

AVALIAÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL EM PACIENTES COM E SEM PRESERVAÇÃO DO FEIXE VÁSCULO-NERVOSO

Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de BH
Serviço de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte

Rogério Saint-Clair Pimentel Mafra

Cirurgião Geral e Urologista. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia. Mestre e doutor em medicina. Assistente do serviço de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Preceptor da residência médica em urologia do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Pesquisador do CNPq. Professor Titular da Faculdade de Medicina FAMINAS BH.

Luis Paulo Elizeu Lima

Médico graduado pela faculdade de medicina – IMES.

Laiss Albino Gonçalves

Médica graduado pela faculdade de medicina – IMES.

Gabriela Amaral Negreiros

Acadêmica do curso de medicina – IMES

Milka Azevedo Borges

Médica especializanda em cirurgia geral do Hospital Santa Casa BH

Lorena Silva Fonseca

Médica residente em clínica medica do hospital Semper

Luiz Ronaldo Alberti

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da UFMG. Docente Pesquisador da Santa Casa de Belo Horizonte. Cirurgião Geral e Pediátrico, Gastroenterologista. Mestre e Doutor em Cirurgia pela UFMG. Membro Titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia e da SOBED, Pesquisador 2 do CNPq.

Endereço de Correspondência

Serviço de Urologia da Santa Casa de BH.
Avenida Francisco Sales, 1111, 4º andar – Ala C
Santa Efigênia – Belo Horizonte – MG – CEP: 30150-221
E-mail: rogerioscm@yahoo.com.br

Declaramos para os devidos fins que não existem conflitos de interesse no trabalho em que foi realizado, e também não houve recebimento de verbas ou financiamentos na execução deste trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma prostático tornou-se um problema de saúde pública no Brasil, configurando o segundo câncer mais comum no gênero masculino. Há diferentes modalidades de tratamento para o adenocarcinoma localizado, sendo a prostatectomia radical a mais utilizada. Relatos mostram que a incidência de incontinência urinária pós-prostatectomia variam entre 3% e 60%.

OBJETIVOS:

Avaliar incontinência urinária em pacientes pós-prostatectomia radical com a manutenção ou não do feixe vasculo-nervoso.

MÉTODOS

Avaliados 90 pacientes com adenocarcinoma prostático, diagnosticado por biópsia transretal, com indicação de prostatectomia radical, no hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Amostra dividida em 2 grupos iguais de acordo com a preservação (Grupo 1) ou não (Grupo 2) do feixe vasculo-nervoso. Análise estatística pelo *EpiInfo*; dados coletados registrados no *Epidata*. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Belo Horizonte, protocolo 110/2009.

RESULTADOS

Dois meses pós-cirurgia: 15 pacientes incontinentes no grupo 1 e 18 no grupo 2; 30 pacientes continentemente no grupo 1 e 27 no grupo 2 ($p=0,51$). Após seis meses: 8 pacientes incontinentes no grupo 1 e 10 no grupo 2. Boa continência: 37 pacientes no grupo 1 e 35 no grupo 2 ($p=0,59$). Comparou-se o grau de incontinência entre os dois grupos com dois e seis meses, para avaliarmos a evolução da incontinência, sendo que houve melhora da continência nos dois grupos, grupo 1 ($p=0,09$) e grupo 2 ($p=0,06$).

CONCLUSÕES

Não houve alterações estatísticas significativas quanto à continência urinária na prostatectomia radical com preservação ou não do feixe vasculo-nervoso.

Descritores: incontinência urinária, prostatectomia radical, feixe vasculo-nervoso, câncer de próstata

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata tornou-se um problema de saúde pública no Brasil, configurando o segundo câncer mais comum no gênero masculino, com incidência em torno de 60 mil novos casos no ano de 2012 (1). Nos últimos anos o exame digital retal (EDR) juntamente com o antígeno prostático específico (PSA) são os métodos mais recomendados para o rastreamento do câncer de próstata, uma vez que o PSA orienta a necessidade de biópsia, considerada padrão-ouro no diagnóstico deste câncer (2,3,4).

Segundo dados do CAPSURE (*Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor*), existem diferentes modalidades de tratamento para o câncer de próstata localizado, sendo a prostatectomia radical (PR) a mais utilizada, apresentando percentual de realização geral de 51,6% e de 86,3% em homens com idade inferior a 60 anos (5). A PR é o tratamento de escolha para este câncer por apresentar redução na mortalidade, progressão local e sistêmica da doença, bem como melhores resultados quanto à preservação da função sexual e da continência urinária, principais complicações da cirurgia (4, 5, 6, 7). Com a elevada incidência do câncer de próstata e os avanços terapêuticos, objetiva-se reduzir as principais complicações que o tratamento oferece, uma vez que estas repercutem diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

Estudos mostram que a preservação do feixe vasculo-nervoso, desde que este não seja lesado na operação, não acarretam alterações na função sexual (8, 9, 10, 11). Em relação à continência urinária não chegamos a conclusões, uma vez que existem diversos estudos, porém retrospectivos e com falhas metodológicas (12, 13). Relatos mostram que a taxa de incidência de incontinência urinária pós-prostatectomia são muito variáveis, oscilando entre 3% e 60% em diferentes séries.

OBJETIVOS

Avaliar a continência urinária em pacientes após serem submetidos a prostatectomia radical, de acordo com a manutenção ou não do feixe vâsculo-nervoso.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo, em uma amostra de 90 pacientes, com indicação de prostatectomia radical no período de dezembro/2009 a novembro/2010, no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. A população do estudo foi composta por pacientes com indicação cirúrgica para tratamento de adenocarcinoma da próstata, diagnosticado à biópsia transretal de próstata guiada por ultrassom e graduado pelo escore de Gleason^(3, 4). Foram excluídos os pacientes que apresentavam níveis de PSA acima de 10 ng/ml, cintilografia óssea positiva para metástases, escore de Gleason maior que 7 à biópsia prostática, toque retal com nódulo palpável, risco cirúrgico elevado e idade acima de 75 anos^(3, 4); de acordo com as contraindicações atuais da literatura^(3, 4). Também foram excluídos aqueles que por qualquer motivo, não desejaram participar da pesquisa.

Os pacientes foram subdivididos igualmente em 2 grupos de acordo com a preservação do feixe vâsculo-nervoso, sendo que no Grupo 1 foi mantido o feixe vâsculo-nervoso e no grupo 2 não. Para dividir os pacientes entre os dois grupos, avaliamos a potência sexual pelo IIEF (*International index erectile function*), sendo que os pacientes que apresentavam potência sexual prévia

eram submetidos à preservação do feixe vâsculo-nervoso, e os que não apresentavam, não eram submetidos a preservação.

A continência foi inicialmente avaliada na primeira consulta após a operação e nas demais consultas subsequentes; para fins dessa investigação, utilizou-se a avaliação com dois meses e seis meses após a operação⁽⁴⁾. A avaliação da continência foi feita ao interrogar os pacientes quanto a necessidade do uso de fraldas e forros íntimos e se havia ou não perda espontânea de urina^(3, 4). A coleta de dados foi realizada por meio do formulário padrão que continha informações acerca da anamnese, exame físico, indicação da operação, sintomas miccionais, disfunção erétil e preservação ou não do feixe vâsculo-nervoso.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do *software Epilnfo for Windows* e os dados coletados foram registrados no banco de dados do *software Epidata*. Foram utilizadas medidas de tendência central, variabilidade, médias, desvio padrão, teste de *Kolmogorov-Smirnov* e teste *t de Student*. Para a revisão bibliográfica, foram levantados artigos nas bases de dados Pubmed, SciELO e LILACS. A citação bibliográfica foi realizada com o uso do *software Endnote X5 for Windows*.

Com relação aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações das normas para pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde e dos principais documentos internacionais de Ética em Pesquisa (Declaração de Helsinki); sendo aprovada em 18/12/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, protocolo 110/2009. Os pacientes pesquisados foram devidamente esclarecidos verbalmente e através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A continência urinária foi avaliada dois e seis meses após a operação. Em dois meses após a operação, no grupo 1, 15 pacientes encontravam-se incontinentes e 18 no grupo 2; enquanto estavam continentemente 30 pacientes no grupo 1, e 27 no grupo 2 ($p=0,51$). Após seis meses; oito estavam incontinentes no grupo 1 e dez no grupo 2. Apresentavam boa continência 37 pacientes no grupo 1, e 35 no grupo 2 ($p=0,59$). (Tabela 1 e 2). Comparou-se o grau de incontinência entre os dois grupos com dois e seis meses, para avaliarmos a evolução da incontinência, sendo que houve melhora da continência nos dois grupos, grupo 1 ($p=0,09$) e grupo 2 ($p=0,06$). (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A continência urinária foi avaliada após dois (TABELA 1) e seis meses (TABELA 2) após a cirurgia, verificando-a em dois momentos distintos, em função de possível melhora da mesma no decorrer deste período. Tal fato pôde ser comprovado pela melhora da continência em quatro meses, período intermediário entre as duas avaliações. Para realizar tratamento cirúrgico da incontinência, espera-se um período de um ano após a cirurgia devido ao fato de, neste período, haver melhora espontânea da continência, bem como tentativa de tratamento fisioterápico, o qual apresenta resultados satisfatórios^(3,4). A maior dificuldade foi observar a existência ou não de incontinência, pois não se pode aferir a continência dos pacientes. Avaliou-se também o grau de incontinência entre os dois grupos aos dois e seis meses pós-cirúrgicos (TABELA 3), observando melhora da continência em ambos os grupos, grupo 1 ($p=0,09$) e grupo 2 ($p=0,06$), a fim de avaliarmos a evolução da incontinência no decorrer do período pós-cirúrgico.

Enquanto a disfunção erétil é um transtorno ocasional para os pacientes, a incontinência é um transtorno frequente e contínuo, o que limita a qualidade de vida destes pacientes, dificultando realizar suas atividades

diárias, ocasionando transtorno importante em suas vidas. A continência urinária hoje é importante fator pós-cirúrgico de prostatectomia radical⁽¹²⁾, pois gera para familiares e pacientes, ansiedade e estresse. Diversos estudos avaliaram se a preservação do feixe vasculo-nervoso melhoraria a continência urinária^(12,13,14). Porém existem limitações quanto ao método empregado, ao fato de diversos estudos serem retrospectivos⁽¹³⁾, definições do que é incontinência, metodologia e técnica da preservação do feixe vasculo-nervoso. Há estudos que mostram uma melhora da continência urinária com a preservação do feixe vasculo-nervoso^(15,16,17,18) porém não foi demonstrado esse fato em até dois meses após a cirurgia ($p=0,51$), bem como em seis meses ($p=0,59$). Mesmo não havendo neste trabalho uma relação entre a preservação do feixe vasculo-nervoso e a continência urinária, foram apresentados bons resultados de continência pós-operatória.

Mesmo sem uma definição adequada de incontinência urinária, ocorreu uma melhora dos resultados ao longo dos anos com a evolução da técnica cirúrgica. Menos de 1% dos pacientes persistem com incontinência urinária grave após um ano da cirurgia de prostatectomia radical⁽⁴⁾. A continência é adequada para maioria dos pacientes já em seis semanas de pós-operatório. Os resultados são melhores em hospitais com maior número de operações. Mais de 70% dos pacientes apresentam-se continentemente em 3 meses após a operação⁽⁴⁾. Após um ano propõe-se injeção de colágeno para incontinência leve e para os casos mais graves, a confecção de esfíncter artificial.

CONCLUSÃO

Não houve alterações estatísticas significativas quanto a continência urinária ao se realizar prostatectomia radical com preservação do feixe vasculo-nervoso, quando comparado a não preservação do mesmo, apesar de melhor qualidade de vida em relação à potência sexual pós-operatória na manutenção do feixe.

TABELA 1
INCONTINÊNCIA URINÁRIA DOIS MESES APÓS A OPERAÇÃO

Incontinência	Grupos				P
	Grupo 1		Grupo 2		
	N	%	N	%	
Presente	15	33,3	18	39,5	0,51
Ausente	30	66,7	27	60,5	

TABELA 2
INCONTINÊNCIA URINÁRIA SEIS MESES APÓS A OPERAÇÃO

Incontinência	Grupos				X ² = 0,135	p
	Grupo 1		Grupo 2			
	N	%	N	%		
Presente	8	17,1	10	21,1		0,59
Ausente	37	82,9	35	78,9		

TABELA 3
COMPARAÇÃO ENTRE O GRAU DE INCONTINÊNCIA

Grupos	Incontinência				p
	Aos dois meses		Aos seis meses		
	n	%	n	%	
Grupo 1					
Presente	15	33,3	8	17,1	0,09
Ausente	30	66,7	37	82,9	
Grupo 2					
Presente	18	39,5	10	21,1	0,06
Ausente	27	60,5	35	78,9	

REFERÊNCIAS

- 1 INCA - Instituto Nacional do Câncer. Câncer de próstata/Epidemiologia. Instituto Nacional do Câncer, 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/> Acesso em: 11 abr. 2013.
- 2 Reis JP, Ferraz J, Varela J, Romão A. Diagnóstico Precoce do Carcinoma da Próstata. *Acta Urológica* 2006, 23; 2: 77-83.
- 3 Junior NRN, organizador. *Urologia Prática*. 5 ed. São Paulo, SP: Roca; 2008.
- 4 Wein AJ, editor. *Campbell-Walsh Urology*. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Esfíncter urinário artificial na incontinência urinária masculina grave pós-prostatectomia*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/> Acesso em: 11 abr. 2013.
- 6 Pfitzenmaier J, Pahernik S, Tremmel T, Haferkamp A, Buse S, Hohenfellner M. Positive surgical margins after radical prostatectomy: do they have an impact on biochemical or clinical progression? *BJU Int*. 2008 Nov; 102(10):1413-8.
- 7 Swindle P, Eastham JA, Ohori M, Kattan MW, Wheeler T, Maru N, et al. Do margins matter? The prognostic significance of positive surgical margins in radical prostatectomy specimens. *J Urol*. 2005 Sep;174(3):903-7.
- 8 Nehra A. Medical and surgical advances in the radical prostatectomy patient. *Int J Impot Res*. 2000 Oct;12Suppl 4:S47-52.
- 9 Nelles JL, Freedland SJ, Presti JC Jr, Terris MK, Aronson WJ, Amling CL, et al. Impact of nerve sparing on surgical margins and biochemical recurrence: results from the SEARCH database. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2009; 12(2):172-6.
- 10 Schumacher M, Thalmann GN, Studer UE. Radical prostatectomy in the treatment of organ confined prostate cancer. *Ther Umsch*. 2006 Feb;63(2):143-50.
- 11 Su LM, Link RE, Bhayani SB, Sullivan W, Pavlovich CP. Nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy: replicating the open surgical technique. *Urology*. 2004 Jul;64(1):123-7.
- 12 Morash CG, Cagiannos I, Bella AJ. Improving outcomes post-radical prostatectomy: nerve-sparing status and urinary continence. *CUAJ*. 2009. Vol.3, 465.
- 13 Tzou DT, Dalkin BL, Christopher BA, et al. The failure of a nerve sparing template to improve urinary continence after radical prostatectomy: attention to study design. *Urol Oncol* 2009; 27:358-62.
- 14 Lima CLM, Vaz FP, Muller V. Incontinência urinária pós-prostatectomia: tratamento. *Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/> Acesso em: 12 abr. 2013.
- 15 Burkhard FC, Kessler TM, Fleischmann A, Thalmann GN, Schumacher M, Studer UE. Nerve sparing open radical retropubic prostatectomy—does it have an impact on urinary continence? *J Urol*. 2006; 176:189–95.
- 16 Eastham JA, Kattan MW, Rogers E, Goad JR, Ohori M, Boone TB, et al. Risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy. *J Urol*. 1996; 156:1707–13.
- 17 Sacco E, Prayer-Galetti T, Pinto F, Fracalanza S, Betto G, Pagano F, et al. Urinary incontinence after radical prostatectomy: Incidence by definition, risk factors and temporal trend in a large series with a long-term follow-up. *BJU Int*. 2006; 97:1234–41.
- 18 Toren P, Alibhai SM, Matthew A, Nesbitt M, Kalnin R, Fleschner N, et al. The effect of nerve-sparing surgery on patient-reported continence post-radical prostatectomy. *Can Urol Assoc J*. 2009 Dec; 3(6):465-70.