

FÍSTULAS VESICO-VAGINAIS: UMA VISÃO SOBRE MOÇAMBIQUE

VESICO-VAGINAL FÍSTULAE: MOZAMBIQUE, AN OVERVIEW

Rui Duarte Abreu¹, João Varregoso¹, Igor Vaz², Carrasquinho Gomes¹

RESUMO

Introdução: As fístulas vesico-vaginais são, de todas as fístulas do aparelho urinário, as mais frequentes.

A etiologia deste tipo de fístulas, varia de acordo com a região do globo. Nos países em vias de desenvolvimento, a principal causa de fístulas vesico vaginais corresponde a complicações obstétricas. A pressão exercida pelo feto, nas paredes da vagina, bexiga e uretra proximal leva muitas vezes à necrose dos tecidos. Esta necrose pode levar a um conjunto de complicações que vão desde as fístulas vesico vaginais, estenose vaginal, atresia rectal, infertilidade secundária, ou mesmo à incompetência do esfíncter anal e osteíte púbica. Apresentamos 3 casos clínicos de fístulas vesico vaginais de causa obstétrica bem como uma revisão dos aspectos teóricos e técnicos do diagnóstico e tratamento desta patologia.

Materiais e Métodos: Descrevem-se 3 casos clínicos de fístulas vesico vaginais de causa obstétrica tratadas em 2012. O primeiro caso foi abordado por via vaginal reparado em três planos, utilizando-se o retalho de Martius. Os outros dois casos devido à localização e complexidade da fístula foram abordados por via abdominal com interposição de epiplon.

Resultados: No primeiro caso a doente foi seguida noutra instituição, nos outros dois casos não houve recidiva da fístula num *follow up* de 6 e 12 meses respectivamente.

Relativamente à correção cirúrgica obedeceu-se aos seguintes princípios: uma boa exposição do trajecto fistuloso, debridamento do tecido desvitalizado e isquémico, utilização de retalhos bem vascularizados e preenchimento do espaço livre.

O encerramento foi realizado em vários planos, sem sobreposição das suturas, sempre sem tensão.

Discussão: As fístulas vesico-vaginais permanecem um enorme desafio do ponto de vista cirúrgico, necessitando de uma abordagem multidisciplinar, bem como da criação de centros de referência.

Palavras-chave: Fístula vesicovaginal; Complicações do trabalho de parto

ABSTRACT

Introduction: The vesico-vaginal fistulae are among all urinary fistulae, the most common.

The etiology of this type of fistula, changes according to the region of the planet. In developing countries, where most of the population don't have access to obstetrical care, the main cause of vesico-vaginal fistulae corresponds to prolonged obstructed labor.

The pressure made by the fetus, into the vagina walls, bladder and proximal urethra often leads to tissue necrosis. This necrosis leads to a set of complications ranging from vesico-vaginal fistula, vaginal stenosis, rectal atresia, secondary infertility, incompetent anal sphincter; or osteitis pubis.

We present 3 clinical cases of obstetrical vesico-vaginal fistulae and a review of the theoretical and technical aspects of the diagnosis and treatment of this pathology.

Materials and Methods: We present 3 cases of obstetrical vesico-vaginal fistulae treated in 2012.

In the first case we have used a vaginal approach, and we have repaired in three layers using a Martius flap.

In the other two cases we have used the abdominal approach, because of the location and complexity of the fistula, with interposition of epiplon.

Results: In the first case the follow up was made in other institution, the other two cases resolved after single surgery, no relapse was found in 6 and 12 months follow up respectively.

In all the repairs the basic principles were followed: adequate exposure of the fistula tract with debridement of devitalized and ischemic tissue.

Watertight, and multiple-layer closure.

Tension-free, nonoverlapping suture lines.

Use of well-vascularized, healthy tissue flaps for repair.

Discussion: The vesico-vaginal fistulae, are still a huge challenge for the urological surgeons.

That is why, is so important to have a multidisciplinary approach and reference centres.

Keywords: Vesicovaginal fistula; Obstetric labor complications

¹Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

✉ ruiduarteabreu@gmail.com

²Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo, Moçambique

INTRODUÇÃO

As fistulas vesico-vaginais correspondem a uma comunicação entre a bexiga e a vagina que resulta da necrose dos tecidos envolventes.

Este tipo de fistulas foi inicialmente descrito no antigo Egípto. No entanto, a sua associação com o trabalho de parto prolongado só foi descrita 1000 a.c. pelo médico Perso-Árabe Avicenna, no seu texto *Al Kanoun*.¹

Apenas no século XIX J. Marion Sims, descreve a técnica cirúrgica de reparação de fistulas vesico-vaginais. Desde então a técnica tem evoluído, até aos nossos dias.²

A reparação das fistulas vesico-vaginais é quase sempre cirúrgica, uma vez que a abordagem conservadora (drenagem vesical prolongada, por exemplo) falha na maioria dos casos.

As fistulas vesico-vaginais podem ocorrer de forma congénita, embora a maioria sejam secundárias ao trabalho de parto prolongado, cirurgia, radiação, neoplasia e outras causas.¹

Nos países em vias de desenvolvimento, onde a maioria da população não tem acesso a cuidados obstétricos, a principal causa de fistulas vesico vaginais corresponde ao trabalho de parto obstruído prolongado. A pressão exercida pelo feto nas paredes da vagina, bexiga e uretra proximal leva muitas vezes à necrose dos tecidos. Esta necrose pode levar a um conjunto de complicações que vão desde as fistulas vesico-vaginais, estenose vaginal, atresia rectal, infertilidade secundária, incompetência do esfíncter anal, ou mesmo à osteíte púbica.¹

Durante o trabalho de parto normal, a base da bexiga, a parede anterior da vagina e a uretra, são comprimidas entre a cabeça do feto e a porção posterior da sínfise púbica. Se esta compressão durar pouco tempo não existe qualquer risco, no entanto, se esta compressão for prolongada, os tecidos ficam desvitalizados devido à isquemia.¹

Este facto deve-se a uma incompatibilidade feto-pélvica. Em muitos casos as parturientes são jovens, mal nutridas, com atrasos no desenvolvimento ósseo, logo com pélvis pequenas e não preparadas para um parto eutócico.

Outras causas menos frequentes, são complicações da cesariana, nomeadamente a incisão acidental da parede posterior da bexiga.

A utilização de fórceps, pode também provocar lesões nos órgãos pélvicos, conduzindo à formação de fistulas.

Em algumas regiões do globo, a prática de cirurgias tradicionais, como por exemplo a mutilação genital feminina “gishiri”,³ bem como a gravidez precoce logo após a menarca, aumenta o risco deste tipo de fistulas.

Em alguns países em vias de desenvolvimento, as mulheres no pós-operatório de cirurgias pélvicas, muitas vezes são obrigadas a deslocarem-se em transportes totalmente lotados durante longas horas, sem possibilidade de urinar aumentando assim o risco de formação de fistulas.

A formação precária de muitos técnicos de cirurgia pode levar a complicações cirúrgicas, resultando em fistulas vesico-vaginais.

O coito precoce, após cirurgias pélvicas, é também considerado um factor que agrava o risco de fistulas.

A prevalência de fistulas vesico-vaginais varia de país para país. Na África subsariana, apenas a África do Sul tem

feito um esforço no que diz respeito ao estudo da prevalência deste tipo de fistulas.

No caso particular de Moçambique, não existem estimativas do número de mulheres afetadas por esta patologia.

Nos países industrializados a principal etiologia é a cirurgia ginecológica, onde a histerectomia abdominal vem no topo da lista, correspondendo a 83% dos casos⁴. A histerectomia vaginal corresponde apenas a 8%.⁴

A desvascularização dos tecidos, colocação de suturas inadvertidamente, hematomas pélvicos, ou infeções pós-operatórias, podem estar na origem da necrose dos tecidos.

Nos pacientes, com bexiga hipocontráctil ou que urinam com pouca frequência, têm um risco maior de retenção urinária pós-operatória. Se esta situação não for identificada precocemente o risco de fistula aumenta, pelo que se recomenda algaliação nas primeiras 24-48h no pós-operatório.⁴

Existem também outras causas menos frequentes nomeadamente infeções (schistosomíase, tuberculose), bem como a utilização de corpos estranhos como algálias ou pessários.

Neste artigo procuramos descrever 3 casos clínicos de fistulas de causa obstétrica, aproveitando também para fazer uma breve revisão temática.

No que diz respeito à investigação, o primeiro passo é excluir uma incontinência urinária por incompetência esfinceteriana. Verificar que a perda é extra-uretral. Identificar o local exacto da perda urinária. Identificar ou excluir outros trajectos fistulosos.

A cistouretroscopia e a cistografia são exames de primeira linha. No entanto, muitas vezes o exame objectivo é suficiente para caracterizar a fistula. A cistografia poderá ter mais interesse nas fistulas vesico-uterinas.

A utilização de fenazopiridina como corante por via oral ou Indigo Carmino por via intravenosa, são dois métodos importantes na investigação destas fistulas.

O azul-de-metileno instilado na bexiga com a paciente em posição de litotomia é essencial para identificar o trajeto fistuloso (Fig. 1).

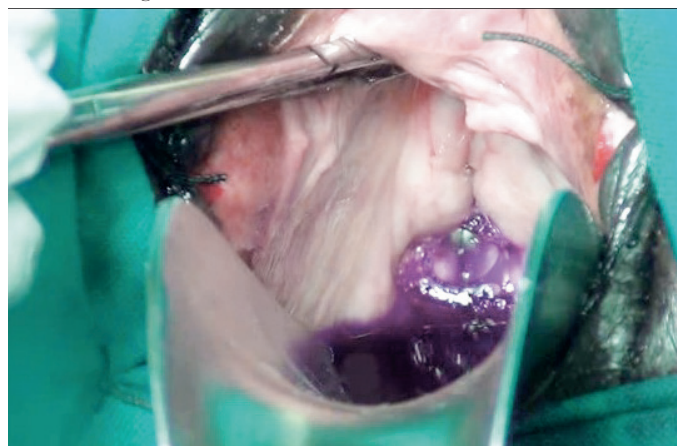


Figura 1 - Teste com Azul-de-metileno

De forma a diferenciar as fistulas uretéricas das fistulas vesico-vaginais, deverá utilizar-se o teste de corante duplo. Utiliza-se o azul-de-metileno para corar a urina contida na bexiga e a fenazopiridina administrada por via oral. Esta última vai corar a urina proveniente dos ureteres de cor laranja em contraste com o azul-de-metileno. Com uma compressa na vagina poderemos distinguir qual a origem do processo fistuloso.

As fístulas vesico-vaginais consideram-se complexas se recidivaram após tratamento prévio, se o seu tamanho é superior a 2 cm, se apresentam fibrose residual ou se estão associadas a radioterapia.⁵

Relativamente ao tratamento a cateterização precoce é essencial. 28% das fístulas de pequena dimensão resolvem espontaneamente com algáliação.⁶

As pacientes sujeitas a trabalho de parto prolongado, deverão permanecer algaliadas durante 6-8 semanas, como medida profiláctica.⁷

É necessário otimizar o estado geral da doente. Algumas destas pacientes podem estar mal nutridas e anémicas.

No que diz respeito ao *timing* operatório, para as fístulas de causa obstétrica o tempo recomendado é de 3 meses.⁷

A maioria das fístulas deve ser abordada por via vaginal. Esta tem inúmeras vantagens. Rápida convalescença, tempo operatório mais curto, menor risco de hemorragia, evita a incisão alargada da bexiga, não esta dependente de cirurgias abdominais anteriores.

Por esta via é possível realizar concomitantemente cirurgia anti-incontinência, possibilidade de retalhos pediculados adjacentes e encerramento por planos.

A via abdominal fica reservada para fístulas de grande dimensão, com uma localização alta, em casos de necessidade de cistoplastia de aumento ou em caso de reimplantação dos ureteres. Em casos específicos, em que exista estenose da vagina ou impossibilidade de colocar a paciente em posição de litotomia, deverá optar-se pela via abdominal.⁴

O objectivo principal da utilização dos retalhos é, fundamentalmente, ocupar o espaço livre e conferir suporte vascular.

Vários tecidos podem ser utilizados, nomeadamente o músculo bulbocavernoso e a gordura do grande lábio (retalho de Martius). Também o epíploon, o músculo recto abdominal, a parede vaginal e o peritoneu podem servir para melhorar a abordagem de determinadas fístulas.¹

Na via vaginal a paciente deve ser colocada em posição de litotomia dorsal, deverá utilizar-se um espéculo e colocar suturas nos grandes lábios para melhorar a exposição. Deverá colocar-se uma algália no trajecto fistuloso. É importante verificar a permeabilidade da uretra. Muitas vezes a uretra está obstruída, ou estamos perante uma fístula circunferencial em que é necessário fazer uma anastomose circunferencial ao nível do colo vesical.

Em caso de fístulas de maior dimensão, em que se visualizam os meatos ureterais estes devem ser cateterizados (Fig. 2).

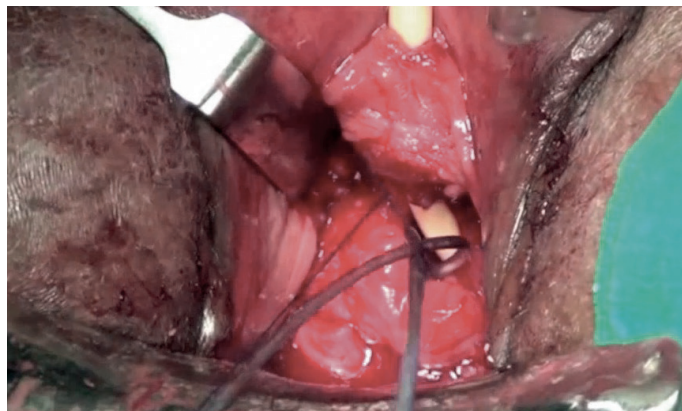


Figura 2: Abordagem vaginal, cateterização dos meatos, encerramento da bexiga, 1º plano

Após cateterização do trajecto fistuloso, marcar com uma caneta dermatográfica o plano da incisão. Este deverá circunscrever a fístula. A incisão poderá ser em U ou em J. Em seguida, procede-se à disseção da parede da vagina, criando o plano dos retalhos laterais, isolando a fístula. Poderá ser importante injectar uma solução sub-mucosa diluída contendo adrenalina, ou mesmo oxitocina, substâncias vasoconstritoras, que não só facilita a separação dos planos, como diminui a hemorragia intra-operatória, melhorando a disseção dos planos. O primeiro plano de suturas é colocado, retira-se a algália. Pontos simples, sem atravessar a mucosa, separados cerca de 3 mm.⁴

Evitar suturas contínuas, existe maior probabilidade de isquemia.

O segundo plano de suturas deve ser perpendicular ao primeiro, suturando a fáscia peri-vesical (Fig. 3).



Figura 3: Abordagem vaginal, encerramento da fáscia perivesical, 2º plano

Por último, avança-se o retalho vaginal lateral 2 a 3 cm⁵ à frente do segundo plano de suturas. Encerra-se a parede vaginal, com uma sutura absorvível contínua 2-0 (Fig. 4).

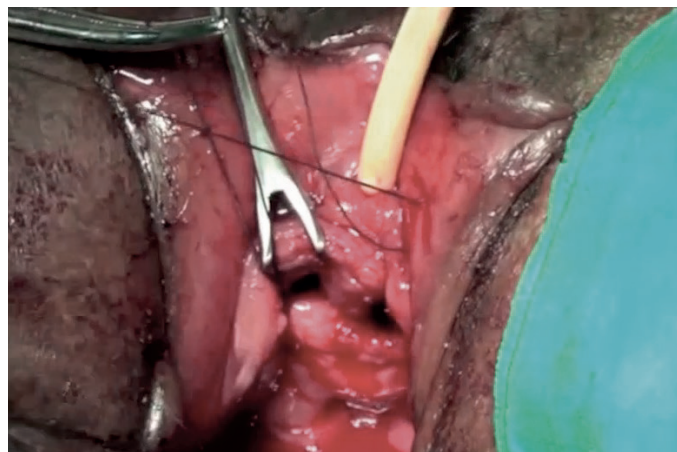


Figura 4: Abordagem vaginal, encerramento da mucosa vaginal, 3º plano

A via abdominal comparativamente com a via vaginal, tem um tempo de recuperação mais elevado, maior risco de hemorragia, e em geral maior morbidade.⁴

Deverá colocar-se cateteres ureterais intra-operatoriamente podendo ser retirados no final da cistorrafia, excepto se implicou uma reimplantação ureteral. Incisão da bexiga, em bivalve até à localização da fístula, aspecto em forma de raquete (Fig. 5).

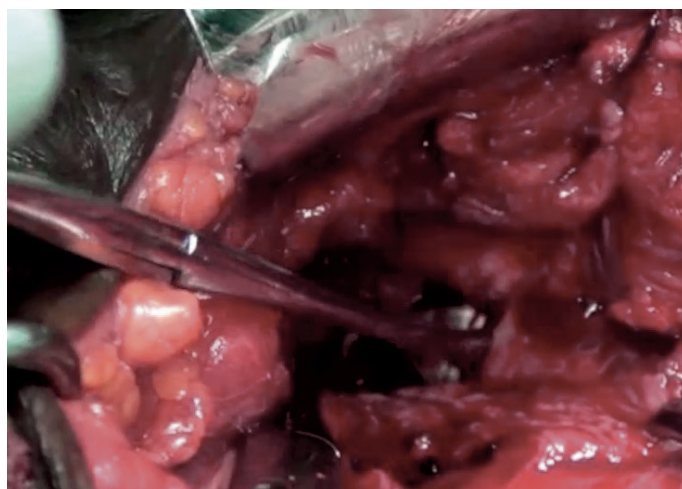


Figura 5: Abordagem abdominal, incisão da bexiga em bivalve 2 cm para além da fístula

Deverá dissecar-se a vagina da bexiga 2 a 3 cm no sentido distal ao trajecto fistuloso.

A vagina é encerrada com uma sutura contínua (Fig. 6). A bexiga deverá ser encerrada em dois planos (Fig. 7).

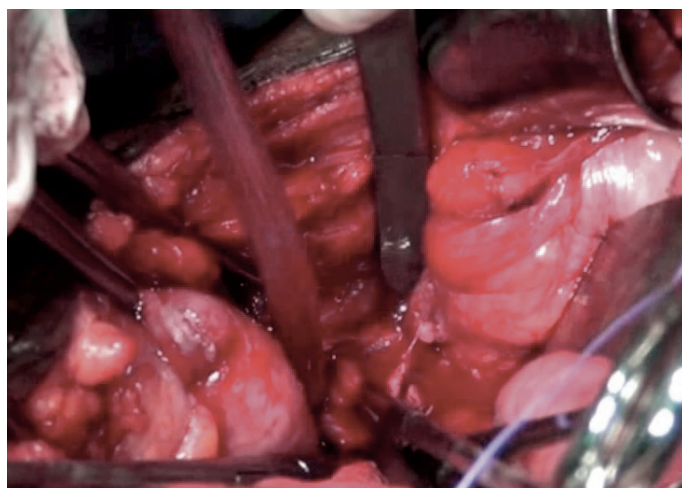


Figura 6: Abordagem abdominal, encerramento da vagina, com sutura contínua

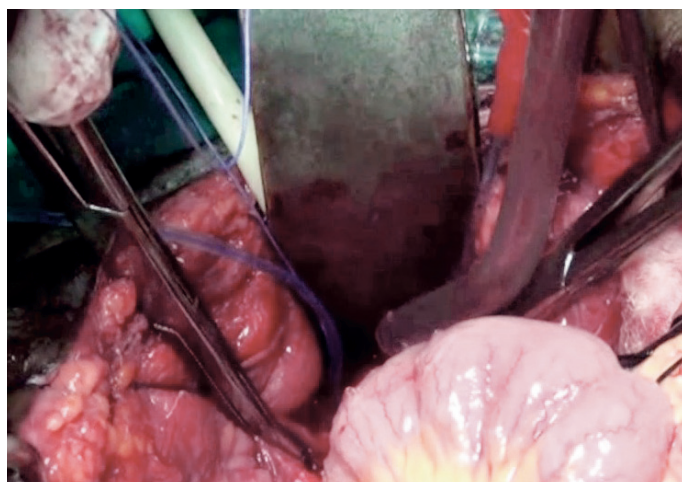


Figura 7 - Abordagem abdominal, cateterização dos meatos, encerramento da bexiga

Nesta fase, a interposição de epíploon, deverá ser colocada numa posição distal à excisão da fístula, deixando-se uma algália (Fig. 8).



Figura 8: Abordagem abdominal, interposição de epíploon entre a vagina e a bexiga

A necessidade de optar por uma derivação urinária é pouco frequente, os números apresentados num estudo conduzido no sul da Nigéria, em 2484 doentes com fístula vesico vaginal de causa obstétrica, apenas 0,6% necessitaram de derivação urinária permanente.¹

Em Moçambique, em particular as derivações urinárias utilizadas com maior frequência são a Mainz II.

A derivação urinária permanente, deverá ser utilizada apenas em casos muito selecionados em que todo o tipo de abordagens tenha falhado.

A avaliação inicial das doentes é de extrema importância. Nos casos descritos não seria necessário a utilização de corrente, visto que as fístulas eram evidentes à inspeção devido ao seu tamanho.

Em todas as doentes foi registado a seguinte informação: dados pessoais, etiologia da fístula, localização, tamanho, presença de aderências, estado da uretra, existência de estenose vaginal e grau de incontinência urinária.

A abordagem preferencial é habitualmente a via vaginal, utilizada no primeiro e segundo caso. Neste último converteu-se para via abdominal intra-operatoriamente devido à dificuldade de acesso à fístula. A conversão de cirurgia vaginal a abdominal pode acontecer, mas deve ser evitada através de uma correcta avaliação, classificação e documentação da fístula previamente ao ato operatório.

Em todos os casos foi aplicado os princípios básicos da reparação de fístulas: adequada exposição do trajecto fistuloso, com desbridamento dos tecidos cicatriciais, disseção cuidadosa dos retalhos da fístula e realização de suturas com pouca tensão, não sobrepostas, e *watertight*. Relativamente aos retalhos foi utilizado no primeiro caso o retalho de Martius.

Nos segundo e terceiro casos foi necessário recorrer à abordagem abdominal, com incisão da bexiga em bivalve, cateterizando-se os meatos, removendo-se os cateteres antes da cistorrafia. Nestes casos foi colocado o epíploon entre a bexiga e a vagina. No terceiro caso a necessidade de reconstrução de uma neo-vagina utilizando um segmento de sigmoide aumentou consideravelmente a morbilidade e o tempo cirúrgico.

A algália permaneceu 15 dias no primeiro caso e 30 dias no segundo e terceiro caso. É importante ter em conta a complexidade da fístula. Nos casos mais complexos a algália deverá ser mais prolongada. Previamente à remoção

da algália poderá realizar-se o teste com azul-de-metileno em particular nos casos em que exista suspeita de perdas pelo trajecto fistuloso. Em nenhum dos casos foi realizado este teste previamente à desalgaliação.

Após a remoção da algália foi recomendado às doentes urinar de duas em duas horas.

Existem fatores sócio-culturais importantes, que têm implicações no sucesso deste tipo de cirurgias, tais como o número limitado de camas condicionando o tempo de internamento, as longas viagens em meios de transporte públicos lotados impossibilitando a evacuação frequente da bexiga. A falta de sensibilização, das entidades patronais, da própria família para os cuidados no pós-operatório tal como a iniciação do coito precocemente, pode levar a complicações no pós-operatório imediato.

CASOS CLÍNICOS

Apresentamos 3 casos clínicos de fistulas vesico-vaginais de etiologia obstétrica diagnosticadas e tratadas em 2012.

Em todos os casos foi feita uma avaliação cuidada, excluindo-se uma falência esfinteriana, documentando-se a localização e dimensão da fistula.

Nestes 3 casos foi utilizado o teste do azul-de-metileno com a paciente em posição de litotomia.

No primeiro caso tratava-se de uma mulher com 21 anos, com uma fistula trigonal com 1,5 cm. Reparou-se a fistula em 3 planos utilizando-se o retalho de Martius, ficando algaliada durante 15 dias.

O segundo caso refere-se a uma mulher de 19 anos, com uma fistula na parede posterior supratrigonal com 3 cm. Iniciou-se a intervenção por via vaginal que se converteu para via abdominal, devido a dificuldades de acesso à fistula por via vaginal.

Na abordagem abdominal, cateterizou-se os meatos e realizou-se uma incisão em bivalve da bexiga, tendo-se interposto epíloon, a doente ficou algaliada durante 30 dias.

O terceiro caso refere-se a uma mulher de 26 anos, com uma fistula na parede posterior da bexiga com cerca de 2 cm associada a uma estenose acentuada da vagina, dificultando a observação. Foi utilizada uma abordagem abdominal, com excisão do trajecto fistuloso e vaginoplastia com segmento de sigmoide. Permaneceu algaliada durante 30 dias.

Todas as doentes apresentavam fistulas com necessidade de tratamento cirúrgico.

Em todos os casos o tempo entre o diagnóstico e a cirurgia foi superior a 6 meses.

No primeiro caso o seguimento foi feito noutra instituição, não sendo possível obter os resultados relativos à cirurgia.

No segundo caso, a doente foi seguida durante 6 meses sem recidiva da fistula.

No terceiro caso, a doente apresentou uma infecção da ferida operatória que resolveu com antibioterapia no inter-

namento. Ao final de um ano de seguimento, não apresentou recidiva da fistula, referindo apenas dispareunia.

DISCUSSÃO

Apesar de não existirem dados oficiais do número de mulheres afectadas por esta patologia, em Moçambique, estima-se que sejam milhares. Trata-se de um grave problema de saúde pública, com consequências enormes do ponto de vista económico, social e cultural. As zonas de elevadas taxas de aparecimento de fistulas, são Niassa, Tete, Zambézia, Nampula e Inhambane. A elevada prevalência de fistulas nestas zonas prende-se, não só, com a baixa cobertura assistencial ao parto nas zonas rurais destas províncias mas também com uma maior incidência de factores de natureza cultural, como por exemplo, os casamentos prematuros com partos numa idade muito precoce. A acrescentar aos factores institucionais e culturais, o baixo estatuto sócio-económico e a pobreza absoluta, tornam o país altamente vulnerável à ocorrência de fistulas vesico-vaginais.

O tratamento das fistulas implica recenseamento, informação, pessoal capacitado e criação de equipas com capacidade cirúrgica. Actualmente, estas condições existem apenas em alguns centros que têm uma rotina de trabalho nesta área e que são o Hospital Central de Maputo, Hospital Central da Beira, Hospital Central de Nampula, Hospital Provincial de Quelimane, e Hospital Provincial de Lichinga no Niassa.

O Ministério da Saúde desde 2002 que tem um programa nacional de tratamento de fistulas e de formação de técnicos de saúde para a prevenção e tratamento das fistulas Vesico-Vaginais. De uma forma irregular tem mantido cursos de formação e missões de formação e tratamento em áreas de maior prevalência de fistulas. O governo Moçambicano tem tido o apoio de organizações não-governamentais, tais como, a *Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust* (WLSA) que tem como uma das principais missões os direitos da mulher na África Austral.⁸

Para mitigar este problema, é necessário implementar reformas profundas, nomeadamente, no acesso de cuidados obstétricos, e na identificação de áreas onde a prevalência de fistulas seja maior. Deverá procurar-se melhorar o papel da mulher na sociedade, bem como facilitar o acesso à educação e aos métodos contraceptivos.

No contexto da Europa Ocidental, a principal etiologia das fistulas é pós-cirúrgica ou pós-tratamento de radioterapia. Trata-se de uma patologia rara, não existindo dados oficiais referentes à prevalência de fistulas Vesico-Vaginais em Portugal. Pela raridade desta entidade é necessário, a existência de centros de referência ou de cirurgias com especial interesse nesta área. A realização de cursos ou de estágios em centros de alto volume poderá ajudar a aumentar os conhecimentos, no que diz respeito à reparação deste tipo de fistulas.

BIBLIOGRAFIA

1. Hilton P. Vesico-vaginal fistulas in developing countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;82:285–295.
2. Arrowsmith S.D. The classification of obstetric vesico-vaginal fistulas. A call for an evidence-based approach. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99 Suppl 1:S25–27.

3. Tahzib F. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 387 - 391.
4. Rovner E. - Urinary tract fistulae. In: Kovoussi L. R., Novick A.C., Partin A. W., Peters C.A. *Campbell-Walsh Urology*. 10th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011, 2223-2242.
5. Cardoso A, Soares R, Correia T, Reis F, Cerqueira M, Almeida M et.al. Abordagem Terapêutica de Fístulas Vésico-Vaginais - Análise retrospectiva e revisão temática. *Acta Urológica* 2009, 26; 1: 19-25.
6. Waaldijk K. The surgical management of bladder fistula in 775 women in Northern Nigeria. Amsterdam, 1989; [consultado em 9 Jun 2015]. Disponível em: http://www.isofs.org/wp-content/uploads/2014/06/obstetric_fistula_PhD_thesis_1989_full_report.pdf
7. Waaldijk K. Immediate indwelling bladder catheterisation at postpartum urine leakage-personal experience of 1200 patients. *Trop Doctor* 1997;27:227-228.
8. Vaz I. A fistula obstétrica e a situação em Moçambique [Internet]. Maputo, Moçambique: Women and Law in Southern Africa (WLSA); 2011; [consultado em 9 Abr 2015]. Disponível em: <http://www.wlsa.org.mz/artigo/a-fistula-obstetrica-e-a-situacao-em-mocambique/>