

# CESA/VASA: Tratamento da Incontinência Urinária de Urgência Idiopática por Via Laparoscópica

## *CESA/VASA: Treatment of Idiopathic Urgency Urinary Incontinence by Laparoscopic Approach*

Pedro Galego<sup>1</sup>, Frederico Ferronha<sup>1</sup>, Fortunato Barros<sup>1</sup>, João Pina<sup>1</sup>

**Autor Correspondente:**

Pedro Galego [pamgalego@gmail.com]

Avenida Defensores de Chaves, N° 24, 2° Andar, 1000-117, Lisboa, Portugal

### RESUMO

CESA/VASA é uma nova técnica que tem como objetivo principal o tratamento curativo da incontinência urinária de urgência, patologia conhecida como bexiga hiperativa idiopática. A técnica consiste numa abordagem cirúrgica abdominal (aberta ou laparoscópica) com a aplicação de uma fita (CESA/VASA) que se fixa ao colo uterino ou à cúpula vaginal, sendo inserida no lugar onde existiam os ligamentos útero-sagrados (ligamentoplastia), e fixada ao osso sacro. Isto faz com que, graças à tensão e suporte desenvolvidos pela fita aplicada, a bexiga volte à sua posição anatómica habitual. Este caso retrata uma doente, 72 anos, com queixas de incontinência urinária mista. Efetuou vários tipos de medicação (anti-muscarínicos e mirabegron) sem grandes melhorias. Realizou estudo urodinâmico que confirma a presença de incontinência urinária de esforço e bexiga hiperativa. Foi submetida a colocação de fita CESA por via laparoscópica + *sling* sub-uretral (TOT) por via transvaginal. Cirurgia e pós-operatório sem intercorrências. Após quatro semanas da intervenção, a doente foi reavaliada afirmando estar assintomática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bexiga Urinária Hiperativa; Incontinência Urinária; Procedimentos Cirúrgicos Urológicos

1. Serviço de Urologia, Hospital CUF Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal.

Recebido: 07/09/2017 - Aceite: 08/08/2018

## ABSTRACT

*CESA/VASA is a new technique whose main objective is the curative treatment of urgency urinary incontinence, a pathology known as idiopathic overactive bladder. The technique consists of an abdominal surgical approach (open or laparoscopic) with the application of a tape (CESA/VASA) that attaches to the uterine cervix or the vaginal dome, being inserted in the place where the uterosacral ligaments existed (ligamentoplasty), and fixed to the sacred bone. This makes the bladder return to its normal anatomical position thanks to the tension and support developed by the applied tape. This case reports a woman, 72-year-old, with complaints of mixed urinary incontinence. She took several types of medication (anti-muscarinic and mirabegron) without major improvements. She underwent an urodynamic study that confirmed the presence of stress incontinence and overactive bladder. She was submitted to the placement of the CESA tape by Laparoscopic + TOT by transvaginal approach. Surgery and post-operative without complications. Four weeks after surgery, the patient was re-evaluated, and she affirmed to be asymptomatic.*

**KEYWORDS:** Urinary Bladder, Overactive; Urinary Incontinence; Urologic Surgical Procedures

## INTRODUÇÃO

Esta nova técnica tem como objetivo principal o tratamento curativo da incontinência urinária de urgência, patologia conhecida como bexiga hiperativa de causa idiopática, que afeta cerca de 40% das mulheres com mais de 60 anos de idade, e um número indeterminado nas mais jovens.<sup>1,2</sup>

Os músculos e ligamentos do pavimento pélvico são responsáveis pelo suporte e controlo adequado da bexiga e dos restantes órgãos pélvicos. Segundo o “criador” da técnica, Dr. Wolfram Jäger (Diretor da Uroginecologia e Cirurgia do Pavimento Pélvico do Hospital Universitário de Colonia-Alemanha), a incontinência urinária de urgência resulta da rotura ou lassidão dos ligamentos útero-sagrados.<sup>1</sup> Estes ligamentos, que se estendem do útero ao osso sacro e que se encarregam de dar elasticidade e força a essa região anatómica, perdem a sua capacidade de suporte e sustentação, levando a que o útero, a bexiga e o reto sofram prolapso sobre o pavimento pélvico, perdendo a sua posição anatómica original.<sup>1,3-11</sup>

A bexiga torna-se instável e desencadeia a perda de urina por urgência, ou seja, desenvolve o aparecimento de contrações involuntárias que originam urgência miccional, polaquiúria e noctúria. Muitas vezes a doente não consegue atrasar a vontade de urinar e acaba por desenvolver urge-incontinência. São estas características que tornam esta incontinência diferente da incontinência de esforço, caracterizada por perdas de urina somente associadas a um esforço como tossir ou espirrar.<sup>1,3-11</sup>

A técnica está indicada para todas as mulheres que apresentam sintomas de incontinência urinária de urgência ou mista em que todos os tratamentos “conservadores”/ minimamente invasivos/médicos não se revelaram particularmente eficazes.<sup>1,3-11</sup>

Devem ser excluídas todas as doentes em que os sintomas sejam causados por patologias neurogénicas e congénitas. As doentes candidatas a esta técnica têm, portanto, como diagnóstico definitivo uma bexiga hiperativa de causa desconhecida (idiopática). A bexiga hiperativa idiopática corresponde a cerca de 80% dos casos de incontinência urinária de urgência.<sup>1-11</sup>

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, com 72 anos de idade, no dia 13 de fevereiro de 2015 recorreu, por queixas de incontinência urinária mista, à consulta de Urologia. Afirmava a presença de perda de urina aos esforços e por urge-incontinência. A utente manifestava perda de urina a qualquer tipo de esforço (sempre e sem qualquer controlo), assim como queixas de imperiosidade vesical que originavam perda de urina (urge-incontinência). Afirmava bom jato urinário e com fluxo contínuo, esvaziamento vesical completo e que evacuava sem dificuldades. No entanto, referia uma noctúria de 6-8 vezes, urinava mais de 15 vezes durante o dia, usava quatro fraldas durante o dia, só conseguia reter a vontade de urinar num período muito curto (inferior a 3 min.) e que as suas queixas lhe “roubavam” imensa qualidade de vida. Como antecedentes pessoais destaca-se uma diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, hérnias discais lombossagradas, depressão *minor* e uma intervenção cirúrgica para laqueação das trompas (há mais de 30 anos). Como antecedentes fisiológicos nega consumo de álcool, drogas e tabaco. Realçando alguns dos antecedentes ginecológicos, temos uma G4/P4 (2 partos eutócicos e 2 por cesariana), menopausa há 20 anos e laqueação de trompas há 30 anos. A doente afirmava que já lhe tinham sido prescritos vários fármacos (anti-muscarínicos) numa

tentativa de aliviar as queixas de urgência, mas com muito pouco sucesso.

Ao exame objetivo (ginecológico) não foi identificado prolapso dos órgãos pélvicos (POP). Apresentava o stress test, o Q-tip test e a prova de Bonney positivos.

Foi-lhe pedido um estudo urodinâmico (Figs 1 e 2) e uma urocultura. Foi medicada com Betmiga® (mirabegron) 50 mg numa tentativa de alívio sintomático, mas com pouco resultado.

**RESULTADO DO ESTUDO URODINÂMICO:**

- Cistometria

**RESULTADO DO ESTUDO URODINÂMICO:**

- Relatório do exame

Perante a resposta quase nula à medicação e o resultado do estudo urodinâmico, foi discutida a situação clínica com a doente e foi proposto a realização da seguinte intervenção cirúrgica: - histerectomia supra-cervical e ligamentoplastia com colocação de fita CESA, ambas por via laparoscópica, seguido de colocação de *sign* sub-uretral (TOT) por via transvaginal (Fig. 3).

Foi explicado todo o procedimento cirúrgico (resultados e possíveis efeitos colaterais), assim como tratar-se de uma técnica nova em fase inicial de implementação em

Portugal (24 casos operados à data e com taxa de cura acima dos 85%), mas já com publicações internacionais e com resultados excelentes (> 82% de cura) em todos os centros que praticam esta intervenção.

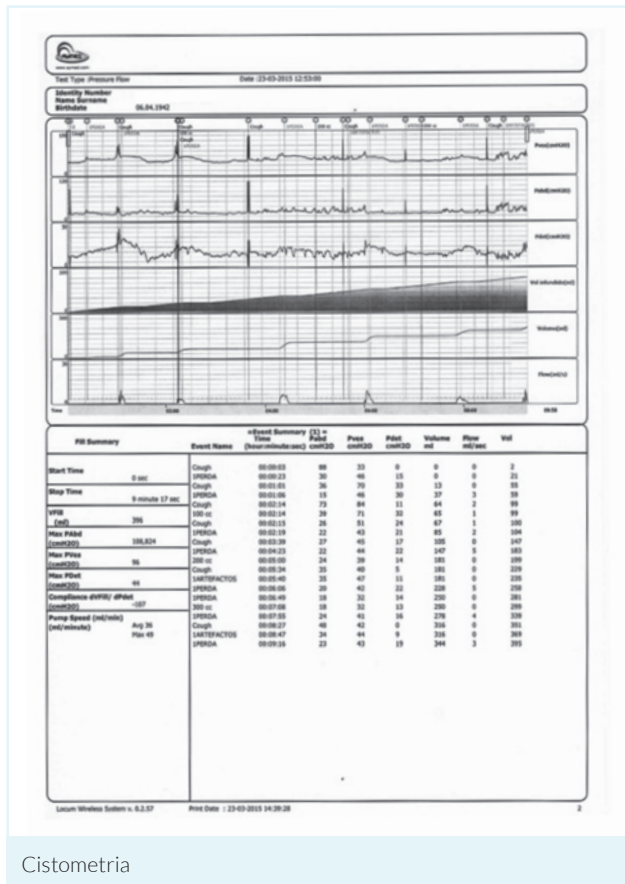
A doente optou por realizar a cirurgia que decorreu no dia 19 de junho de 2015.



FIGURA 1. Posicionamento dos trocates.



FIGURA 2. Histerectomia supra-cervical.



Cistometria

**Relatório de Estudo Urodinâmico**  
Serviço de Urologia

**IDENTIFICAÇÃO:**  
MÉDICO ASSISTENTE:  
DATA: 23-03-2015

**UROFLUXOMETRIA:**  
Não realizada

**PERFILOMANOMETRIA URETRAL - Perfil de Pressão Uretral:**  
Estudo do regime de pressões ao longo da uretra com sonda manométrica de calibre 8Ch, de 2 vias e perfundidas a 2 mL/min revelou: um tónus do mecanismo esfinteriano externo diminuído

**CISTOMETRIA - Estudo da Curva Pressão-Fluxo:**  
"Cistometria de Enchimento e Esvaziamento Vesical"

O estudo do regime de pressões intravesicais durante o enchimento revelou uma bexiga:

- a) - Sensibilidade proprioceptiva aumentada
- b) - capacidade máxima funcional e compliance mantida
- c) - contrações físicas múltiplas involuntárias do detrusor determinantes de urgências miccionais com perdas
- d) - perdas com as manobras de valsalva. ALPP não foi possível realizar por perda imediata de urina

O estudo do regime de pressões intravesicais durante a micção revelou que esta tem lugar durante uma contração física do detrusor involuntária.

**CONCLUSÃO:**  
- O presente estudo, em contextualização com a clínica, é sugestivo do diagnóstico de Incontinência urinária de esforço  
Detrusor hiperactivo. Incontinência urinária de urgência.  
Incontinência urinária de tipo mista.

*Frederico Ferronha*  
**Frederico Ferronha**  
Urologista

Relatório do exame

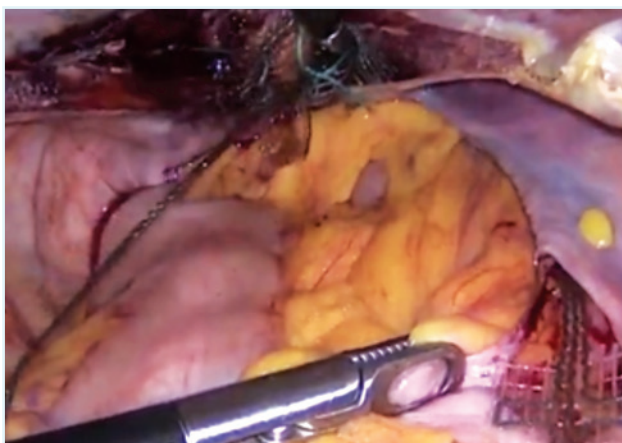


FIGURA 3. Fixação fita CESA ao colo uterino e ao sacro - a nível de S2.

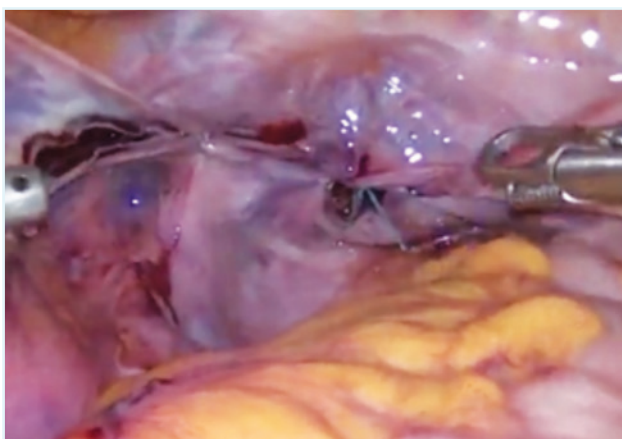


FIGURA 4. Encerramento do retroperitônio e resultado final.

## INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:

- Histerectomia supra-cervical e ligamentoplastia com substituição dos ligamentos útero-sagrados com aplicação de fita CESA - por via laparoscópica + colocação de *sling* sub-uretral (TOT) - por via transvaginal

A intervenção cirúrgica e o pós-operatório decorreram sem qualquer intercorrência e a doente teve alta clínica no dia 21 de junho de 2015 (2 dias de internamento).

A sintomatologia da doente foi reavaliada no dia da alta clínica, às quatro e às doze semanas após a intervenção (Fig. 4). A doente afirma - sic: "estou curada, consegui voltar à minha vida normal".

## COMPARAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA:

- Antes da cirurgia, no dia da alta clínica e quatro semanas após a intervenção

## DISCUSSÃO

Esta técnica está indicada em:

- Todas as mulheres que apresentam sintomas de incontinência urinária de urgência ou mista;
- Exclusão de outras causas possíveis como patologias neurogénicas e congénitas;
- Quando os tratamentos conservadores/médicos não foram eficazes.

A técnica consiste numa abordagem cirúrgica por via abdominal (aberta ou laparoscópica), seguida de histerectomia supra-cervical nos casos de prolapso uterino concomitante. À posterior identificação dos ligamentos útero-sagrados e da vértebra sagrada S2, aplica-se uma prótese (CESA/VASA) que se fixa ao colo uterino ou à cúpula vaginal, inserida retroperitonealmente e substituindo os, outrora existentes, ligamentos útero-sagrados e é também fixada ao osso sacro (a nível de S2). Quando há prolapso dos órgãos pélvicos associado, nomeadamente uterino ou da cúpula vaginal, esta técnica favorece a correção desse problema ao fortalecer o pavimento pélvico posterior.

Em Portugal já foram realizadas mais de 40 cirurgias com aplicação desta técnica e com resultados - cura cirúrgica - acima dos 85%.

Este caso clínico retrata mais um exemplo do sucesso desta nova técnica cirúrgica.

Podemos afirmar que CESA/VASA, apesar de ser uma técnica numa fase inicial de desenvolvimento, veio mudar o futuro do tratamento da bexiga hiperativa idiopática.

Data da consulta	antes da cirurgia	no momento da alta clínica	Referência do 4.º controle	
Perda de urina nunca	0	0	0	0
ao tossir, rir ou espirrar	1	1	1	1
ao caminhar	2	2	2	2
ao levantar-se	3	3	3	3
ao deitar-se sempre (e sem qualquer controle)	4	4	4	4
	5	5	5	5
Esvaziamento da bexiga				
A bexiga esvazia-se completamente	0	0	0	0
A bexiga não se esvazia completamente	2	2	2	2
Fluxo de urina				
A urina sai com um fluxo constante	0	0	0	0
A urina não sai em forma de jato	2	2	2	2
As visitas à casa de banho durante o dia				
menos de 10 vezes	0	0	0	0
10 a 15 vezes	1	1	1	1
mais de 15 vezes	2	2	2	2
Quantidade de idas à casa de banho durante a noite	6-8x	2x	1-2x	—
Número de penas higiénicas / fraldas necessárias durante o dia	4 Esvaldos	0	0	—
Retenção de urina				
mais de 10 min.	0	0	0	0
menos de 10 min. mas mais de 3 min.	1	1	1	1
menos de 3 min.	2	2	2	2
A avaliação subjetiva de desconforto (0 = sem problemas, 10 = desconforto máximo)	10	4	0	—
Evacuação Intestinal normal	0	0	0	0
prisão de ventre	1	1	1	1
diarreia	2	2	2	2
incontinência fecal durante flatulência	3	3	3	3
Teve no passado?				
Cirurgia com abertura do abdómen	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	Cirurgia por incontinência	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	
Problemas de incontinência a partir de que idade	15 anos	Menopausa a partir de que idade	20 anos	
Eventual terapia de substituição hormonal desde dos	até aos — anos			
Cirurgia prevista:	<input checked="" type="checkbox"/> CESA	<input type="checkbox"/> CERESA	<input type="checkbox"/> VASA,	<input type="checkbox"/> VARESA
				<input checked="" type="checkbox"/> TOT
Outros:	Data de Cirurgia 19.1.16.2015			

Comparação da sintomatologia.

**CONFLITOS DE INTERESSE:** Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos na elaboração do presente trabalho estão em conformidade com as normas das comissões de investigação clínica e de ética, bem como da declaração de Helsínquia e da Associação Médica Mundial.

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors declare that they have no conflicts of interest.

**FINANCIAL SUPPORT:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**CONFIDENTIALITY OF DATA:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

## REFERÊNCIAS

1. Jäger W, Mirenska O, Brügge S. Surgical treatment of mixed and urge urinary incontinence in women, *Gynecol Obstet Invest.* 2012;74:157-64. doi: 10.1159/000339972.
2. Galego P, Oliveira C. CESA/VASA – Novo tratamento cirúrgico da bexiga hiperactiva., Congresso da Associação Portuguesa de Urologia, 2014. Centro de Congressos do Epic Sana Algarve Hotel, 31 de outubro a 2 de novembro de 2014.
3. Rajshekhar S, Mukhopadhyay S, Morris E. Early safety and efficacy outcomes of a novel technique of sacrocolpopexy for the treatment of apical prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;135:182-6. doi:10.1016/j.ijgo.2016.05.007.
4. Petros PE, Ulmsten UI: An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol.* 1993;(suppl 153):1-93.
5. Ward KL, Hilton P. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal-tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:324-31.
6. Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med.* 2008;148:459-73.
7. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates

to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170:1713-20; discussion 1720-3.

8. Petros PE. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1990;153:7-31.
9. Kindermann G, Dimpf T. Kongress der DGGG. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 13.-16. Juni 2000, München 2002.
10. Conze J, Junge K, Weiss C, Anurov M, Oettinger A, Klinge U, et al. New polymer for intra-abdominal meshes – PVDF copolymer. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater.* 2008; 87: 321–8. doi: 10.1002/jbm.b.311106.
11. Berger D, Bientzle M. Polyvinylidene fluoride: a suitable mesh material for laparoscopic incisional and parastomal hernia repair! A prospective, observational study with 344 patients. *Hernia.* 2009;13:167-72. doi: 10.1007/s10029-008-0435-4.