



CONSIDERAÇÕES SÔBRE CEM PROSTATECTOMIAS POR VIA TRANSVESICAL EM PORTO ALEGRE

Oscar R. Pernigotti *

I — Introdução

A busca das melhores soluções técnicas para a Prostatectomia são contínuas e as dificuldades para atingir resultados perfeitos, são grandes. Isso se deve a vários fatores derivados da idade avançada dos pacientes que a ela devem ser submetidos. Problemas pulmonares, cardiovasculares e metabólicos são os mais frequentes.

Também patologias provenientes da obstrução urinária, infecção, insuficiência renal, são fatores que conspiram contra as estatísticas da Prostatectomia.

A busca de uma técnica que produza menor sangramento ou que possibilite um melhor controle desse sangramento no post-operatório tem sido uma constante, desde a primeira prostatectomia até nossos dias. Assim, a cirurgia em dois tempos, o tamponamento da loja, o uso do Tubo de Marion, a pequena abertura da bexiga, a incisão ampla desse reservatório, a via perineal e a retropúbica de Millin, a ressecção endoscópica foram algumas das várias etapas da evolução da cirurgia da próstata.

A *prostatectomia de Millin*, foi um passo à frente, permitindo a perfeita visualização da região operada, facilitando a hemostasia e não trazendo consequências sobre a continência e a potência; graças a isso teve rápida aceitação e difusão, sendo a preferida por grande número de urologistas.

Apenas o fato de necessitar de instrumental especial e de ser de difícil realização no obeso e no indivíduo que já tenha sofrido manobras cirúrgicas na região hipogástrica, mesma simples função suprapúbica, e que nos levou a utilizar outra técnica.

Achamos que a prostatectomia pela Técnica de Millin é um método válido e que deva ser continuada pelos cirurgiões que com ela estão satisfeitos.

A *Ressecção Endoscópica* da próstata teve suas indicações excessivamente ampliadas em seus primeiros tempos. É um bom método para extirpar próstatas pequenas. O principal problema está situado no tempo necessário para ressecar uma próstata que, se prolongado além de uma hora, devido à absorção de água ao nível dos vasos prostáticos, traz consequências que tornam a R.E. de maior risco que a prostatectomia. Apenas os mais habilidosos e mais treinados com o método, e que portanto, ressecam mais na mesma unidade de tempo, é que podem operar próstatas maiores. No entanto, ressecionistas altamente qualificados são relativamente raros.

A *prostatectomia transvesical*, representa um ressurgimento da antiga técnica de Freyer, apenas que, abrindo amplamente a bexiga, permite perfeita visualização da região do colo vesical e da maior parte da loja prostática, facilitando a hemostasia.

* Professor-Adjunto, Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental — Departamento de Cirurgia, FMPPA/UFGRS.

O espaço para movimentação das mãos e instrumental é muito maior que no Millin, tornando mais fáceis as suturas.

A obesidade do paciente não é um fator que influi tanto quanto no Millin. Os resultados são aproximadamente os mesmos, daí ser válida a opção. É nossa opinião que a técnica transvesical é mais cirúrgica, permitindo a realização da prostatectomia em todos os casos, com ressecção do colo vesical e acesso direto a problemas vesicais associados.

Tem sido apresentadas muitas maneiras de realização da Técnica Transvesical (reepitelização da loja, tipos de incisão, local de colocação da sonda, etc.) recebendo então, nomes diferentes sendo, porém, apenas variantes de uma mesma técnica.

A prostatectomia é uma cirurgia relativamente fácil.

No entanto, a carência de enfermagem especializada pode modificar negativamente as estatísticas, não só quanto à morbidade, mas também quanto à mortalidade. Daí a necessidade de utilizar alguns truques, a fim de obtermos bons resultados.

Pretendemos, nesse trabalho, relatar exatamente como fazemos e quais os resultados que obtivemos.

II — Casuística

Baseamos nossas conclusões em cem casos consecutivos de prostatectomia transvesical, a maioria realizada no Hospital Ernesto Dornelles. Muitos casos operados em outros hospitais de Porto Alegre, não puderam ser aproveitados por não possuírem, esses nosocômios, um arquivo médico bem organizado.

A grande maioria de nossos pacientes foi revista no espaço de um ano mas alguns não puderam ser acompanhados por carecermos de organização de um sistema de «follow up», principalmente de pacientes da Previdência Social.

A *idade* de nossos pacientes oscilou entre 54 e 92 anos, sendo apenas dois, com menos de 55 anos e dezenove por cento (19%) com menos de 60 anos. A década na qual realizamos mais prostatectomias foi a de 65 a 75 anos, com 50% do total.

QUADRO I — Distribuição por Idade

Menos de 54 anos	—	.....	2	
55	—	59	—	..... 17
60	—	64	—	..... 15
65	—	69	—	..... 28
70	—	74	—	..... 22
75	—	79	—	..... 7
80	—	89	—	..... 7
Mais de 90 anos	—	.....	2	

(50%)

O *quadro clínico* mais frequente varia nas séries de diversos autores e isso porque os critérios de *indicação cirúrgica* são diferentes e conseqüentemente, os resultados estatísticos também são diversos em função desse fator.

Há cirurgiões, cuja opinião é de que a prostatectomia deva ser realizada desde o surgimento dos primeiros sinais clínicos a fim de operar indivíduos em melhores condições físicas. Outros há que optam por aguardar a evolução da enfermidade e apenas indicam a cirurgia quando, e se surgem riscos de infecção urinária ou para a função renal, ou então, quando surjam sintomas que perturbem a vida social ou profissional do paciente. Entre esses últimos, estamos nós, operando, portanto, geralmente indivíduos mais idosos.

Habitualmente, não recusamos senão os casos nos quais cremos que outras entidades patológicas não permitirão sobrevida, de molde a compensar o risco cirúrgico ou que ampliem muito esse risco.

Na verdade, esse problema, de realizar ou não a cirurgia, e de quando realizá-la, é muito subjetivo e depende principalmente da vivência e experiência do cirurgião e da filosofia pela qual encara a atividade médica.

Nos cem casos operados, a Hipertrofia da Próstata foi o resultado anátomo-patológico em 58 casos, isoladamente; em 23 casos, havia prostatite crônica associa-

da e, em 4 casos, adenocarcinoma. Em um caso tratava-se de adenocarcinoma.

Hipertrofia da Próstata:	58 casos
Hip. da Próstata + Prostatite:	23 casos
Hip. da Próstata + Adenocarcinoma: ..	4 casos
Adenocarcinoma:	1 caso

Quanto ao pêso, variou de menos de 20 gramas a 140 gramas, conforme quadro a seguir:

Menos de 20 gr. --	14 casos
21 a 30 gr. --	15 casos
31 a 40 gr. --	12 casos
41 a 60 gr. --	21 casos
61 a 80 gr. --	12 casos
Mais de 81 gr. --	4 casos

III — Pré-Operatório

Consideramos da maior importância a revisão clínica completa do candidato à prostatectomia.

Essa revisão deve ser feita nos dias que antecedem à cirurgia, de preferência já no hospital, dada a possibilidade de modificação rápida da situação clínica do paciente idoso.

É grande a freqüência de *problemas respiratórios* e, quando necessário, a cirurgia deve ser postergada por algum tempo a fim de que o paciente recupere o máximo possível de sua capacidade respiratória.

O aparelho cardiovascular deve ser revisado, a fim de compensar as deficiências existentes e para uma perfeita programação da anestesia.

A anemia, quando existente, corrigi-

da e as taxas metabólicas compensadas dentro do possível.

Os pacientes que tenham retenção completa de urina ou retenção crônica com resíduo grande (e principalmente infectado) e os que tenham apresentado hematúria, também devem ter a cirurgia postergada e permanecerem com sonda de demora durante alguns dias, a fim de permitir o desaparecimento ou redução do edema e congestão prostáticas, que são fatores que favorecem o sangramento tran e post-operatório.

Durante o período de revisão e espera, o paciente deve ser solicitado a locomover-se, fazer exercícios e a permanecer o menor tempo possível no leito.

Com esses cuidados pré-operatórios, que são da maior importância, a grande maioria dos pacientes é colocada em situação de suportar a cirurgia da próstata, com grande chance de bom resultado.

IV — Descrição da Técnica Operatória

O posicionamento da paciente, do cirurgião e auxiliares é o habitual para as prostatectomias.

- 1 — Incisão Transversal da pele e subcutâneo a dois Traveses de dedo, acima do bordo superior do púbis com aproximadamente 15 cms. de comprimento.
- 2 — Botoeiras Transversais na aponevrose do grande reto abdominal, de cada lado da linha média e a um través de dedo acima do bordo superior do púbis. Essas aberturas são prolongadas lateralmente com tesoura.
- 3 — Reparo dos bordos da aponevrose com pinças de Kocher, sendo liberada do músculo subjacente por dissecação com gases montados e na linha média, cranial e caudal, com tesoura.
- 4 — Divulsão da linha média separando os músculos retos no sentido longitudinal.
- 5 — Colocação do afastador de Gosset, separando os músculos.

- 6 — Reparo da parede vesical com dois pontos transfixantes de cotegute seguida por abertura transversal da bexiga. Retirada de Gosset.
- 7 — Fixação dos bordos da abertura vesical na aponevrose por alguns pontos separados (4 a 6 pontos).
- 8 — Contrabertura atravessando todos os planos, dois centímetros abaixo da incisão cutânea, na linha média e colocação do dreno de borracha. Esse dreno, que permanecerá no fim da cirurgia, serve para afastamento do bordo inferior da incisão, evitando o uso de afastadores, de Farabeuf que traumatizam o púbis.
- 9 — Colocação do afastador de Millin ou similar.
- 10 — O segundo auxiliar levanta a próstata empurrando-a para cima e cranialmente.
- 11 — Colocação de um ponto de tração na próstata.
- 12 — Incisão com bisturi elétrico, circularmente, em tórno do colo vesical até atingir o tecido postático.
- 13 — Clivagem da próstata, utilizando dedo e/ou tesoura.
- 14 — Secção de uretra com tesoura.
- 15 — Hemostasia da loja prostática (pontos em «x» no colo vesical e pinçamento com ligadura ou electrocoagulação dos pontos sangrantes).
- 16 — Colocação da sonda uretral. Geralmente, utilizamos sonda de Couvelaire nº 20 ou 22 sendo o balão enchido proporcionalmente ao volume da próstata, não fazendo no entanto, compressão demasiada sobre as paredes da loja.
- 17 — O dreno é colocado no espaço de Retzius e nos casos, nos quais desejamos fazer lavagem contínua, colocamos através da mesma contrabertura, sonda de Nelaton plástica nº 18.
- 18 — Fechamento da bexiga com sutura contínua de cotegute simples. São dados alguns pontos separados de reforço e aproximação sobre a sutura anteriormente feita, também com cotegute simples.
- 19 — Instalação de equipo de sôro fisiológico, ligado à sonda de Nelaton iniciando a lavagem contínua.
- 20 — Fechamento da parede por planos.

V — Cuidados Post-Operatórios

Post-operatório imediato

Ao ser retirado da sala de cirurgia, deve ser verificado o bom funcionamento da ou das sondas, bem como deve ser observado se a pressão arterial já está normalizada. O paciente em hipotensão com urina clara, pode, após a normalização da tensão apresentar hemorragia. É de todo interêsse que isso se verifique com o cirurgião ainda presente, a fim de que as medidas corretivas sejam tomadas sem delongas.

Na sala de recuperação, tôdas as medidas de contrôle e preventivas devem ser tomadas e os cuidados com a sonda devem ser freqüentes.

A inexistência, em nosso meio, de enfermagem especializada e o fato que são muito poucos esses profissionais habilitados a resolverem os problemas de drenagem urinária nos levou a tomar uma série de medidas, que tornamos rotina, a fim de evitar ao máximo, o manuseio das sondas pelo pessoal de enfermagem.

Assim, a lavagem contínua com sôro fisiológico que antes usávamos com certa parcimônia (principalmente nos casos de difícil contrôle do sangramento no transoperatório) foi por nós progressivamente mais utilizada até tornar-se praticamente rotina. Inicialmente, utilizávamos a sonda, com três vias, mas o pequeno calibre de luz dessas sondas, facilitando a obstrução nos levou ao uso de *duas sondas* na prostatectomia.

Assim, colocamos uma sonda de Nelaton de plástico nº 16 ou 18, na bexiga, penetrando pela contrabertura feita para colocação dos drenos no espaço de Retzius.

Na uretra, colocamos sonda de Couvelaire que, por ser semi-rígida permite aspiração de coágulos em caso de necessidade.

Através da sonda hipogástrica fazemos passar sôro fisiológico gôta a gôta (na média de 30 gôtas/minuto) aumentando ou diminuindo a velocidade de instilação conforme ditado pelo sangramento.

A sonda uretral é verificada com certa frequência, mas não manuseada e muito menos são feitas aspirações com seringa desnecessariamente.

Em casos de hematúria intensa, pode ser usado o sôro gelado e, finalmente o sôro fisiológico com nor-adrenalina.

Em alguns casos de mau funcionamento da sonda uretral, invertemos as funções das sondas, fazendo penetrar o sôro pela uretral e a drenagem pela hipogástrica, com bons resultados.

A diminuição do sangramento leva à suspensão da lavagem contínua, ficando, no entanto, a sonda hipogástrica mais 24 horas, como medida de segurança. Ela é retirada na maioria dos casos, do 2º ao 5º dia.

O uso da sonda hipogástrica não trouxe maiores dificuldades ao fechamento da parede e não aumentou o tempo de hospitalização.

A drenagem do Retzius deve permanecer, no mínimo, 5 dias. A retirada precoce dos drenos facilita a permanência de cavidade com secreção no espaço retro-púbico facilitando o aparecimento de osteíte do púbis.

A sonda uretral é retirada dos 8 aos 12 dias, com urina clara, curativo seco e incisão cicatrizante (67 casos). Em 10 casos, retiramos a sonda dos 13 aos 15 dias (perfazendo 77% da casuística).

A dificuldade de fechamento da incisão operatória, por problemas tróficos, foi o que motivou, na maioria dos casos, a maior permanência da sonda uretral.

Apenas em um caso deveu-se à necessidade de tamponamento da loja, por sangramento incontrolável.

Como pudemos observar na casuística, os pacientes que usaram também sonda hipogástrica não tiveram, por esse motivo, aumentado o tempo de uso da sonda uretral.

	Sonda uretral	S. uretral e hipogástrica	Total
8 a 12 dias	53	14	67
13 a 15 dias	8	2	10
Mais de 15 dias	15 casos	5 casos	20

A sonda uretral teve que ser recolocada 15 vezes por deiscência de sutura e 2 vezes, por hemorragia tardia. Aqueles em que houver maior dificuldade de fechamento da parede pertenciam ao grupo de idade acima dos 70 anos, na proporção de 11 para 6, e apresentavam problemas de insuficiência renal com perturbações metabólicas, em sua maioria.

O uso da sonda hipogástrica, não trouxe acréscimo ao tempo médio de permanência da sonda uretral, nem tão pouco ao fechamento vesical.

VI — Complicações Post-Operatórias

São de três ordens:

- 1 — Cardiovasculares, respiratórias e metabólicas, conseqüência principalmente da idade avançada destes pacientes e que são minimizadas pelo cuidadoso preparo pré-operatório. O enfarte de miocárdio nos 3º e 13º dias de post-operatório, foram a causa dos dois óbitos de nossa série, em pacientes com 92 e 81 anos de idade.
- 2 — As complicações infecciosas devidas diretamente à cirurgia são mais frequentes.

A epididite manifestou-se em 10% de nossa casuística, desses, 7 em 10, tiveram que ter a sonda uretral recolocada. É, portanto, o catetismo repetido, um fator que aumenta a probabilidade de epidididite.

Em 9 casos, tivemos infecção de parede com pequena supuração que drenou sem conseqüências, a não ser o aumento do tempo de hospitalização.

Osteíte do púbis em 2 casos e uretrite purulenta em um caso, foram as outras complica es inflamatórias.

Injec�o de parede —	9
Osteíte pubiana —	2
Epididimite —	10
Uretrite aguda —	1

VII — Resultados

No conjunto de nossa casuística, tivemos 2% de mortalidade.

A incont ncia manifestou-se três vêzes, sendo duas passageiras e uma definitiva, em paciente que havia sofrido amputa o do reto um ano antes.

Em um caso manifestou-se disúria que necessitou ressec o endoscópica do colo vesical fibrosado, e em três casos estenose uretral que *necessitou dilata o*.

3 — Sangramento post-operatório

  a mais temida das complica es. Normalmente o sangramento   relativamente grande nas primeiras 48 horas, a urina torna-se rosada nas seguintes 48 horas, e nulo nos dias subseqüentes, porém, sem trazer problemas que perturbem o estado geral do paciente e não requerendo transfusão sanguínea.  sse quadro representa a média da evolu o post-operatória da maioria dos pacientes de prostatectomia.

Apresenta no entanto, algumas varia es para mais ou para menos que, no entanto, não trouxeram maior repercussão ou modifica o no resultado global da casuística.

No post-operatório imediato manifestou-se 22 vêzes sendo controlada pelo uso da sonda hipog stica e lavagem contínua com sôro fisiológico gelado (acrescentamos a  ste, um caso que o sangramento trans-operatório necessitou tamponamento da loja).

Nos dias seguintes, tivemos apenas um caso de sangramento que foi controlado com uso de sôro fisiológico com noradrenalina.

Em 2 casos tivemos hemorragia tardia sendo que um caso necessitou tamponamento da loja e outro evacua o dos coágulos por abertura vesical e recoloca o da sonda por mais alguns dias.

100 casos — Resultados

Bons —	93
Necessitam R. E. —	1
Incont�ncia Definitiva —	1
Mortes —	2
Estenose de uretra —	3

A mortalidade de 2% em um grupo de pacientes com idade avançada e muitos problemas associados demonstra a relativa segurança da prostatectomia que pode ser considerada uma cirurgia de pequeno risco desde que seguidos a risca todos os detalhes técnicos pr , trans e post-operatórios.

Sumário

Relata o A. sua experiência pessoal em 100 casos consecutivos de prostatectomia transvesical reportando-se às dificuldades dos cuidados post-operatórios por deficiências dos serviços auxiliares e justificando o uso de duas sondas para lavagem contínua.