

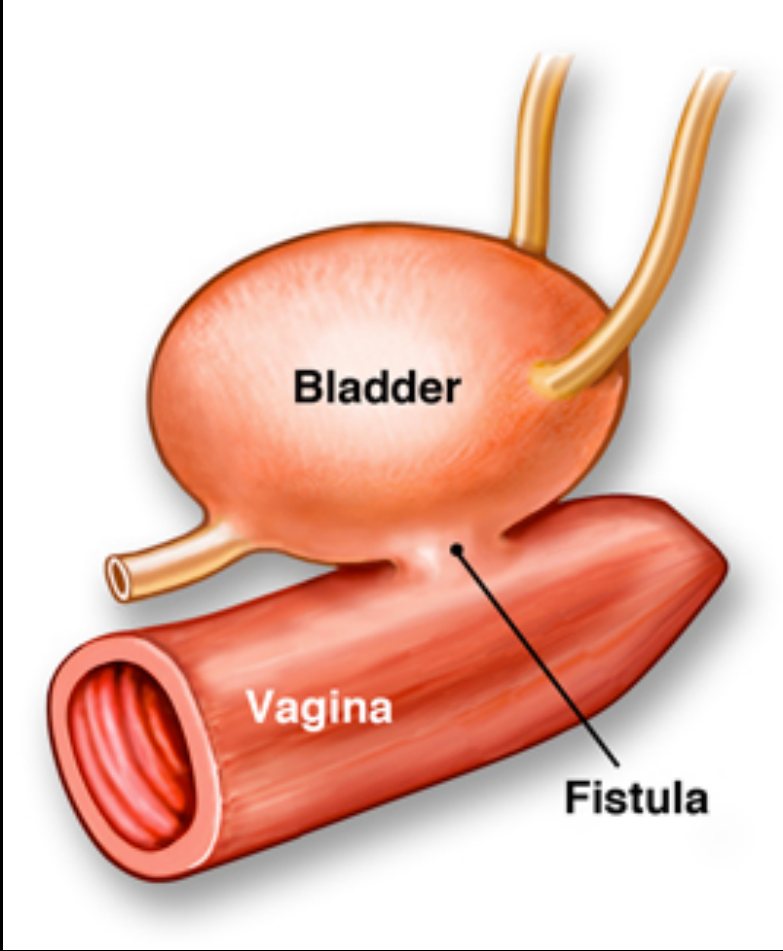


Tratamento cirúrgico da fístula vesicovaginal

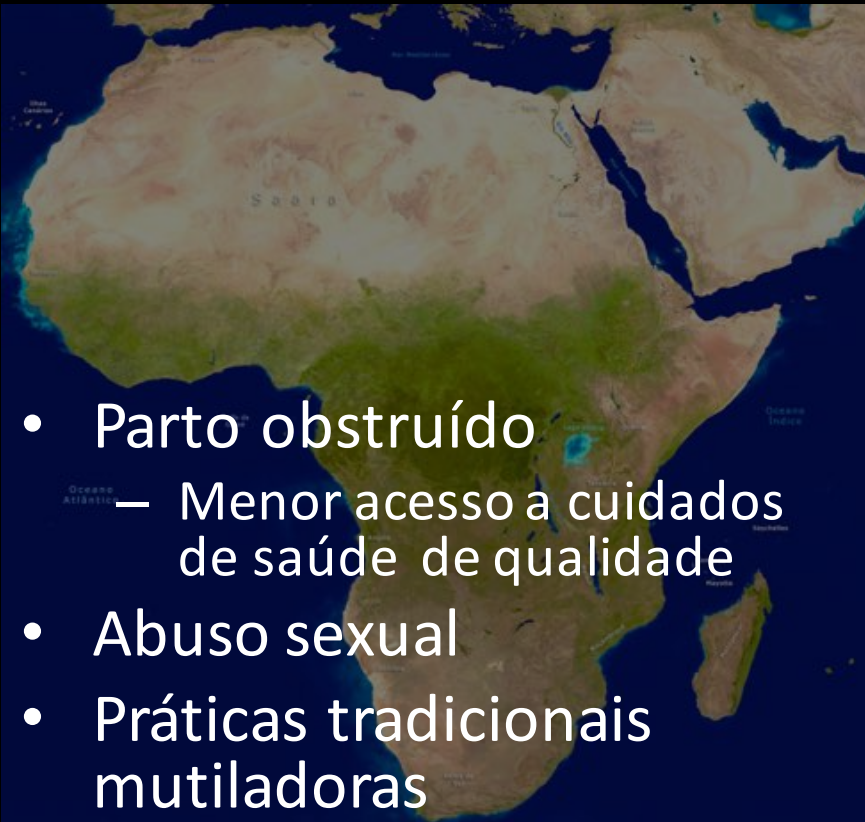
Frederico Furriel
Centro Hospitalar de Leiria

28 de Novembro de 2015






Etiologia

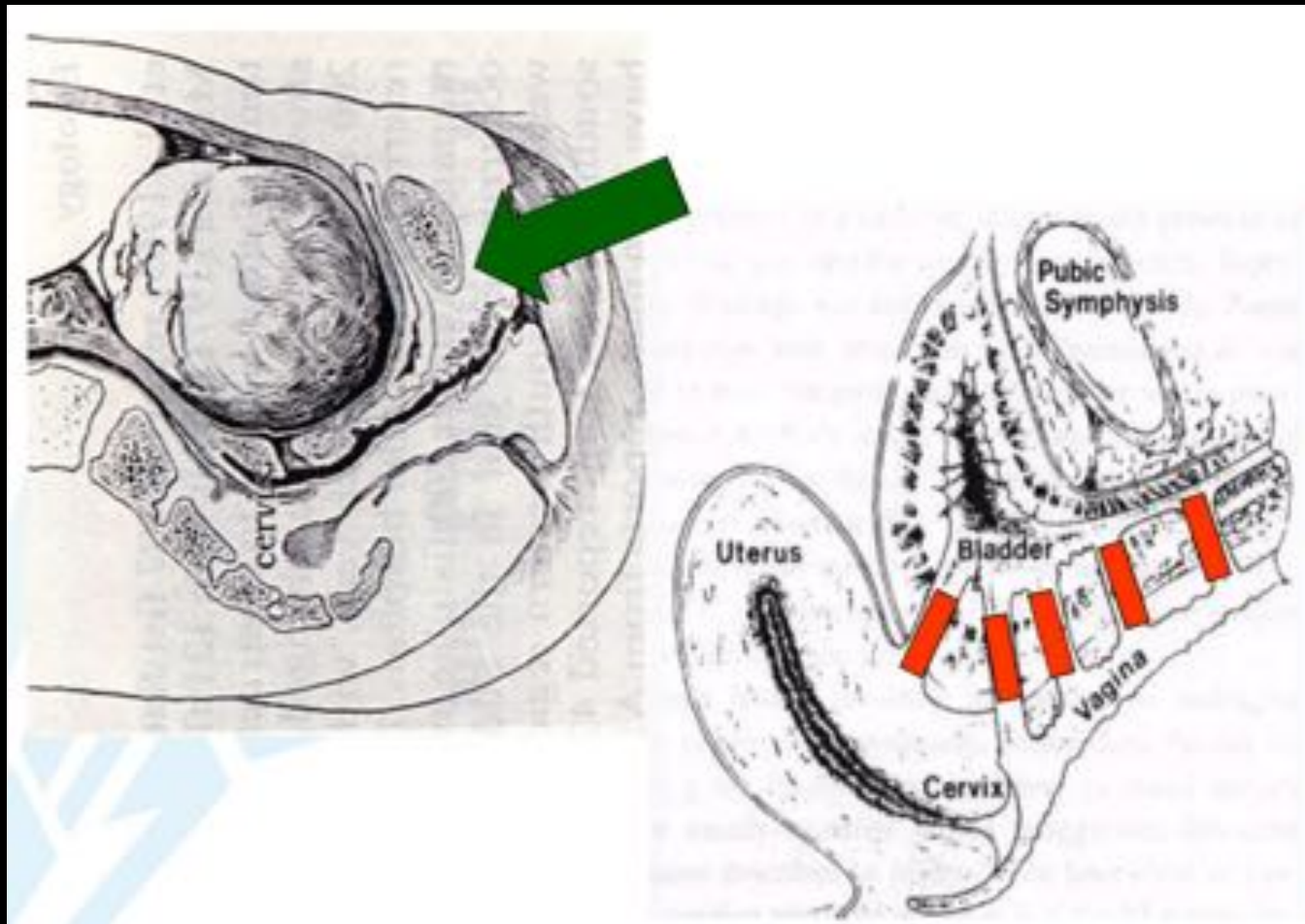
- 
- A satellite-style map of the African continent, showing the Sahara Desert in the north and the Nile River valley. The map is overlaid with a dark blue background for text.
- Parto obstruído
 - Menor acesso a cuidados de saúde de qualidade
 - Abuso sexual
 - Práticas tradicionais mutiladoras

Prevalência estimada 1,5/1000 partos
(Muleta 2007)
82.000 novos casos / ano

- 
- A satellite-style map of the European continent, showing the British Isles, Scandinavia, and the Mediterranean region. The map is overlaid with a dark blue background for text.
- Iatrogenia de procedimentos cirúrgicos
 - Histerectomia, cesariana, forceps, outros procedimentos ginecológicos e urológicos
 - Radioterapia

1:95 histerectomia radical por neoplasia
1:540 histerectomia abdominal por doença benigna
1: 2041 histerectomia vaginal por doença benigna
(Hilton 2012)

Parto obstruído



Fístulas devido a cirurgia pélvica

Factores de risco

- Aderências pélvicas
- Radioterapia prévia
- Distorção da anatomia pélvica
- Cirurgias prévias
- Cirurgia prolongada

Diagnóstico clínico

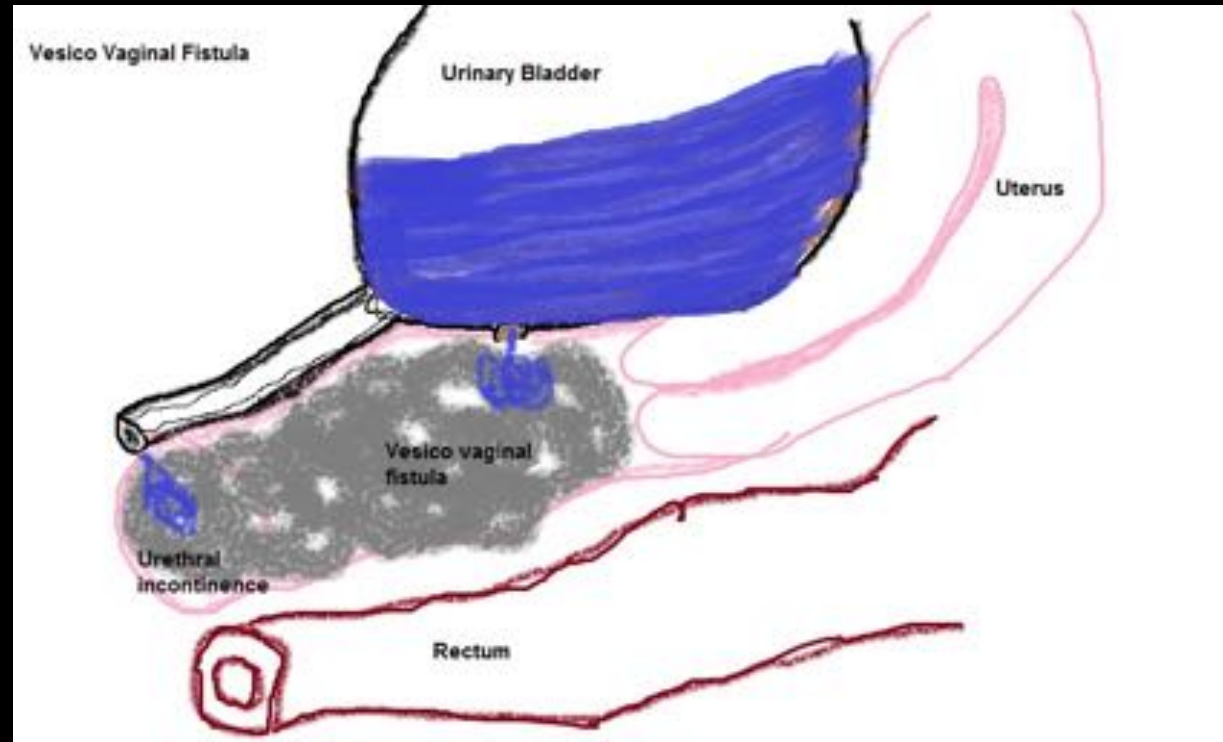


ASPECTOS A AVALIAR:

- Localização
- Dimensões
- Estado dos tecidos
- Envolvimento da uretra
- Envolvimento dos ureteres

Confirmação

1. Inserir compressa na vagina
2. Inserir sonda vesical e insuflar o balão
3. Encher a bexiga com azul de metileno+oro (200cc)
4. Puxar a sonda vesical



Interpretação:

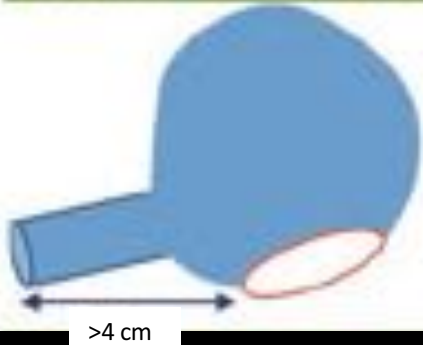
- Compressa azul = FVV
- Compressa azul apenas na extremidade externa= incontinência
- Compressa normal: ausência de FVV
- Compressa molhada, mas não azul = fístula ureterovaginal?



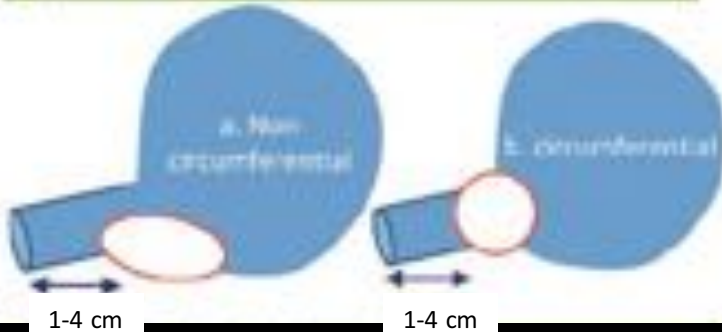
TESTE DAS 3 ESPONJAS

Chapple C, Turner-Warwick, BJUI
2005

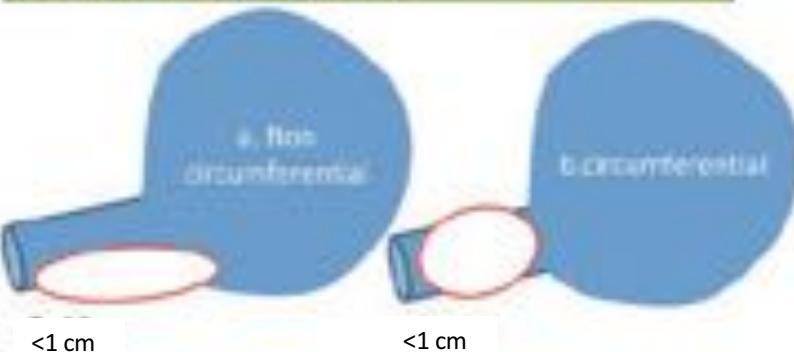
Type I : no urethral involvement



Type II A : proximal urethral involvement



Type II B : distal (& mid-)



Classificação de Waaldijk

- Distância entre o meato uretral externo e o bordo distal da fístula
- Envolvimento circunferencial/ não-circunferencial da uretra
- Maior diâmetro da fístula
 - >2 cm: pequena
 - 2-3 cm: média
 - 4-5 cm: grande
 - 6+ cm: extensa

TRATAMENTO

Indicadores de cura 100%:

- Continência completa, diurna e noturna
- Ausência de IUE
- Capacidade vesical > 200 mL
- Ausência de dispareunia
- Sem amenorreia traumática
- Capacidade fértil preservada (q.a.)

Tratamento

- A **complexidade** e **sucesso** dependem de:
 - Tipo de fístula (etiologia)
 - Tamanho
 - Grau de fibrose
 - Envolvimento da uretra, ureteres e bexiga
 - Pós-operatório e compliance do doente

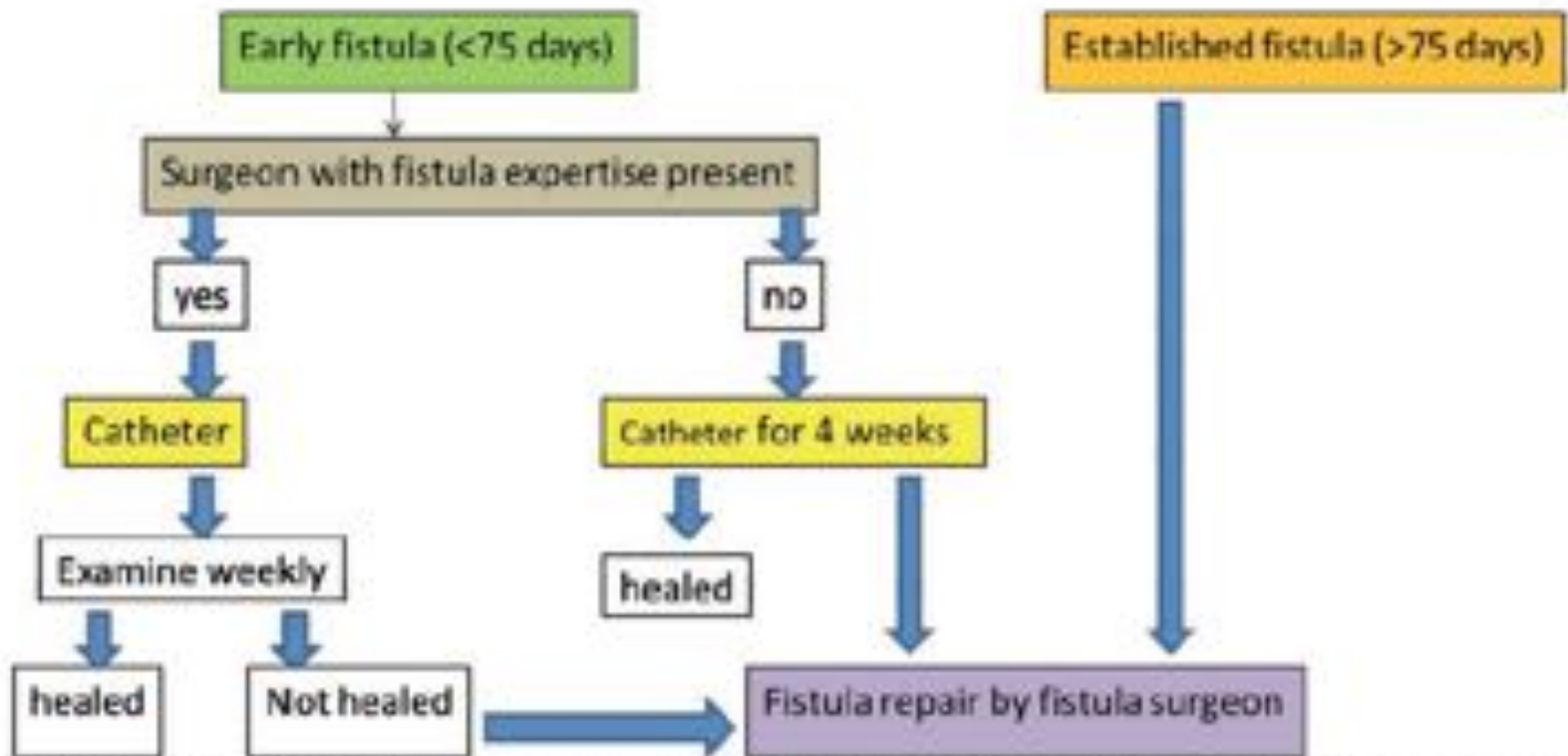


Figure 1. Algorithm to describe the management of fistula detected early (less than 75 days after obstruct labour) or later

Eficácia do tratamento conservador

Authors	Date	<i>N</i>	Spontaneous closure	%
Latzko	1942	39	9	23%
Falk & Orkin	1957	10	0	0%
Frang et al	1983	15	3	20%
Gorrea et al	1985	1	1	100%
Davits & Miranda	1991	4	4	100%
Tancer	1992	3	3	100%
Chittacharoen & Theppissai	1993	4	3	75%
Soong & Lim	1997	1	0	0%
Dogra & Nabi	2001	1	0	0%
Milicic et al	2001	21	0	0%
Mathevet et al	2001	4	2	50%
Lentz	2005	7	1	14%
Hilton	2011	238	19	8%
		348	45	13%
		Confidence interval		23%

Tratamento conservador

- O seu sucesso é a exceção, não a regra.
- Considerar apenas se:
 - Fístulas < 1cm
 - Fístulas recentes
 - Tecido saudável e bem vascularizado

Tratamento cirúrgico - opções

- Reparação vaginal
- Reparação abdominal aberta
- Reparação abdominal laparoscópica / robótica
- Derivação urinária

Quando operar?

- Apenas estudos retrospectivos, a maioria não mostrando diferenças nos resultados.
- **Paradigma clássico:**
 - 2-3 meses na VVF pós-cirúrgicas: Tendência para antecipação: logo que identificadas (<2 semanas)
 - 3-6 meses na VVF obstétricas (↓ edema, demarcação do tecido isquémico)
 - 6-12 meses nas VVF pós-RT (↓ vascularização)

Na prática, não há um timing consensual...decidir caso-a-caso

Princípios básicos de reparação de fístulas

- Exposição adequada
- Encerramento em múltiplos planos
- Interposição de tecidos
- Suturas não sobrepostas
- Minimizar risco de hemorragia/hematoma
- Minimizar risco de infecção

Cirurgia da FVV – Abordagem

	ABDOMINAL	VAGINAL
Exposição	Fístula do trígono/ colo vesical	Fístula alta pode ser difícil de expor
Função sexual	Sem alteração na morfologia vaginal	Risco de encurtamento vaginal
Retalhos adjuvantes	Omento Retalho peritoneal Retalho de recto do abdómen	Retalho de Martius Retalho peritoneal Pele glúteos Retalho gracilis

Indicações relativas

- ABDOMINAL

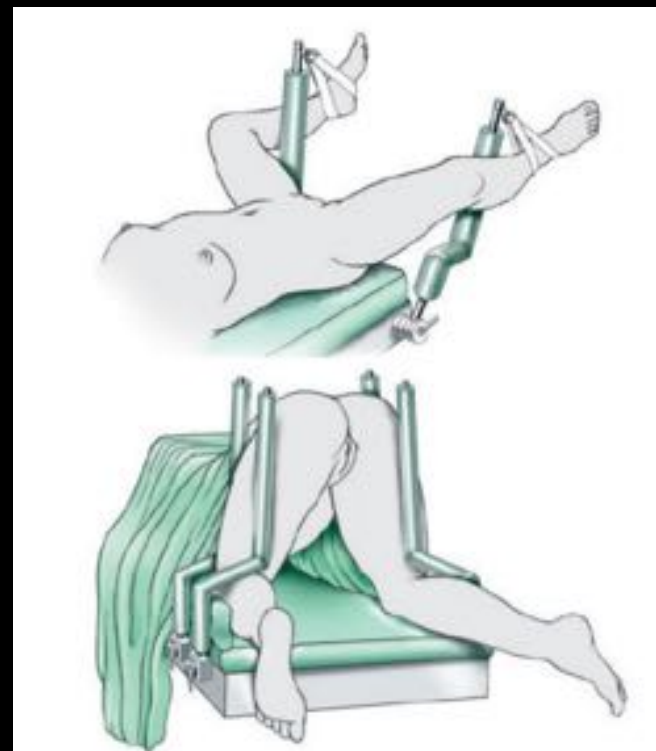
- Fístulas grandes
- Fístulas altas
- Fístulas pós-RT
- Falhanço de abordagem vaginal
- Bexiga de baixa capacidade (ampliação concomitante)
- Necessidade de reimplantação
- Impossibilidade de posicionamento em litotomia
- Cirurgia abdominal concomitante

- VAGINAL

- Fístulas pequenas, baixas e não complicadas

Escolha da abordagem

- A maioria das fístulas pode ser tratada por via vaginal
 - Cirurgia pouco invasiva
 - Menor tempo operatório
 - Alta taxa de sucesso (se experiência)
- Abordagem abdominal reservada para fístulas altas e algumas fístulas complexas
 - Necessidade de aplicação de epíplon, aumento vesical, etc
- Laparoscópica/ Robótica
 - Experimental



ABORDAGEM VAGINAL

FVV – Técnicas vaginais

- Técnica popularizada por Raz, Hayward, Collis&Lawson Tait).
- Encerramento em 3 camadas, ou 4 camadas se retalho.

Passo 1: incisão

Passo 2: mobilização de retalho na parede vaginal anterior

Passo 3: encerramento da fístula

Passo 4: encerramento do retalho da parede vaginal anterior

Passo 5: encerramento da parede vaginal

Identificar a fístula



Exposição

Suturas de tracção

Espéculo

Episiotomia

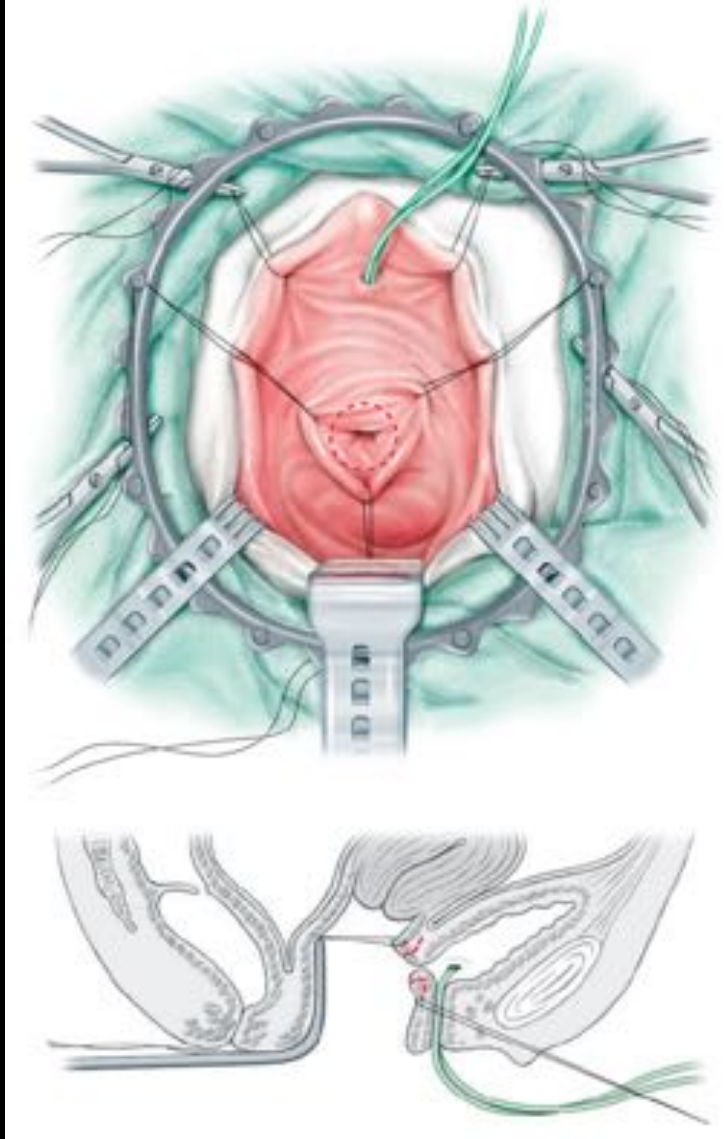
Azul de metileno

Catéteres uretéricos



De Ridder, 2013

Incisão, dissecação e mobilização

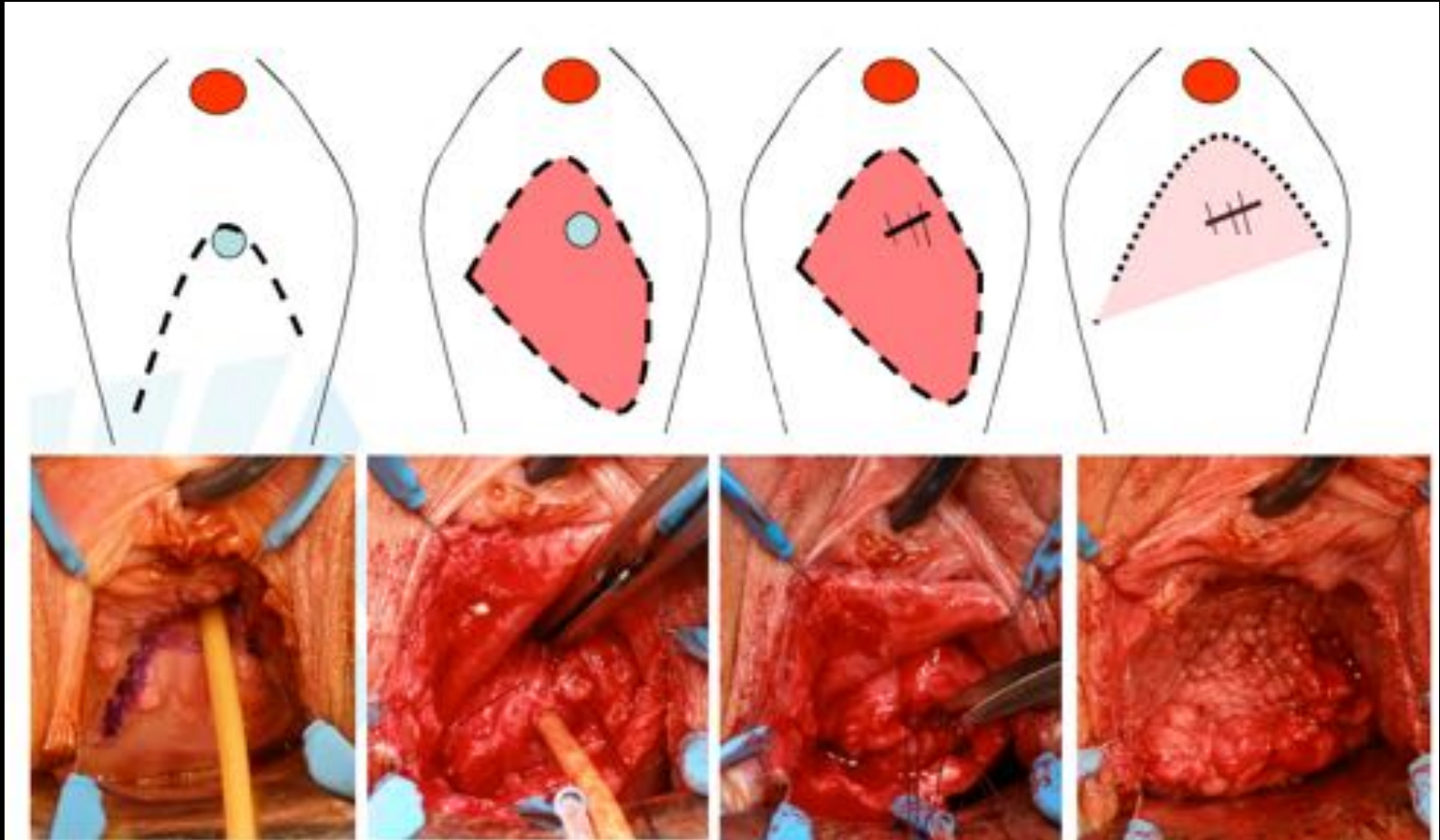


Incisão Circunferencial

Suturas de tracção vs.
sonda na fístula

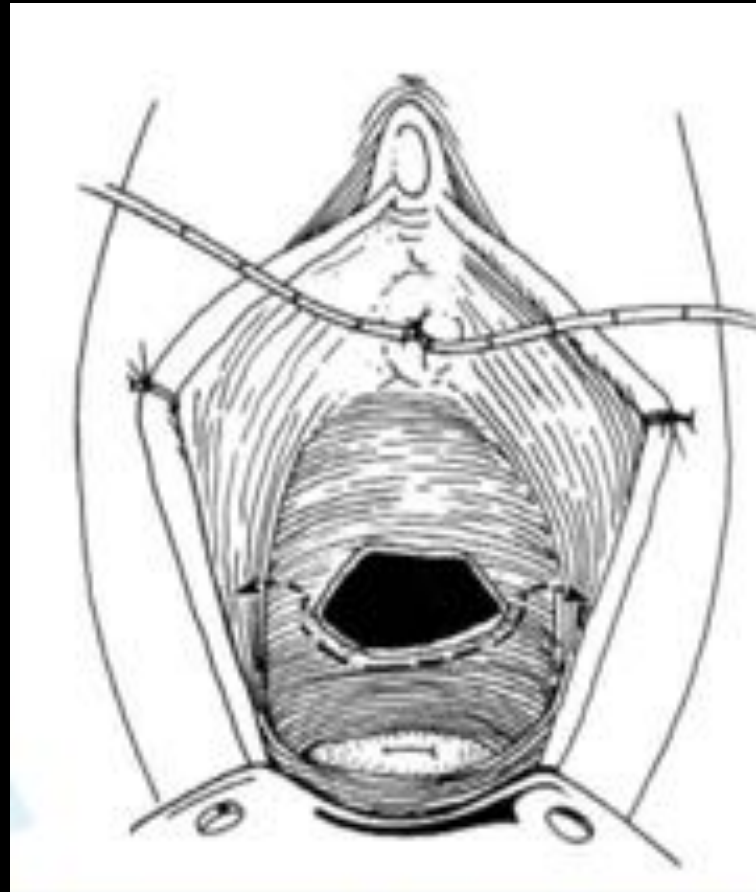
Incisão, dissecação e mobilização

Incisão em J/ U invertido, incorporando a fístula

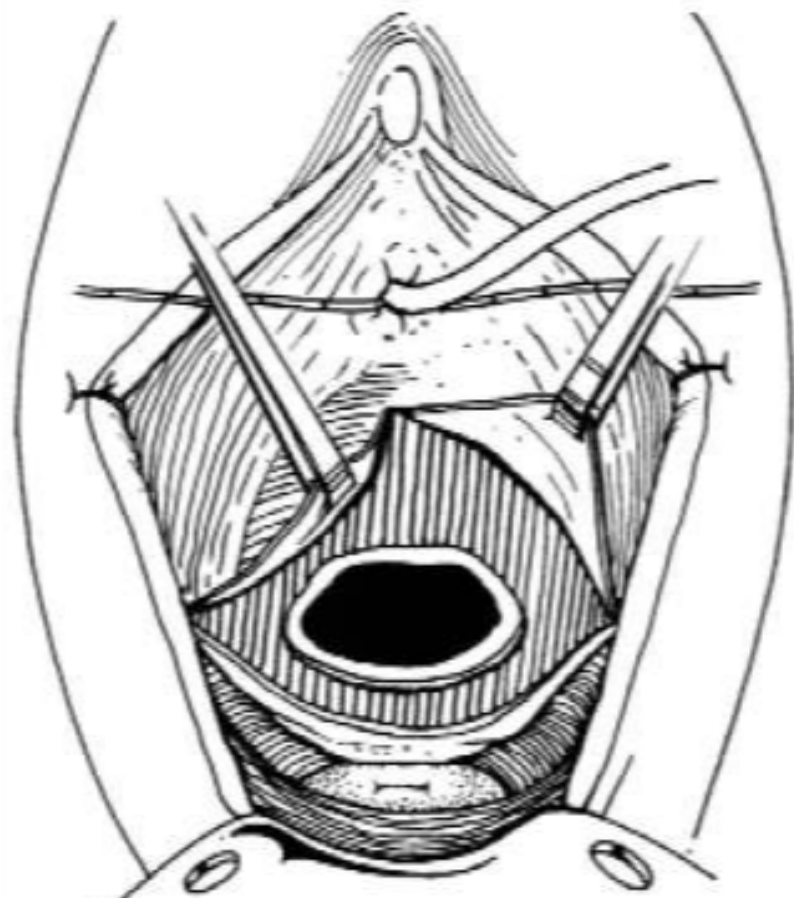
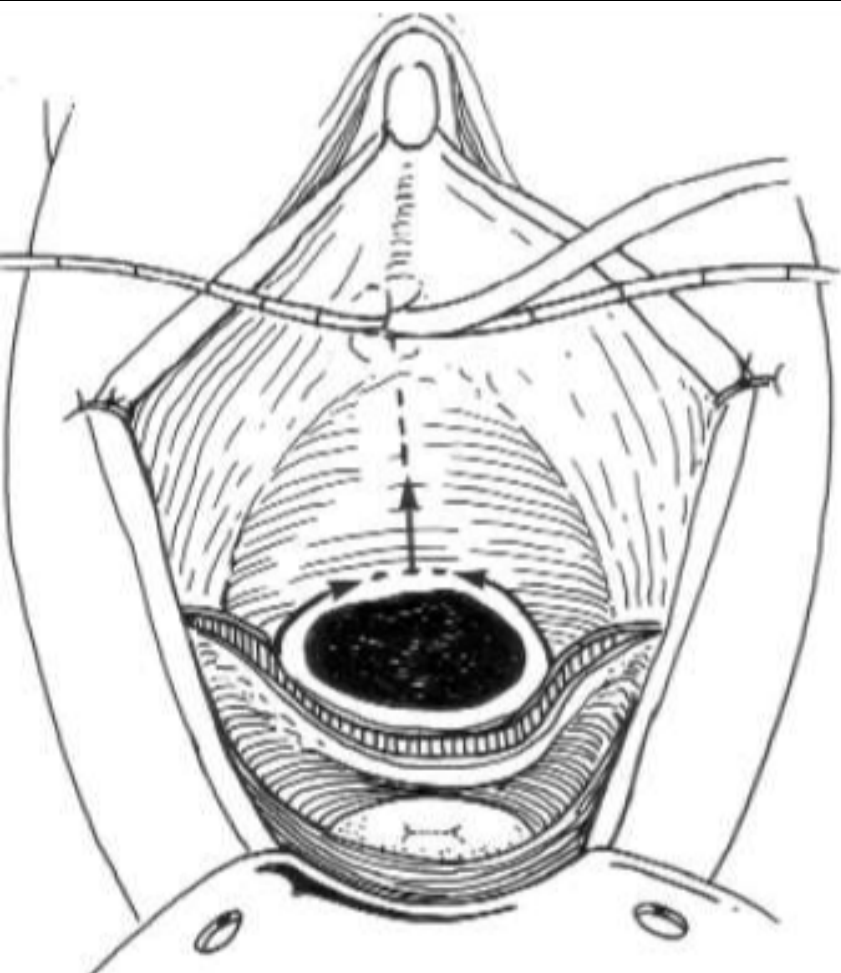


Incisão, dissecação e mobilização

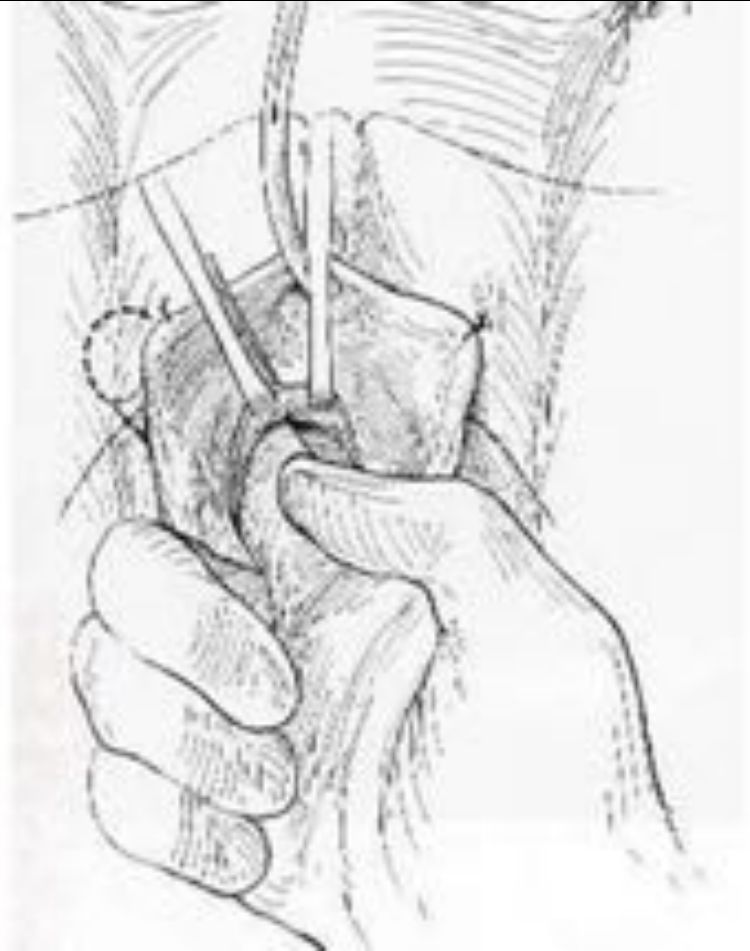
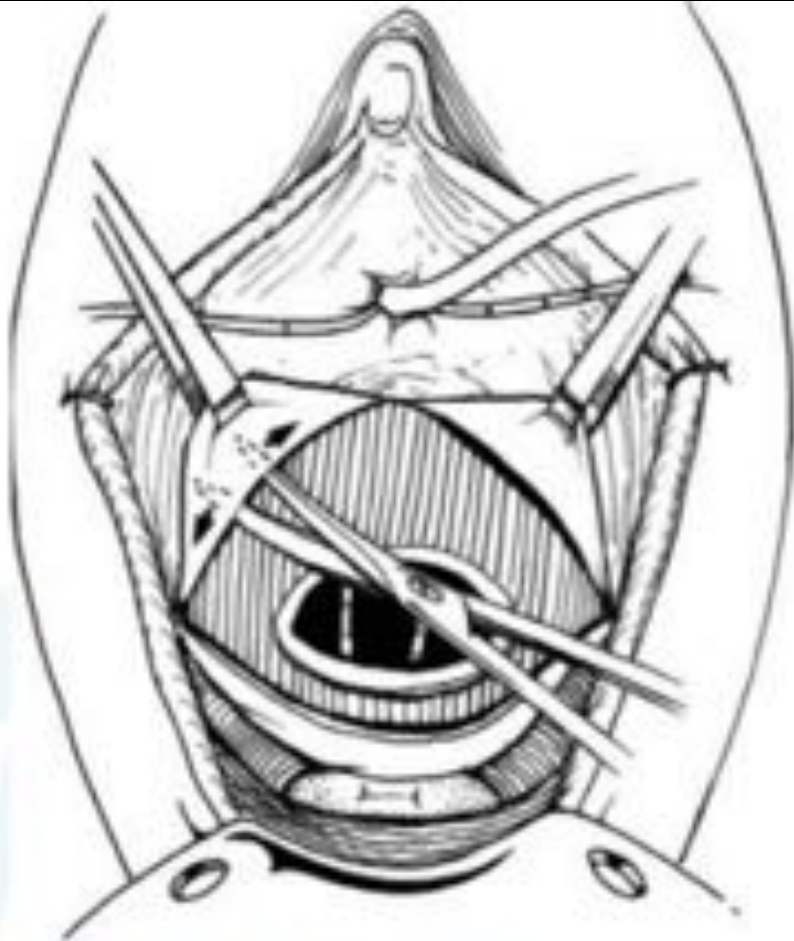
Incisão horizontal na base da fístula



Incisão, dissecação e mobilização



Incisão, dissecação e mobilização

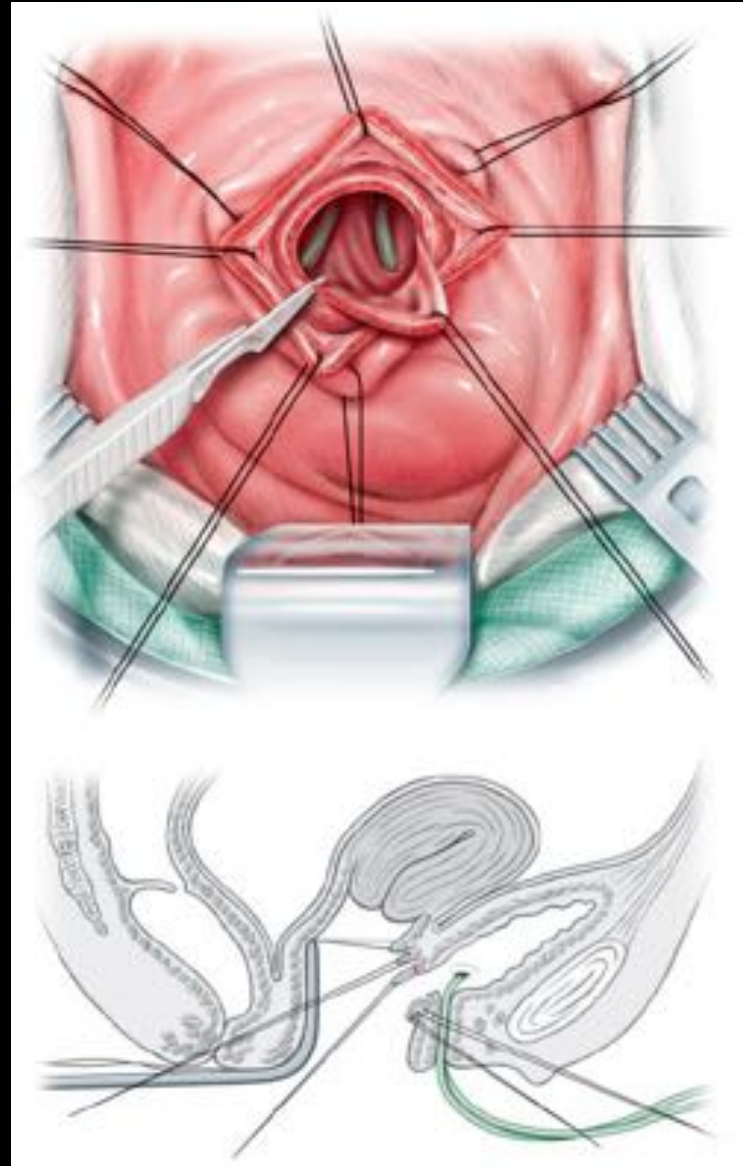


FVV – Técnicas vaginais



Incisão, dissecação e mobilização

Excisar vs. não excisar
os bordos do trajecto
fistuloso



Trajecto fistuloso: excisar vs. não excisar

- Não é sempre necessária; pode comprometer a reparação nalguns doentes.
- Algumas desvantagens da excisão:
 - Maior defeito tecidual que tem de ser encerrado.
 - O anel fibroso da fístula pode dar suporte ao encerramento
 - Pode originar sangramento → electrocoagulação → necrose
 - Se localização da FVV perimeática: excisão pode obrigar a reimplantação uretérica.



Encerramento

Fio absorvível 2/0

2 camadas, pontos separados 4 mm

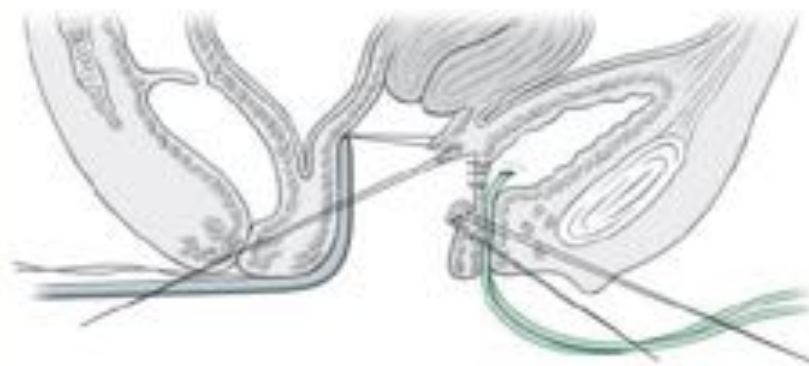
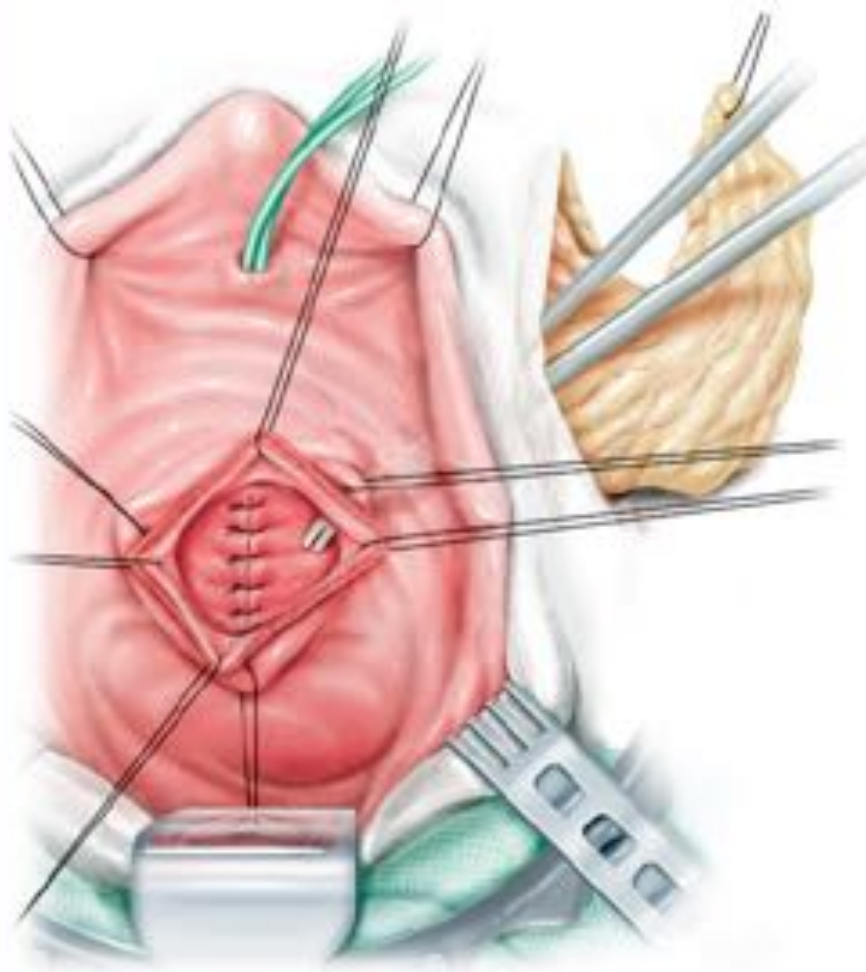
Apanhar bem o detrusor e a
fáscia pubocervical

Verificar entanquecimento (azul
de metileno intravesical)

Retalho Martius (opcional)

Encerramento do retalho vaginal
(fio absorvível 2/0, sutura
contínua travada)

Evitar sobreposição com a
sutura vesical



FVV – Utilização de retalhos

- Usar especialmente em situações complexas:
 - Fístulas recorrentes.
 - Fístulas após RT.
 - Fístulas obstétricas.
 - Fístulas de grandes dimensões.
 - Má qualidade dos tecidos circundantes.

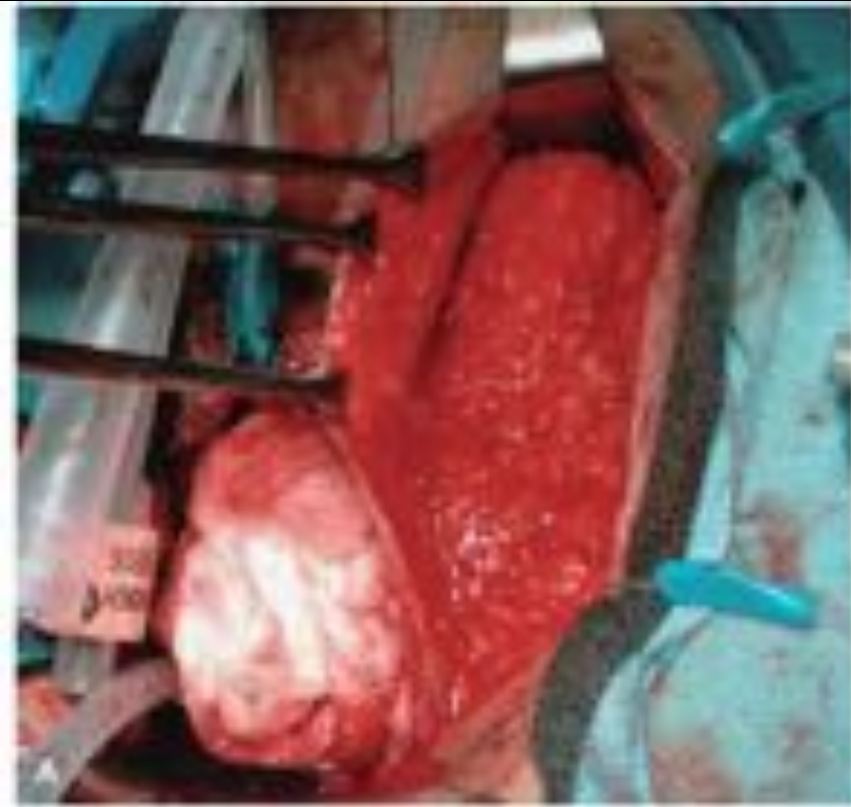
FVV – Retalho de Martius

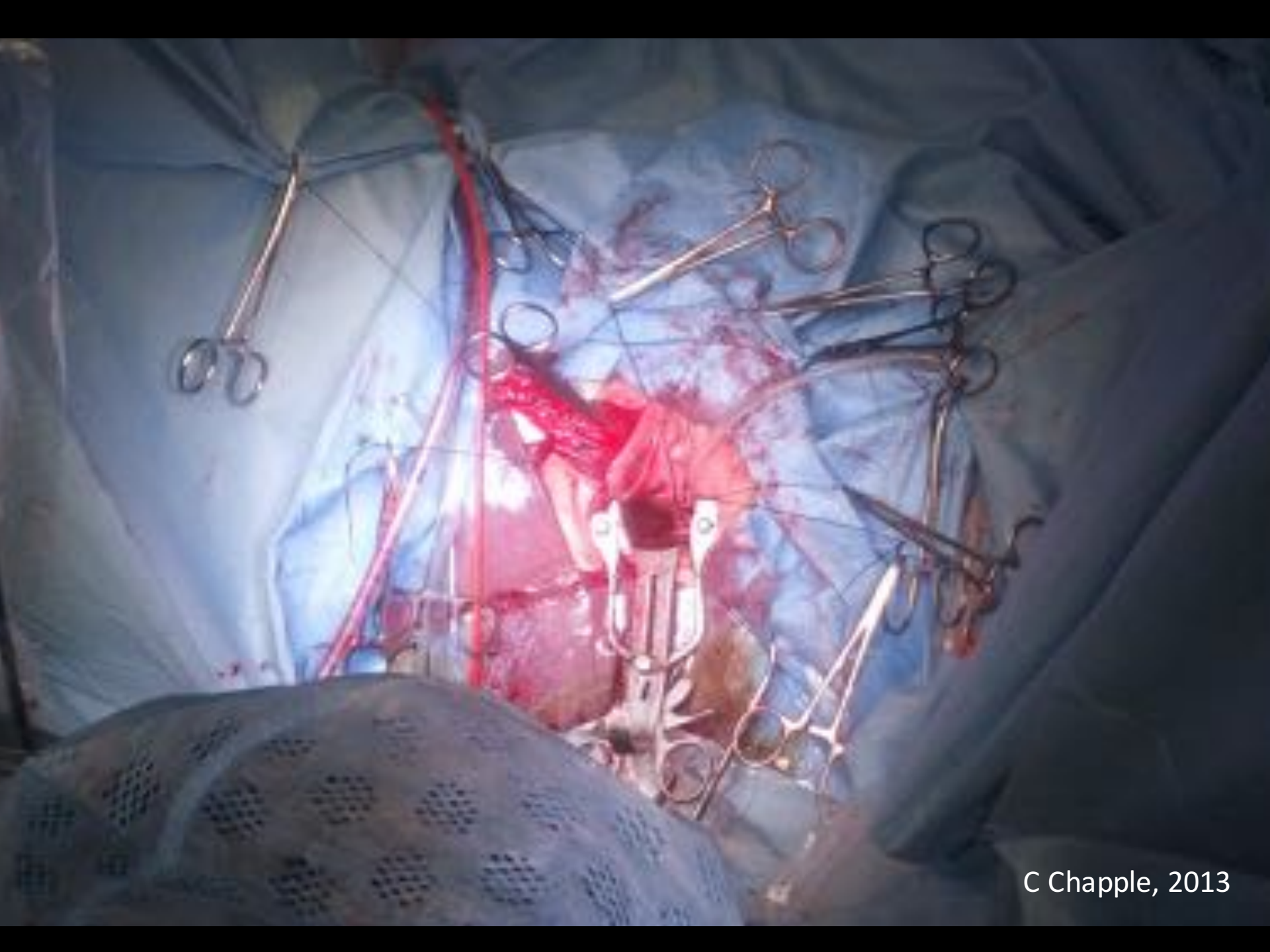
- Para fístulas distais (trígono, cólo vesical e uretra).
- Retalho fibroadiposo de grande lábio + m. bulbocavernoso
- Vascularização: inferiormente pelos vasos labiais posteriores (art. pudenda interna), superiormente pela art. pudenda externa e lateralmente pela art. obturadora.
- Fístulas pós-histerectomia: distância do grande lábio até à cúpula vaginal é considerável, irrigação e viabilidade podem ser comprometidas.



C Chapple, 2013





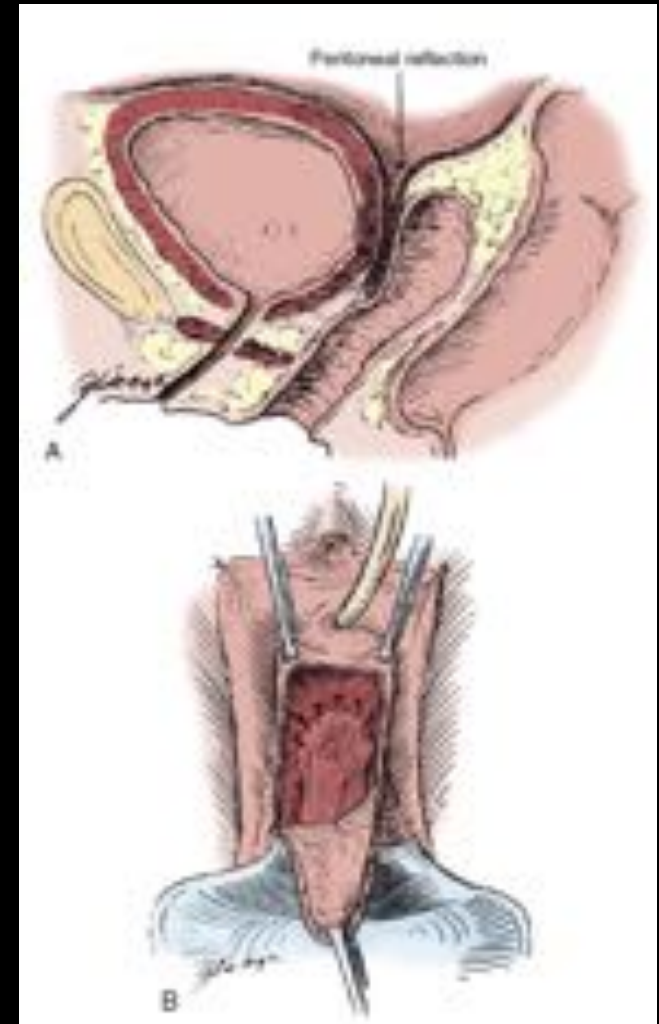




C Chapple, 2013

FVV – Retalho Peritoneal

- Durante reparação transvaginal.
- Técnica usada para fístulas pós-histerectomia (localização alta).
- Mais familiar para ginecologistas.

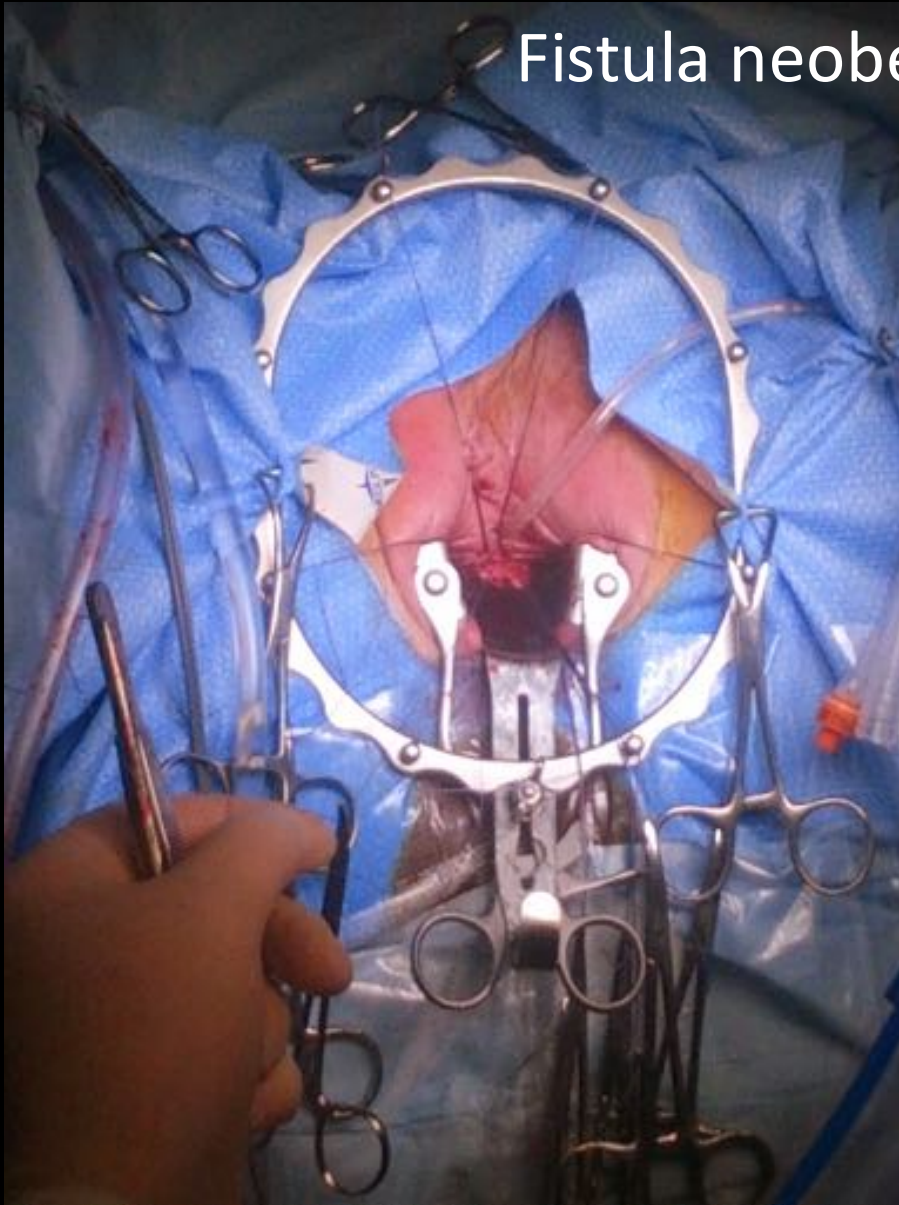


Medidas de preservação/ reposição da continência

Pós-operatório

- Packing vaginal por 24 h
- SV em drenagem livre 10-14 dias (14-21 se fístula complexa/ pós-RT)
- Cistografia antes de remover a sonda
- Anticolinérgicos
- Profilaxia antibiótica – só no BO (toma única)
- Fisioterapia do pavimento pélvico
- Abstinência sexual 3 meses

Fistula neobexiga - vagina



ABORDAGEM ABDOMINAL

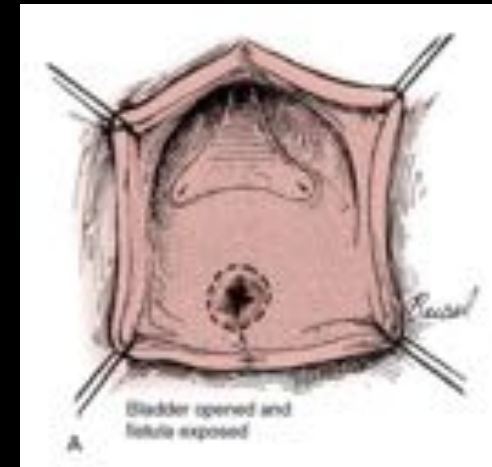


Incisão suprapúbica cruzada

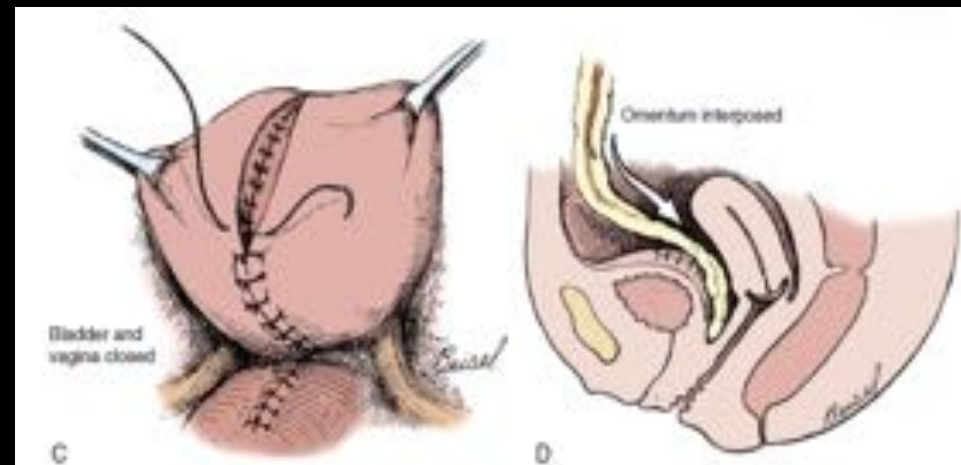


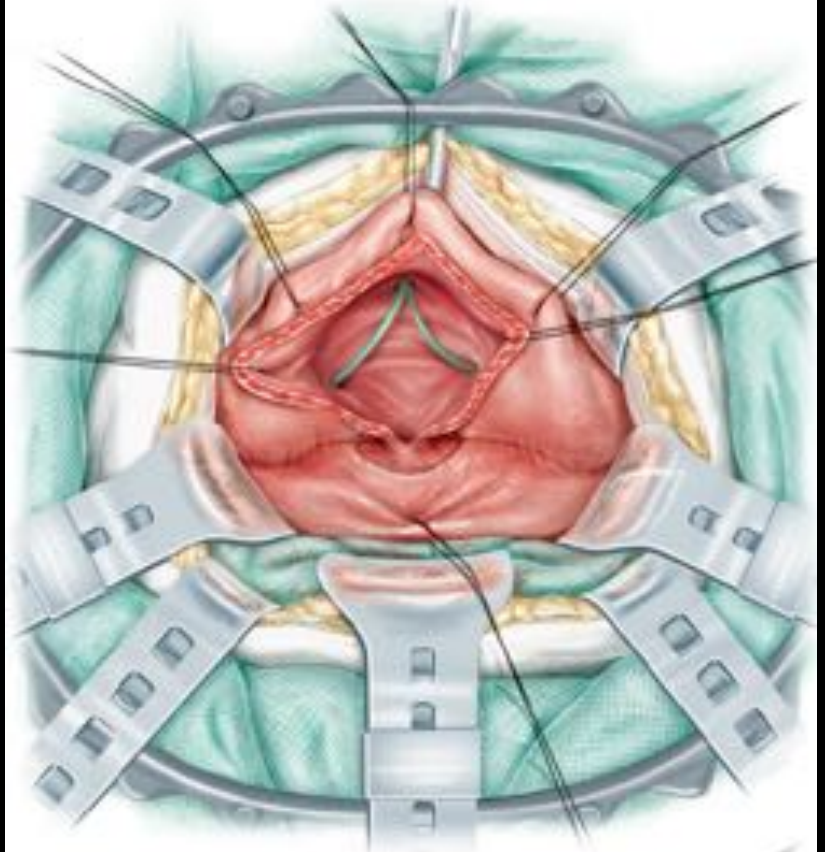
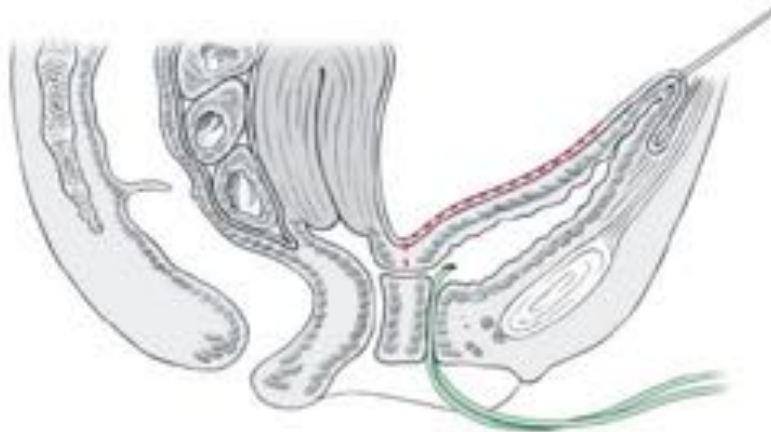
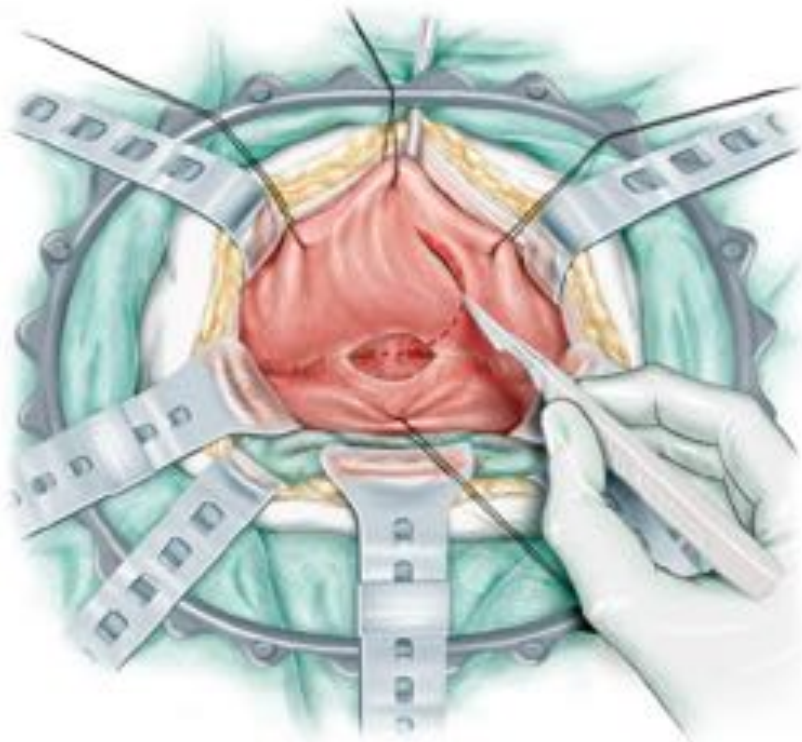
FVV – Técnicas abdominais

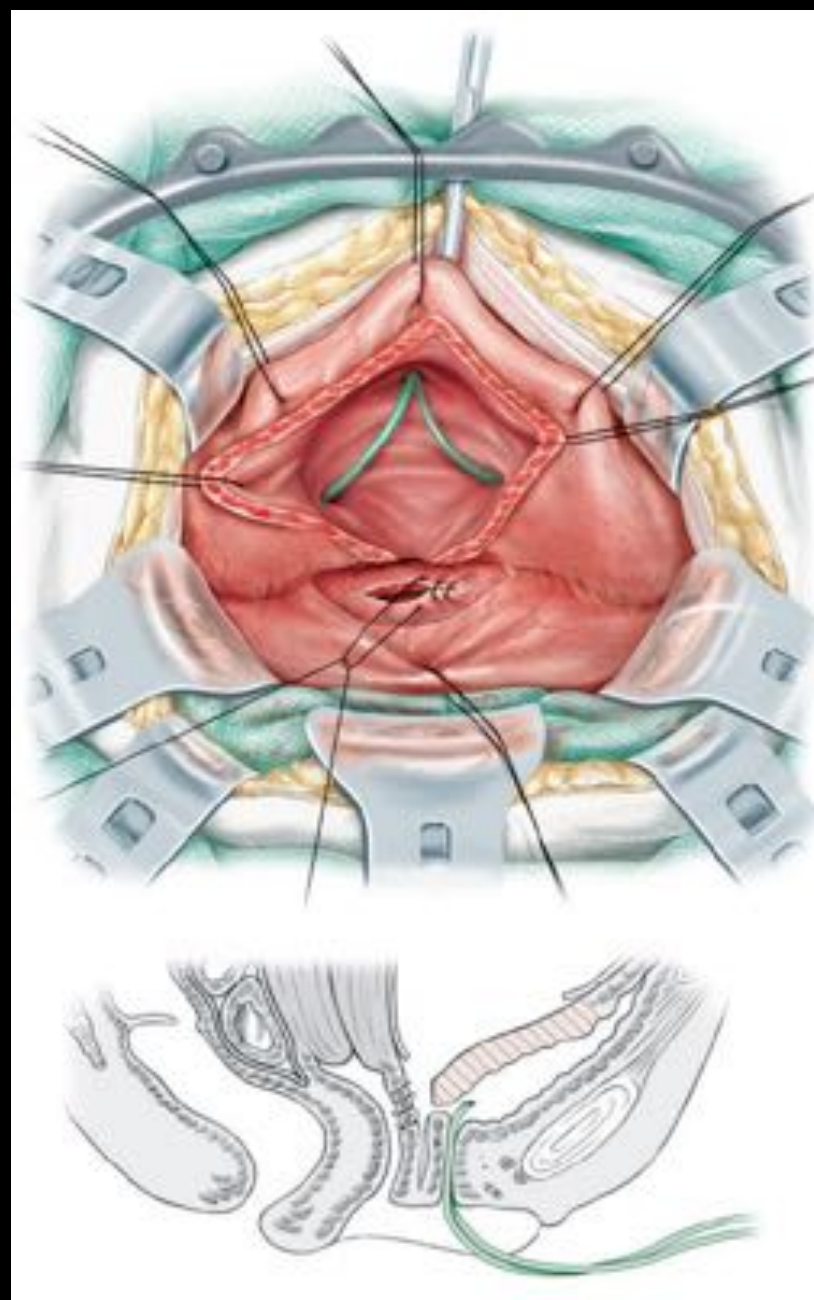
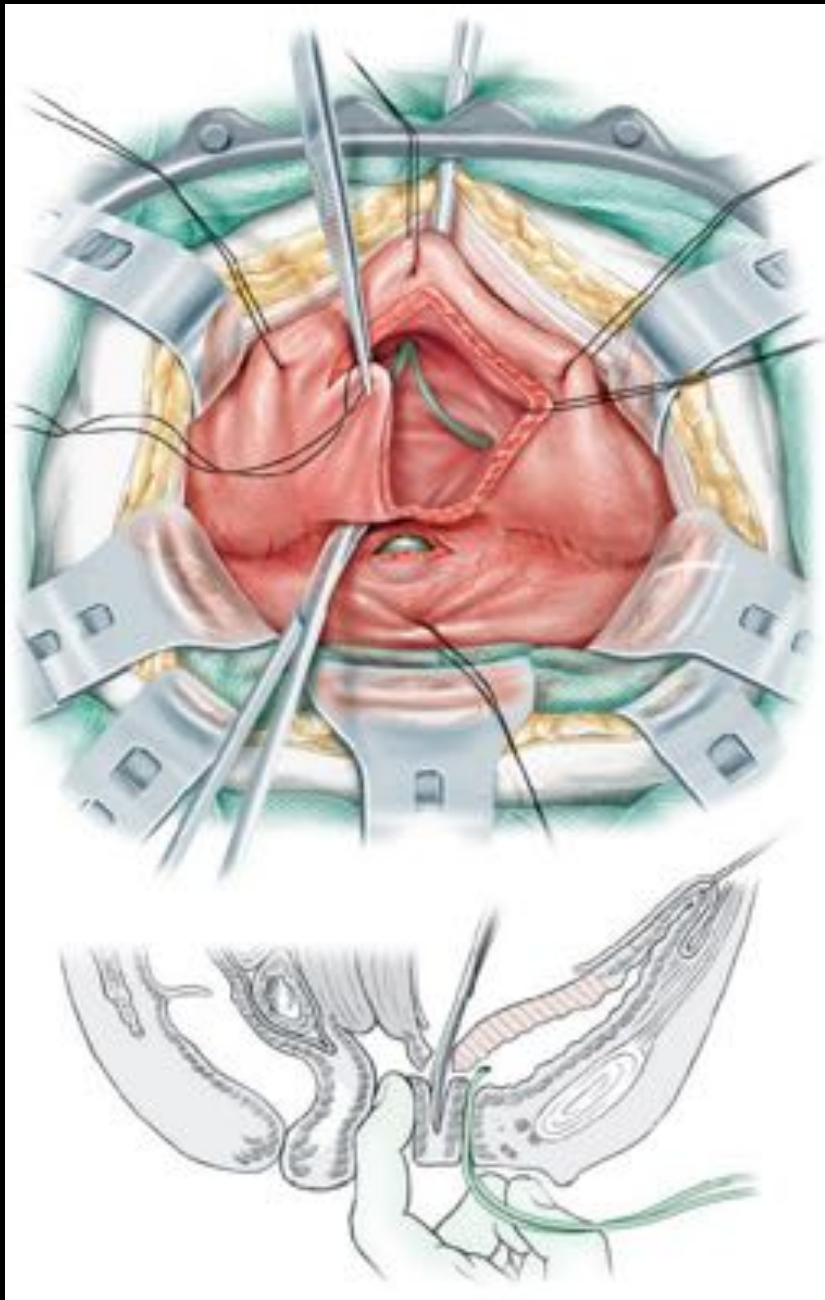
- 1- Abordagem supra-púbica intra ou extra-peritoneal:
 - bivalve (O'Conor)

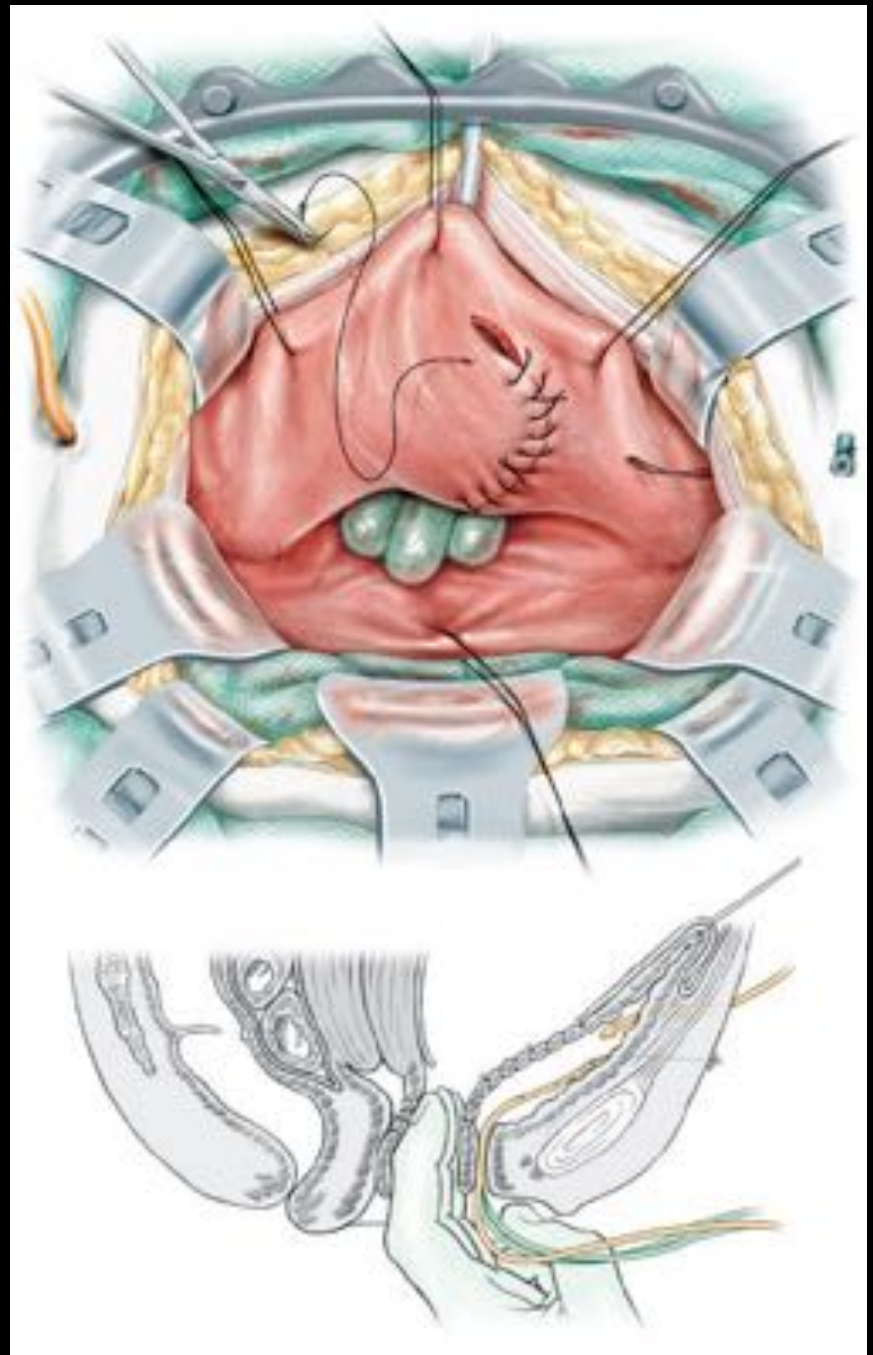
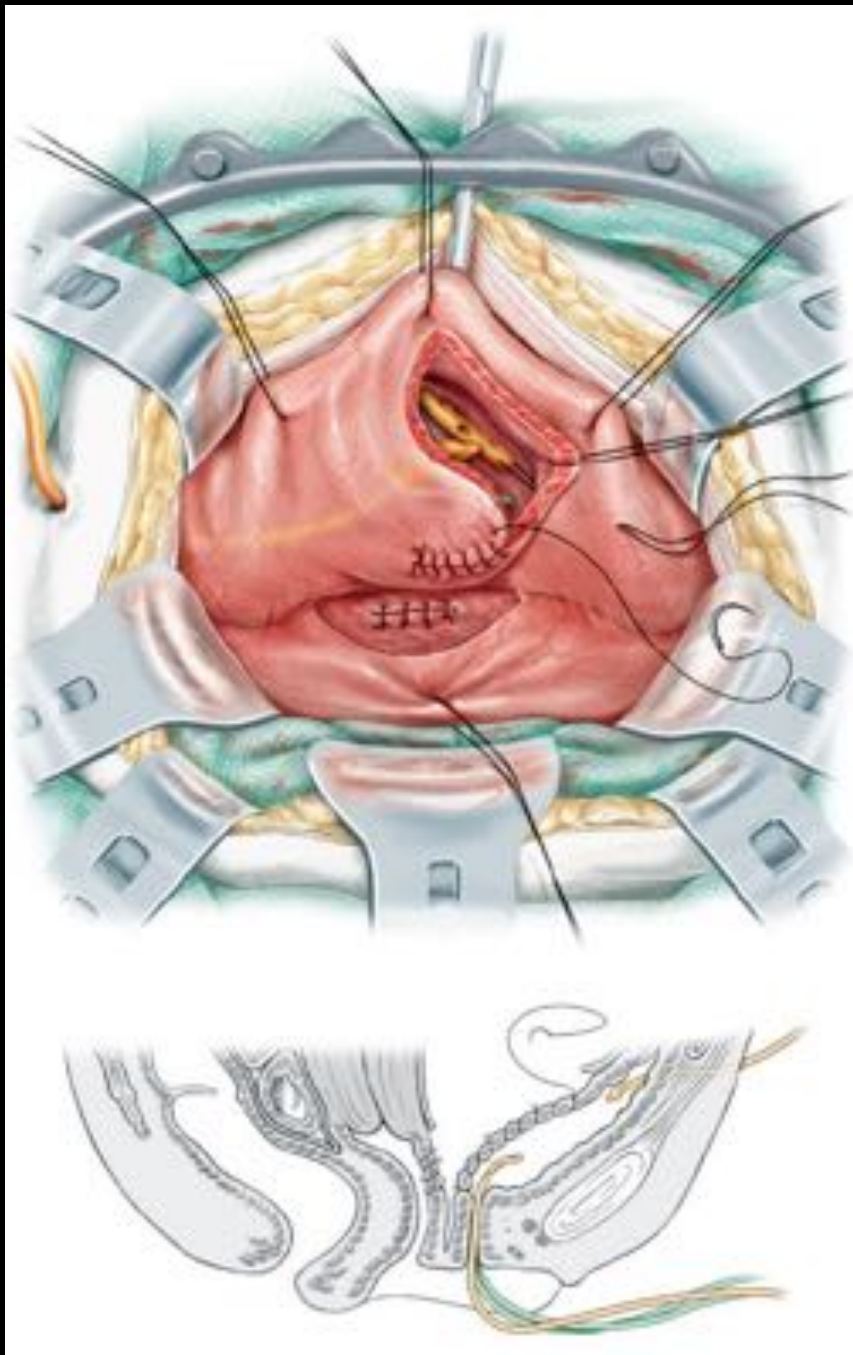


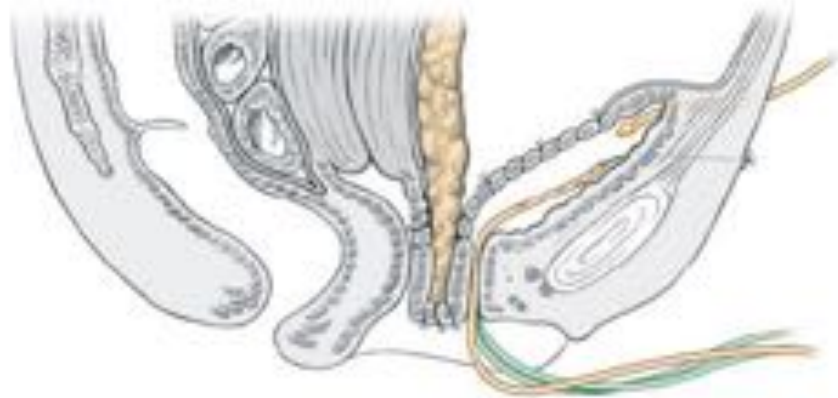
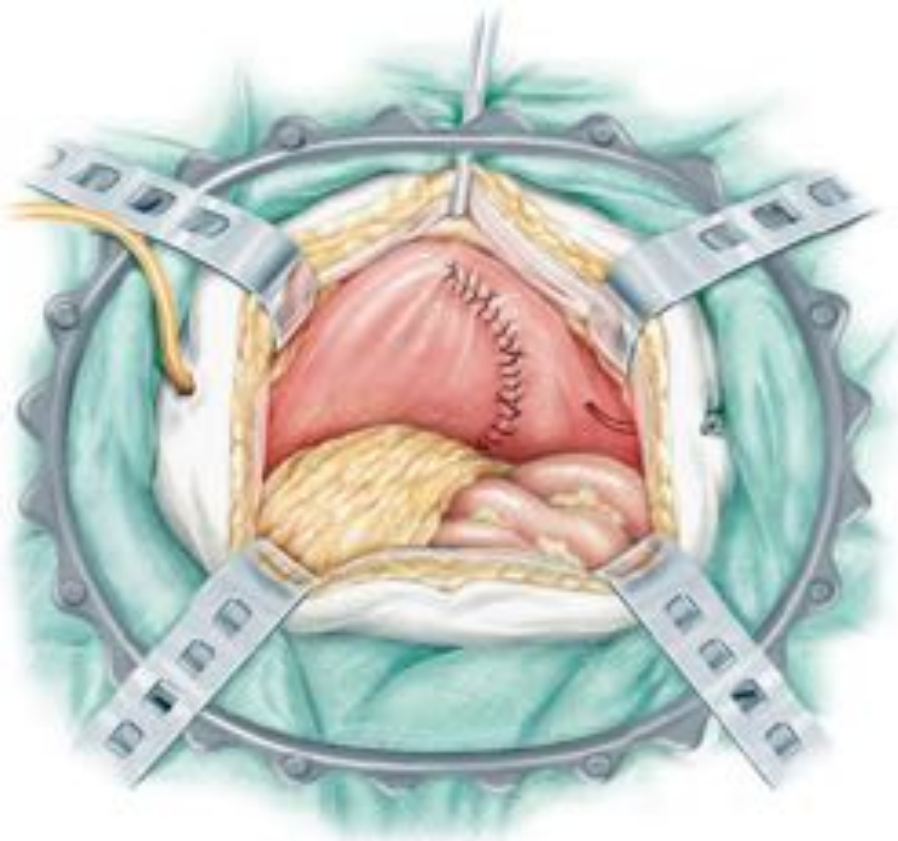
- 2- Abordagem transvesical (Gil-Vernet):
 - cistostomia vertical
 - não se divide em 2 partes
 - fístula é circunscrita e excisada via transvesical











FVV – Retalho de grande epiplon

- ++ na reparação abdominal.
- Propriedades favoráveis: facilmente mobilizável, pedículo bem vascularizado até à pélvis, sem tensão, propriedades linfáticas, facilidade em epitelizar.
- Vascularização: art. gastroepiplóicas dta e esquerda + ramos distais da gastroduodenal e espénica.
- Pedículo baseado na gastroepiplóica dta (calibre e origem + caudal).

ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA/ ROBÓTICA

- Indicações

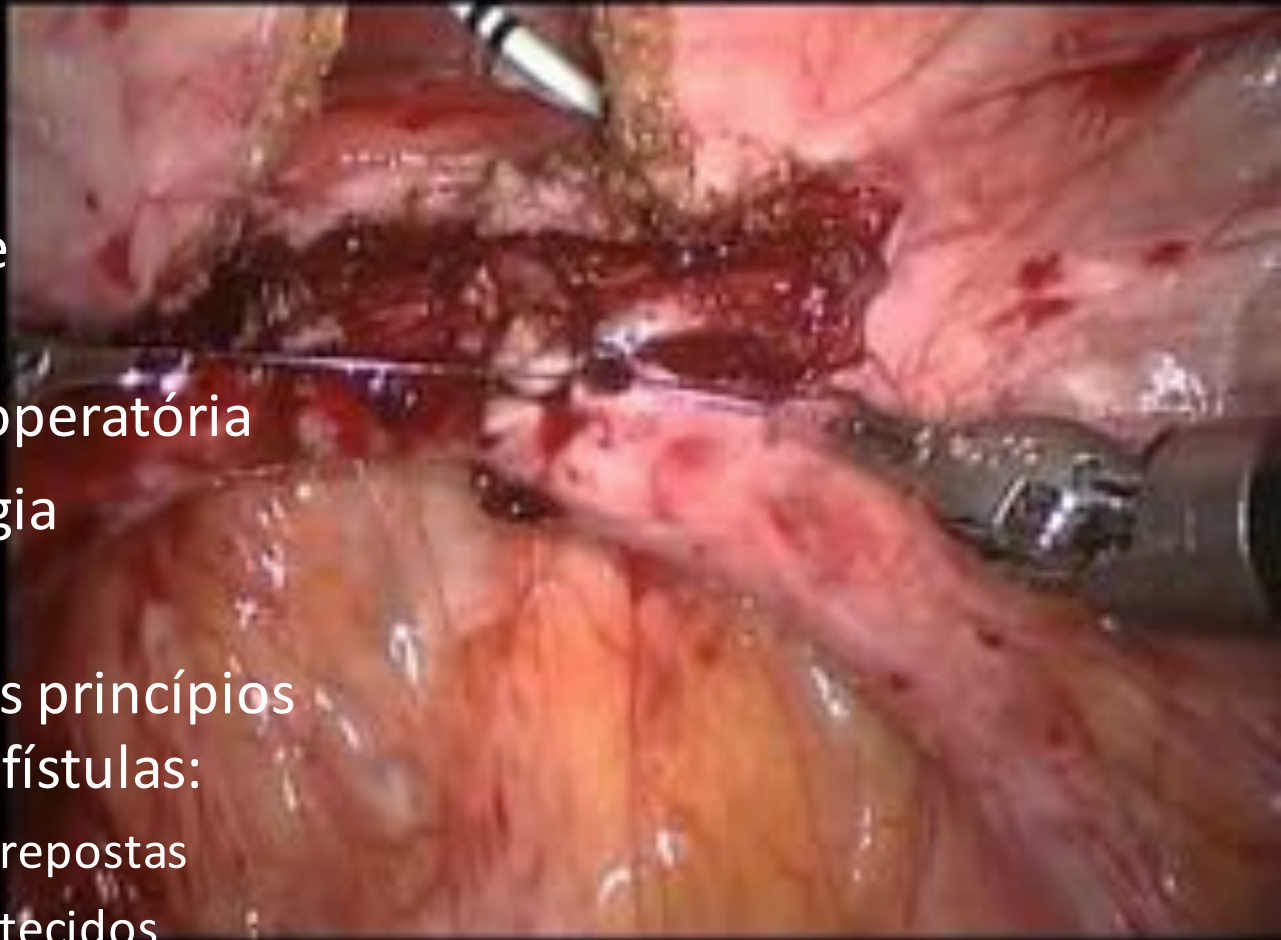
- As mesmas que abordagem abdominal:

- FVV de difícil acesso/ alta
 - Proximidade aos meatos uretéricos



- Vantagens

- Menor tempo de internamento
- Menos dor pós-operatória
- Menor hemorragia
- Visão ampliada
- Mantém todos os princípios de reparação de fístulas:
 - Suturas não sobrepostas
 - Interposição de tecidos
 - Encerramento estanque

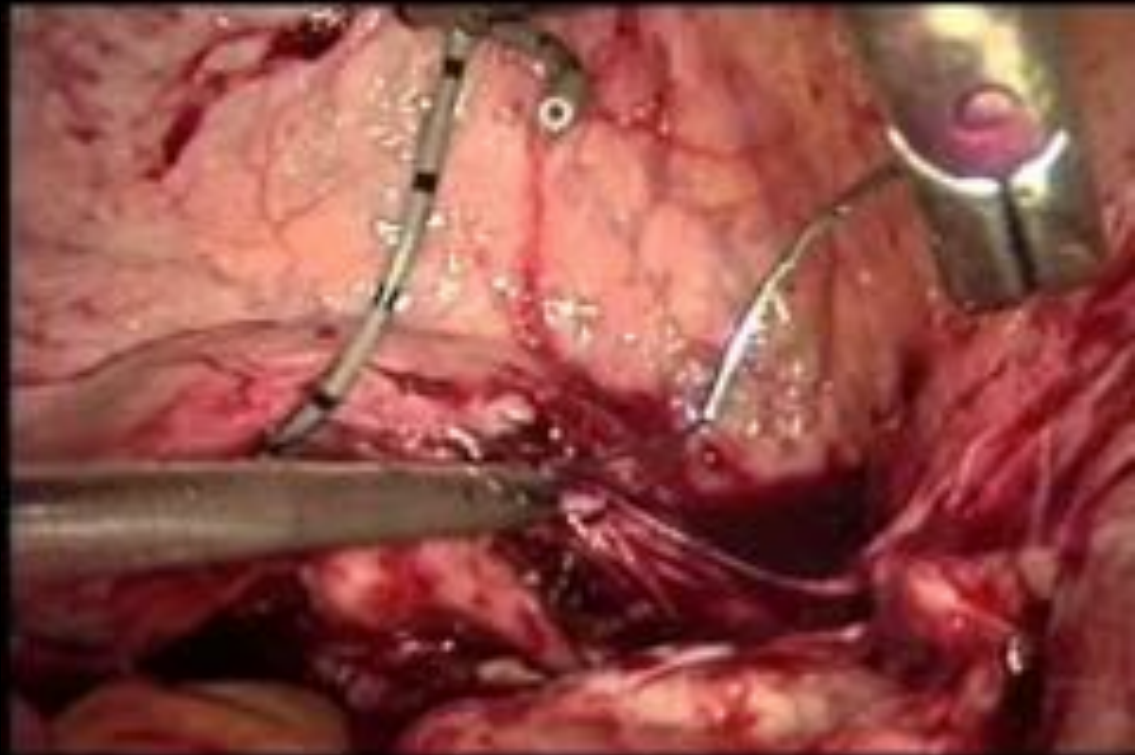


- Resultados

- Eficácia semelhante à reparação aberta
- Taxa de sucesso 80-100%

Miklos et al

J Min Invasive Gynecol, 2015



DERIVAÇÃO URINÁRIA

Derivação urinária

- Último recurso. Fístulas extremamente complexas, recorrentes (++) pós RT)
- Opções
 - Conduto ileal
 - Neobexiga ortotópica
 - Bolsa continente + Mitroffanof
 - Ureterosigmoidostomia
 - Candidatos não cirúrgicos: NPC's crônicas e laqueação dos ureteres; ureterostomia cutânea

RESULTADOS DA CORRECÇÃO DE FVV

Fístula simples (<3-4 cm, uretra intacta)

- A primeira operação tem a maior probabilidade de sucesso
 - Taxa de encerramento 82-93%

Fístula complexa

- Diâmetro >3-4 cm
- Envolvimento da uretra
- Vagina cicatricial
- Fístulas múltiplas ou combinadas
- Fístula circunferencial

- Reparação mais difícil
- Alta taxa de incontinência pós-op 50-100%

Taxa de sucesso

- Fístulas não complicadas: 70-80%
- Fístulas complicadas: 50-60%

Primeira tentativa	70-90%
Segunda tentativa	50-60%
>2 tentativas	<40%

A primeira tentativa é a nossa melhor oportunidade!

Complicações

- Recorrência/ Residual/ De novo
- Infecção: ferida, ITU, urosépsis
- Disfunção miccional: estenose da uretra/meato/
- Redução da capacidade da bexiga
- Obstrução do(s) ureter(es)
- Disfunção sexual, estenose da vagina, infertilidade
- Complics. Neurológicas: pé pendente, bexiga neurogénica
- Trauma psicológico

Resultados

results as to fistula type in 1,716 consecutive early closure patients (1992-2001)

type	number	healed first attempt	final healing	incontinent
type I	243	238 (97.9%)	242 (99.6%)	1 (0.4%)
type IIAa	888	868 (97.4%)	888 (100%)	11 (1.2%)
type IIAb	366	333 (91.0%)	353 (96.4%)	30 (8.5%)
type IIBa	87	80 (96.4%)	86 (98.9%)	14 (16.3%)
type IIBb	132	114 (86.4%)	121 (91.7%)	59 (48.8%)

Waldijk 2008

Conclusões - FVV

- Tratamento quase sempre cirúrgico
- Avaliação pré-operatória cuidada é fundamental
- Individualização do timing cirúrgico
- Abordagem vaginal é apropriada para a maioria dos casos
- Princípios da reparação de fístulas
- A primeira tentativa de reparação é a melhor oportunidade

