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. *Current opinion in obstetrics and gynecology*. 2002 Nov.
22. Naumann G, Kolbl, H. Current developments and perspectives on the diagnosis and treatment of urinary incontinence and genital prolapse in women. *Akuelle Urology*. 2013 May: p. 201-6.
23. Bai S, Jeon, MJ , Chung, KA , Kim, SK , Park, KH. Relationship between stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Internation Urogynecology Jpurnal*. 2002 February: p. 256-60.
24. Capobianco, G , Donolo, E , Wenger, JM , Madonia, M , Cosmi, E , Dessole, M , et al. Efficacy and 9 years follow-up of posterior intravaginal slingplasty for genital prolapse. *Journal Obstetrics Gynaecology*. 2013 September.
25. Kjerulff, KH , Langenberg, PW , Greenaway, L , Uman, J , Harvey, LA. Urinary incontinence and hysterectomy in a large prospective cohort study in American women. *Journal Urology*. 2002 May.
26. Funk, Michele Jonsson , Nazema, Y , Siddiqui, MD , Kawasaki, Mie , M, Jennifer , Wu, M. Long-Term outcomes after stress urinary incontinence surgery. *NIH-Public Access*. 2012 July: p. 83-90.
27. Clifton, Marisa , Brian, J , Beborah, J , Lighter, Daniel. Risk of repeat Anti-Incontinence surgery following sling release: a review of 93 patients. *The journal of Urology*. 2013 September.
28. Parden, Alison , Gleason, Jonathan , Jauk, Virotia , Garner, Rachel , Ballard, Alicia , Richert, Holly. Incontinence outcomes in women undergoing primary and repeat midurethral sling procedures. *Obstetrics and Gynecology*. 2013 February: p. 273-8.
29. Charles T, Sow, Y , Saussine, C. Results of repeat midurethral sling for the treatment of recurrent female stress urinary incontinence. 2013. June.
30. Bakali E, Brian, S , Hilton, Paul , Tincello, Douglas. Treatment of recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery. *Cochrane*

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

database of systematic reviews. 2013 January.

31. Barber, Matthew D , Weidner, Alison , Sokol, Andrew , Amundsen, Cindy , Karram, Mickey , Ellerkmann, Mark , et al. Single-incision mini-sling compared with tension-free vaginal tape for treatment of stress urinary incontinence:a randomized controlled trial. Obstetrics and Gynecology. 2012 February.

## Anexo 1- Questionário

O presente questionário destina-se a recolher informação acerca das complicações no tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres.

Trata-se de um estudo retrospectivo, cuja amostragem compreende as doentes sujeitas à intervenção cirúrgica de colocação de prótese suburetral, no serviço de Ginecologia-Obstetrícia no CHCB entre os anos de 2006 a 2011. Não haverá contato direto com qualquer doente, sendo que apenas serão consultados os respetivos processos.

Este estudo faz parte do meu projeto de tese de Mestrado em Medicina, que está a decorrer na Faculdade de Ciências de Saúde, da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Dr. Humberto Gonçalves e Professor Doutor Martinez.

### Complicações no tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

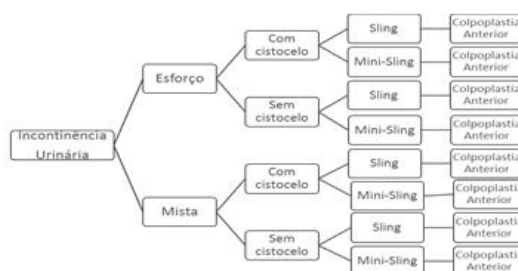
#### A. Critérios de inclusão

Tratamento da incontinência urinária de esforço	
Melhoria Total	
Melhoria Parcial	
Sem Melhoria	
Agravamento	
Complicações pós-cirúrgicas	Queixas não Urológicas
Retenção urinária	Desconforto na virilha
Infeção do trato urinário	Dor pélvica
Extrusão da rede	Disporeunia
Hematoma	Urgência miccional
Infeção local	
Lesão vesical	
Recidiva de cistocele	

#### B. Caracterização da população

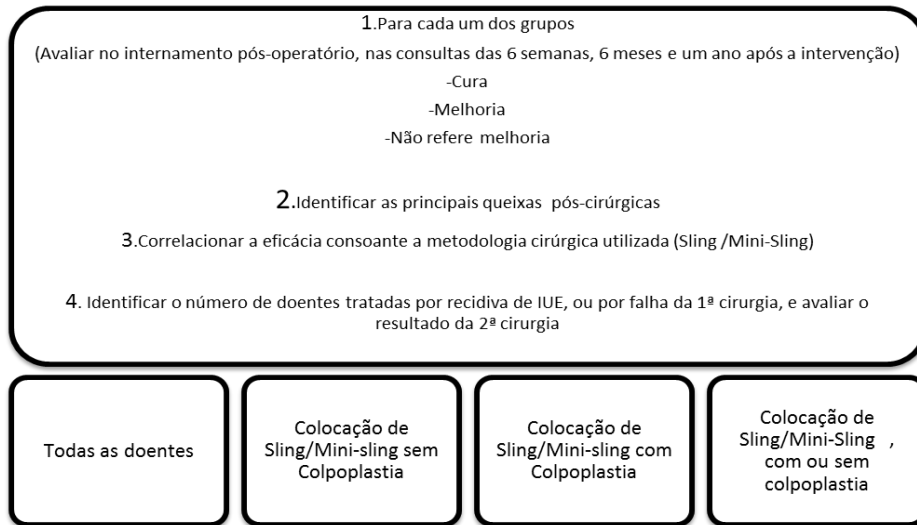
- Idade
- < 45 anos
- 46-55 anos
- 56-65 anos
- >66 anos

#### C. Diagnóstico pré-operatório / Técnica Operatória / Realização de Colpoplastia Anterior



## Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)

### D. Resultados



Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)

Anexo 2- Autorização da Comissão de Ética do CHCB, EPE para  
realização do estudo

<p><b>Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.</b> Gabinete de Investigação 07 FEV. 2013</p>		<p>Centro Hospitalar Cova da Beira Presente em reunião de CA 21/02/2013 Em 21/02/2013 Despacho: A.O. Presidente do CA Prof. Doutor Miguel Castelo Branco Vogal do CA Prof.ª Dra. Anabela Almeida Vogal do CA Técnica Superior Orminda Sousa Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros Entregado por Ent. António João Rodrigues</p>
Parecer:	Despacho: A.O. 1.2.2013	
<p><b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº8/2013 - "Complicações no tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)"</p>		
<p><b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração <b>DE:</b> Gabinete de Investigação e Inovação</p>		<p>N.º 7/GII Data 30/01/2013</p>
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Andreia Filipe Liberato Lobo, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Complicações no tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres (Sling e Mini-Sling)", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher - Serviço de Ginecologia-Obstetrícia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009." A Comissão de Ética decidiu ainda: .....</p> <p>Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade,...."</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>Rosa Saraiva</i></p> <p>? O Gabinete de Investigação e Inovação</p> <p><i>Rosa Saraiva</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Andreia Filipe Liberato Lobo 21/02/13</p>		

Complicações do tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres  
(Sling e Mini-Sling)