

Histerectomia Vaginal: O Laparoscópico é Necessário?

Vaginal Hysterectomy: Is the Laparoscope Necessary?

Octacílio Figueiredo Netto, Octacílio Figueiredo
Eduardo Garcia Figueiredo, Priscila Garcia Figueiredo

RESUMO

Objetivos: *a laparoscopia pode auxiliar na conversão de uma histerectomia abdominal em vaginal quando esta última está contra-indicada, não devendo substituir a histerectomia vaginal simples quando esta é viável. Este estudo tem por objetivo discutir o papel da laparoscopia na histerectomia vaginal.*

Métodos: *de fevereiro de 1995 a setembro de 1998, 400 pacientes foram consideradas candidatas à histerectomia vaginal. Foram excluídas as pacientes portadoras de prolapso uterino, tumor anexial associado e útero fixo ao toque bimanual. Os procedimentos foram realizados com a técnica de Heaney utilizando métodos de redução do volume uterino no caso de úteros miomatosos.*

Resultados: *A média de idade e paridade foi de 46,9 anos e 3,2 partos, respectivamente. Vinte e nove pacientes (7,2%) eram nulíparas e 104 (26,0%) não tinham antecedente de parto vaginal. Trezentas e três pacientes (75,7%) apresentavam cirurgia pélvica prévia, sendo a cesárea a mais freqüente (48,7%). A principal indicação cirúrgica foi miomatose uterina (61,2%), e o volume uterino médio foi de 239,9 cm³ (30-1228 cm³). A histerectomia vaginal foi realizada com sucesso em 396 pacientes (99,0%), sendo que 73 cirurgias (18,2%) foram realizadas por residentes. O tempo cirúrgico médio foi de 45 min. A laparoscopia diagnóstica/cirúrgica foi realizada em 16 pacientes (4,0%). As complicações intra-operatórias incluíram 6 lesões vesicais (1,5%) e uma lesão retal (0,2%). Quatro procedimentos (1,0%) foram efetivados pela via abdominal. Ocorreram complicações pós-operatórias em 24 pacientes (6,0%). Duzentas e oitenta e uma pacientes (70,2%) receberam alta hospitalar 24 h após a cirurgia.*

Conclusões: *O laparoscópio não parece ser necessário nos casos em que o útero é móvel e não existe tumor anexial associado. Em última análise, o principal papel do laparoscópio parece ser o de permitir que o ginecologista se dê conta de que histerectomia vaginal simples pode ser realizada na grande maioria dos casos.*

PALAVRAS-CHAVE: *Histerectomia. Cirurgia vaginal. Laparoscopia. Cirurgia (complicações).*

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade
Estadual de Londrina
Endofemina - Endoscopia Ginecológica, Londrina/PR
Correspondência:
Octacílio Figueiredo Netto
Rua Alagoas, 1526 apto. 12
86020-360 - Londrina - PR
e-mail: femina@sercomtel.com.br

Introdução

A histerectomia é a cirurgia ginecológica mais realizada nos Estados Unidos, com proporção de 3:1 entre as abordagens abdominal e vaginal²⁰. Em

1982, Dicker et al.⁴ demonstraram que a histerectomia vaginal associa-se à recuperação mais rápida e com menor incidência de complicações do que a histerectomia abdominal. Reich et al.¹⁸, em 1989, demonstraram, pela primeira vez, a viabilidade de se realizar a histerectomia por via laparoscópica, recomendando que o procedimento fosse utilizado em pacientes selecionadas com o objetivo de reduzir o trauma e a morbidade associados à histerectomia abdominal. Em 1990, Kovac et al.⁹ descreveram a histerectomia vaginal assistida por laparoscopia, em que o laparoscópio foi utilizado para o diagnóstico e tratamento de patologias pélvicas associadas em pacientes nas quais a abordagem vaginal estava presumivelmente contra-indicada.

Desde então, o papel da laparoscopia na histerectomia vaginal tem sido muito debatido, embora haja um consenso de que a laparoscopia deva ser utilizada para converter a histerectomia abdominal em vaginal quando essa última está contra-indicada, e não para substituir a histerectomia vaginal simples quando a mesma é viável. Paralelamente, tem-se questionado a validade das contra-indicações tradicionalmente citadas para a abordagem vaginal, como ausência de prolapso uterino⁶, cirurgia pélvica prévia², miomatose uterina⁷ e nuliparidade¹³.

Neste artigo, apresentamos nossa experiência em 400 casos de histerectomia vaginal e discutimos o papel da laparoscopia como método diagnóstico/cirúrgico auxiliar.

Pacientes e Métodos

De fevereiro/1995 a setembro/1998, 400 pacientes foram consideradas candidatas à histerectomia vaginal no Hospital Universitário da UEL e outros hospitais públicos e privados de Londrina e região. Foram excluídas as pacientes portadoras de prolapso uterino, tumor anexial associado e aquelas com útero fixo ao toque bimanual. A história de cirurgia pélvica prévia, miomatose uterina e nuliparidade não foram consideradas contra-indicações. Obesidade foi definida como presença Índice de Massa Corpórea (IMC) > 30 kg/m². Foi realizada ultra-sonografia pélvica em todas as pacientes para avaliação morfológica do útero e anexos e estimativa do volume uterino.

Os procedimentos foram realizados com a técnica de Heaney⁸ e, no caso de úteros miomatosos, foram utilizadas as seguintes técnicas de redução do volume uterino: técnica de Lash,

hemissecção, ressecção em cunha e miomectomia¹⁷. Foram administrados antibióticos profiláticos (cefalosporina de 1ª geração) em todos os casos.

Resultados

A média de idade e paridade foi de 46,9 anos e 3,2 partos, respectivamente. Vinte e nove pacientes (7,2%) eram nulíparas, e 104 (26,0%) não tinham antecedente de parto vaginal. Trezentas e três pacientes (75,7%) apresentavam cirurgia pélvica prévia, sendo a cesariana a mais freqüente (195 pacientes - 48,7%). Outras cirurgias prévias incluíram miomectomia, cirurgia sobre anexos, colpoperineoplastia anterior/posterior e procedimentos combinados. Obesidade foi diagnosticada em 25,5% dos casos (101 pacientes).

As principais indicações cirúrgicas foram miomatose uterina (245 pacientes - 61,2%) e hipermenorragia (76 pacientes - 19,0%). O volume uterino médio estimado pela ultra-sonografia foi de 239,9 cm³ (30-1228 cm³).

A histerectomia vaginal foi realizada com sucesso em 396 pacientes (99,0%), sendo que 73 cirurgias (18,2%) foram realizadas por residentes de 2º ano do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Londrina. O tempo cirúrgico médio foi de 45 minutos, variando de 20 a 180 minutos. Foram utilizadas técnicas de redução do volume uterino em 65,0% dos casos (260 pacientes), sendo elas necessárias em todas as pacientes que apresentavam volume uterino superior a 250 cm³. A laparoscopia diagnóstica/cirúrgica foi realizada em 16 pacientes (4,0%), sendo que em um caso optou-se pela histerectomia abdominal em razão da presença de aderências pélvicas extensas. Foi realizada colpoperineoplastia concomitante em 88 pacientes (22,0%), e ooforectomia bilateral em 2 casos de adenocarcinoma de endométrio, diagnosticado por histeroscopia com biópsia endometrial. O peso uterino médio foi de 205,6 g (30-1160 g).

As complicações intra-operatórias incluíram 6 lesões vesicais (1,5%) e uma lesão retal (0,2%). Quatro procedimentos foram convertidos para a via abdominal (1,0%) por dificuldades intra-operatórias. Ocorreram complicações pós-operatórias em 24 pacientes (6,0%), com os diagnósticos de infecções do trato urinário (9 casos - 2,2%), granuloma de cúpula vaginal (8 casos - 2,0%), abscessos pélvicos (4 casos - 1,0%), hematoma de cúpula vaginal (2 casos - 0,5%) e um caso com hemorragia pós-operatória que exigiu

laparotomia para correção. Não houve formação de fístulas. Oito pacientes (2,0%) necessitaram de transfusão sanguínea, das quais duas no pré-operatório (0,5%), quatro durante a cirurgia (1,0%) e duas no pós-operatório (0,5%). O diagnóstico histológico mais freqüente foi de leiomioma uterino (246 pacientes - 61,5%). Duzentos e oitenta e uma pacientes (70,2%) receberam alta hospitalar 24 horas após a cirurgia.

Discussão

Diversos autores têm demonstrado que um grande número de histerectomias atualmente realizadas por via abdominal ou laparoscópica poderia ser realizado por via vaginal simples^{1,3,14}. Richardson et al.¹⁹ demonstraram que, se uma paciente pode ser submetida à histerectomia vaginal, não há vantagem em se realizar uma histerectomia laparoscópica. Em 1995, Kovac e Cruikshank¹¹ desenvolveram e testaram prospectivamente diretrizes para determinar a via cirúrgica adequada, baseado no tipo de patologia pélvica encontrada em 617 pacientes candidatas à histerectomia. Dos casos iniciais, 608 pacientes foram submetidas à histerectomia vaginal (98,5%), sendo que em apenas 12 dessas pacientes (2,0%) foi necessária a utilização prévia de técnicas laparoscópicas para permitir a remoção do útero por via vaginal. A via abdominal foi utilizada em apenas nove casos (1,5%), com uma proporção abdominal:vaginal de 1:68. Isso representou uma economia potencial de US\$ 1.317.434 em termos de custos hospitalares e de 7.250 dias de convalescença, caso a proporção nacional de 3:1 encontrada por Wilcox et al.²⁰ nos EUA tivesse sido aplicada. Nossos resultados e os de outros autores^{1,3,10} estão em concordância com esses achados.

No passado, as contra-indicações tradicionais para a via vaginal automaticamente constituíam uma indicação para a via abdominal ou laparoscópica. Entretanto, essas contra-indicações têm sido questionadas por vários cirurgiões^{2,6,7,13}, já que a histerectomia vaginal é menos custosa^{5,16}, apresenta uma menor incidência de complicações⁴, não resulta em cicatriz abdominal e requer um período de recuperação mais curto. Quando existe a suspeita de patologias pélvicas mais graves, como no caso de útero fixo ao toque bimanual ou na presença de tumor anexial associado, o laparoscópio constitui um instrumento excelente para confirmar ou não essas condições, orientando a escolha da via cirúrgica mais apropriada. Ressaltamos, entretanto, que, mesmo nos casos

em que o auxílio laparoscópico é necessário, o cirurgião deve ter experiência em cirurgia vaginal para completar o procedimento com segurança. Apesar da popularidade da histerectomia vaginal em algumas instituições e de suas vantagens, essa via continua sendo pouco utilizada. A preferência pela via abdominal provavelmente reflete uma maior confiança nessa abordagem, e o fato da histerectomia vaginal normalmente ser encarada como sendo mais difícil pode ser responsável pelo seu uso menos freqüente. É difícil, entretanto, entender como uma operação que provavelmente apresentava uma morbidade menor que a de qualquer outra cirurgia no final do século passado possa representar um grande desafio nos dias de hoje¹⁵.

Historicamente, a capacidade de operar através da vagina é que diferencia o ginecologista do cirurgião geral. Um ginecologista experiente deve ser capaz de realizar pelo menos 50% das histerectomias por via vaginal e, para se atingir essa proporção, é necessário um maior treinamento em cirurgia vaginal durante a residência médica, e não somente sua preconização por alguns entusiastas dessa via. Como disse Harry Reich, em 1990: "Eu acredito que talvez um dia nós nos voltemos totalmente para a cirurgia vaginal; à medida em que a confiança na abordagem laparoscópica-vaginal aumenta, muitos cirurgiões descartarão completamente o laparoscópio"¹².

Várias conclusões advêm deste estudo. Como a histerectomia vaginal simples foi possível na grande maioria das pacientes (99,0%), o laparoscópio não parece ser necessário nos casos em que o útero é móvel e não existe tumor anexial associado. Sua utilização em casos nos quais uma histerectomia vaginal simples poderia ser realizada provavelmente implicaria em maior tempo cirúrgico, custo e incidência de complicações. Em última análise, o principal papel do laparoscópio parece ser o de permitir que o ginecologista se dê conta de que histerectomia vaginal simples pode ser realizada na maior parte dos casos.

SUMMARY

Purpose: *the laparoscope can be used to convert an abdominal into a vaginal hysterectomy when there are contraindications for the vaginal approach, and not as a substitute for simple vaginal hysterectomy. The purpose of the present study is to discuss the role of laparoscopy in vaginal hysterectomy.*

Methods: *between February 1995 and September 1998, 400 patients were considered candidates for vaginal hysterectomy.*

Exclusion criteria included uterine prolapse, adnexal tumor and uterine immobility. The Heaney technique was used, and different morcellation procedures were employed for the removal of enlarged uteri.

Results: the mean age and parity was 46.9 years and 3.2 deliveries, respectively. Twenty-nine patients (7.2%) were nulliparous, and 104 (26.0%) had never delivered vaginally. Three hundred and three patients (75.7%) had a history of previous pelvic surgery, the most common being cesarean section (48.7%). The most frequent indication was leiomyoma (61.2%), and the mean uterine volume was 239.9 cm³ (30-1228 cm³). Vaginal hysterectomy was successfully performed in 396 patients (99.0%), and 73 surgeries (18.2%) were done by residents. The mean operative time was 45 min. Diagnostic/operative laparoscopy was performed in 16 patients (4.0%). Intraoperative complications included 6 cystotomies (1.5%) and one rectal laceration (0.2%). There were four conversions (1.0%) to the abdominal route. Postoperative complications occurred in 24 patients (6.0%). Two hundred and eighty-one patients (70.2%) were discharged 24 h after surgery.

Conclusions: the laparoscope does not seem to be necessary in cases where the uterus is mobile and there is no adnexal tumor. The main role of the laparoscope may be to increase the awareness of gynecologists to the possibility of a simple vaginal hysterectomy in the majority of cases.

KEY WORDS: Hysterectomy. Laparoscopy. Vaginal surgery. Surgery complications.

Referências

1. Cosson M, Querleu D, Subtil D, Switala I, Buchet B, Crepin G. The feasibility of vaginal hysterectomy. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 1996; **64**: 95-9.
2. Coulam CB, Pratt JH. Vaginal hysterectomy: is previous pelvic operation a contraindication? **Am J Obstet Gynecol** 1973; **116**: 252-60.
3. De Meeus JB, Magnin G. Indications for laparoscopic hysterectomy. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 1997; **74**: 49-52.
4. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. **Am J Obstet Gynecol** 1982; **144**: 841- 7.
5. Dorsey JH, Holtz PM, Griffiths RI, McGrath MM, Steinberg EP. Costs and charges associated with three alternative techniques of hysterectomy. **N Engl J Med** 1996; **335**: 476-82.
6. Figueirêdo Netto O, Figueirêdo O, Pinotti JA. Histerectomia vaginal em pacientes sem prolapso uterino: análise de 150 casos. **Rev Bras Ginecol Obstet** 1997; **19**: 267-74.
7. Grody MHT. Vaginal hysterectomy: the large uterus. **J Gynecol Surg** 1989; **5**: 301-12.
8. Heaney NS. Vaginal hysterectomy: its indications and technique. **Am J Surg** 1940; **48**: 284-8.
9. Kovac SR, Cruikshank SH, Retto HF. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. **J Gynecol Surg** 1990; **6**: 185-93.
10. Kovac SR. Intramyometrial coring as an adjunct to vaginal hysterectomy. **Obstet Gynecol** 1986; **67**: 131-135.
11. Kovac SR, Cruikshank SH. Guidelines to determine the route of hysterectomy. **Obstet Gynecol** 1995; **85**: 18-23.
12. Kovac SR. Guidelines to determine the role of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. **Am J Obstet Gynecol** 1998; **178**: 1257-63.
13. Larson SL. Vaginal hysterectomy in the nulligravida. In: Kovac SR, Cruikshank, SH, editores. Annals of the Sixth International Vaginal Surgery Conference; St. Louis, Missouri; 1995. p. 40-1.
14. Lipscomb GH. Laparoscopic-assisted hysterectomy: is it ever indicated ? **Clin Obstet Gynecol** 1997; **40**: 895-902.
15. Meeks GR, Harris RL. Surgical approach to hysterectomy: abdominal, laparoscopy-assisted, or vaginal ? **Clin Obstet Gynecol** 1997; **40**: 886-94.
16. Nezhat C, Bess O, Admon D, Nezhat CH, Nezhat F. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal, and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomies. **Obstet Gynecol** 1994; **83**: 713-6.
17. Pelosi MA, Pelosi III MA. A comprehensive approach to morcellation of the large uterus. **Contemp Ob/Gyn** 1997; **3**: 106-25.
18. Reich H, De Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. **J Gynecol Surg** 1989; **5**: 213-6.
19. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time ? **Lancet** 1995; **345**: 36-41.
20. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. **Obstet Gynecol** 1994; **83**: 549-5.