

OUTUBRO/DEZEMBRO 1998

ARTIGOS ORIGINAIS

INFLUÊNCIA DO CONTROLE HÍDRICO NA RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA PÓS-OPERATÓRIA NAS CIRURGIAS ANORRETAIS

ANTÔNIO ERNESTO MENEGAZ DE BEM - FSBCP
LÚCIO SARUBBI FILLMANN - FSBCP
HENRIQUE SARUBBI FILLMANN - FSBCP
ÉRICO ERNESTO PRETZEL FILLMANN - TSBCP

MENEGAZ DE BEM AE, FILLMANN LS, FILLMANN HS & FILLMANN EEP - Influência do controle hídrico na retenção urinária aguda pós-operatória nas cirurgias anorretais. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(4): 232 - 234

RESUMO: Quarenta pacientes submetidos a cirurgia proctológica orificial foram estudados prospectivamente com objetivo de avaliar a influência da administração de fluidos peri-operatórios sobre a incidência de retenção urinária pós-operatória. Esta população foi randomizada em dois grupos: um grupo controle (n = 20) submetido a hidratação usualmente utilizada pelo serviço de anestesia e outro experimental (n = 20) mantido com 1,25 ml/kg/h de fluidos. Foram incluídos apenas pacientes sem patologias associadas. A analgesia pós-operatória foi rigorosamente a mesma. Os grupos se equiparavam quanto a sexo, idade, patologia proctológica, tempo cirúrgico e tipo de anestesia. Houve, entretanto, uma diminuição significativa na taxa de retenção urinária daqueles pacientes com controle hídrico (10%) quando comparados com o grupo controle (40%) ($p < 0,05$).

UNITERMOS: retenção urinária; cirurgia anorretal

A retenção urinária aguda é a complicação que mais comumente se segue às cirurgias anorretais para doenças benignas⁽¹⁾. Apesar de geralmente não acarretar conseqüências graves, proporciona grande desconforto ao paciente que necessita sondagem vesical sujeitando-se as possíveis complicações decorrentes deste procedimento, que variam desde infecção urinária até lesões do trato urinário com prolongamento do seu período de internação hospitalar. A incidência de retenção urinária nas cirurgias proctológicas orificiais varia de 20 a 70%⁽¹⁻³⁾. Acredita-se que uma série de fatores contribuam na etiologia desta complicação. Dentre eles destacam-se a con-

tração reflexa do colo vesical e relaxamento do músculo detrusor devido a dor anal e dilatação do canal anal⁽⁴⁾; o uso de anestésicos de longo período de ação e opiáceos⁽⁵⁾; e o excesso de fluidos administrados peri-operatoriamente⁽⁶⁾.

Desenvolvemos este estudo prospectivo, randomizado e controlado a fim de averiguar a importância do controle hídrico perioperatório na prevenção da retenção urinária nas cirurgias proctológicas orificiais.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados 40 pacientes submetidos consecutivamente a cirurgia proctológica orificial no período de julho a outubro de 1996 no Hospital São Lucas da PUC-RS. Foram excluídos os pacientes portadores de doença maligna, patologia associada não proctológica, em uso crônico de qualquer tipo de medicação ou submetidos previamente a procedimentos urológicos. Todos os pacientes foram operados pelo mesmo cirurgião e anestesista, observando sempre a mesma técnica para uma dada patologia. A analgesia pós-operatória foi feita com dolantina 100 mg IM seguido por Dorscopena® 1 ampola IM a cada quatro horas. Todos os pacientes foram instruídos a urinar antes de serem conduzidos ao bloco cirúrgico. A população em estudo foi dividida aleatoriamente, segundo o número do prontuário de cada paciente, em um grupo controle e um grupo experimental. O primeiro (n = 20) recebeu a hidratação usualmente prescrita pelo serviço de anestesia, com ingestão hídrica livre após cinco horas do término da cirurgia. O grupo experimental (n = 20) foi submetido a uma hidratação perioperatória controlada com 1,25 ml/kg/h. Este volume não impõe restrição hídrica ao paciente; representa, entretanto, a reposição das perdas e suprimento das necessidades básicas. A ingestão de líquidos por via oral só foi liberada após a primeira micção; entretanto eram-lhes permitidos alimentos sólidos.

Os pacientes permaneceram na sala de recuperação do bloco cirúrgico (SR) até a primeira micção. O diagnóstico de retenção urinária foi feito pelo médico plantonista da SR e as sondagens vesicais e anotações de volumes pela enfermeira da SR.

Foram considerados como tendo retenção urinária apenas os pacientes cateterizados com 400 ml ou mais de volume de urina. As outras variáveis estudadas foram sexo, idade, tipo de anestesia, tempo cirúrgico, cirurgia realizada, volume obtido pela sondagem, tempo entre cirurgia e primeira micção/sondagem e volume administrado perioperatóriamente. Os testes estatísticos utilizados foram "Teste para diferença de médias" e " χ^2 ". Um $p \leq 0,05$ foi considerado significativo.

RESULTADOS

Os grupos experimental (GE) e controle (GC) foram respectivamente compostos por oito homens e 12 mulheres e por nove homens e 11 mulheres; com idades médias de 43 (23-60) e 38 (13-74) anos. Os pacientes foram submetidos às seguintes cirurgias: 21 hemorroidectomias, oito fistulectomias, sete fissurectomias, duas exérese de lesões anais, uma papilectomia e uma drenagem de abscesso, sob anestesia geral em 18 casos, peridural em 21 e local em um, homoganeamente distribuídos em ambos os grupos (Tabela 1). O tempo operatório foi em média 27,95 min (11-45) no GE e 28,85 min (14-60) no GC. Todas estas variáveis quando analisadas estatisticamente não mostraram diferença significativa entre os dois grupos.

O volume hídrico médio administrado e o tempo decorrido desde o início do procedimento cirúrgico até a primeira micção/sondagem vesical foi 482 ml (125-915) no GE e 1031 ml (700-1500) no GC ($p < 0,05$), e 379 min (125-753) no GE e 544 min (235-735) no GC ($p < 0,1$).

A incidência geral de retenção urinária foi de 25%, com dois casos (10%) no GE e oito casos (40%) no GC; havendo uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Não foi observado nenhum outro tipo de complicação decorrente dos procedimentos realizados. Um paciente não

foi incluído por apresentar cateterização vesical com volume inferior a 400 ml.

DISCUSSÃO

Inúmeras são as teorias que tentam explicar o alto índice de retenção urinária que se segue às cirurgias orificiais proctológicas. A dor decorrente da ferida operatória e da dilatação do canal anal é citada por Pompeius⁽⁴⁾ como principal fator de inibição da atividade do músculo detrusor. Isto seria resultado de um mecanismo reflexo envolvendo a inervação parassimpática. A verdadeira patogênese desta complicação não é conhecida. Provavelmente são múltiplos os fatores que contribuem para tanto e até mesmo alterações psicológicas têm sido implicadas⁽²⁾. Atribui-se também papel importante aos anestésicos de longo período de ação⁽³⁾ e opiáceos⁽¹⁰⁾.

O homem está duas vezes mais propenso a este tipo de complicação segundo a literatura⁽⁸⁾. Este fato decorre principalmente da presença de patologias prostáticas que, mesmo assintomáticas, podem precipitar retenção urinária⁽⁹⁾. No presente estudo observamos nove casos em quatro homens e cinco mulheres, o que foge desta tendência, provavelmente porque foram excluídos todos os pacientes com qualquer patologia associada.

Nosso trabalho baseia-se em estudos prévios que restringem o volume administrado perioperatóriamente^(3, 6). Bailey e Fergusson⁽⁷⁾ relataram uma série de pacientes submetidos a restrição hídrica perioperatória de 250 ml com incidência de 4% de retenção urinária. Em outro estudo que utilizou volumes de 100 ml, a taxa de tal complicação foi de apenas 1%⁽¹⁾. Restrições hídricas severas como estas são sabidamente eficazes mas podem produzir conseqüências indesejáveis ao paciente. Procuramos, ao contrário dos demais ensaios, utilizar uma hidratação controlada, não restrita. Outra preocupação importante foi minimizar fatores associados bem como vieses através da seleção da população alvo, da homogeneidade dos procedimentos e da randomização.

A administração de grandes volumes perioperatórios provavelmente provoca retenção urinária por distensão excessiva do músculo detrusor. Este, como todo músculo liso, perde sua capacidade contrátil após estiramento extremo. Além de não gerar força de contração suficiente, não existem condições para o relaxamento do colo vesical.

Baseado em nossos resultados, na facilidade de execução das medidas de controle de volume e na ausência de efeitos adversos, sugerimos sua utilização rotineira a fim de minimizar sensivelmente (75% neste estudo) a taxa de retenção urinária pós-operatória em cirurgias proctológicas.

MENEGAZ DE BEM AE, FILLMANN LS, FILLMANN HS & FILLMANN EEP - Fluid control influencing postoperative urinary retention after anorectal operations.

SUMMARY: Forty patients who had undergone surgery for benign anorectal disease were studied prospectively to determine the influence of perioperative fluid administration upon

Tabela 1

	Grupo experimental		Grupo controle	
	Nº de pacientes	Retenção (%)	Nº de pacientes	Retenção (%)
Cirurgias				
Hemorroidectomia	10	2(20%)	11	6(54%)
Fistulectomia	4		4	1 (25%)
Fissurectomia	3		4	1 (25%)
Exérese de lesão anal	1		1	
Drenagem de abscesso	1			
Anestesia				
Geral	9	1 (11%)	9	3 (33%)
Peridural	10	1 (10%)	11	5 (45%)
Local	1			
Total	20	2 (10%)	20	8 (40%)

postoperative urinary retention incidence. They were randomized into two groups; to the control group (n = 20) were given free fluids and to the experimental one (n = 20) 1.25 ml/kg/h of fluid administration. Only patients without associated diseases were included. Postoperative analgesia was identical in both groups. There was no significant difference in their age, sex, pathology, surgical time and type of anesthesia. However, there was a significant difference in the urinary retention rate between those who belonged to limited-fluid group (10%) and those who received fluid *ad libitum* (40%) ($p < 0.05$).

KEY WORDS: urinary retention; anorectal surgery

REFERÊNCIAS

1. Prasad ML, Abcarian H. Urinary retention following operations for benign anorectal diseases. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 490-2.
2. Rankin JT. Urological complications of rectal surgery. *Br J Urol* 1969; 41: 655-9.
3. Petros JG, Bradley TM. Factors influencing postoperative urinary

- retention in patients undergoing surgery for benign anorectal disease. *Am J Surg* 1990; 159: 374-6.
4. Pompeius R. Detrusor inhibition induced from anal region in man. *Acta Chir Scand suppl* 1966; 361: 1.
5. Hopping RA. Complications of anorectal surgery: cause and treatment (panel discussion). *Dis Colon Rectum* 1966; 9: 159.
6. Campbell ED. Prevention of urinary retention after anorectal operations. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 69-70.
7. Bailey HR, Ferguson JA. Prevention of urinary retention by fluid restriction following anorectal operations. *Dis Colon Rectum* 1976; 19: 250-2.
8. Crystal RF, Hopping RA. Early postoperative complications of anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 336-41.
9. Campbell MF. Urologic complications of anorectal and colon surgery. *Am J Proctol* 1961; 12: 43-51.
10. Hodsman NBA, Kenney GNC, Mcardle CS. Patient controlled analgesia and urinary retention. *Br J Surg* 1988; 75: 212.

Endereço para correspondência:

Érico E.P. Fillmann
Centro Clínico do Hospital São Lucas da PUC-RS
Av. Ipiranga, 6690 - cj. 307
90610-000 - Porto Alegre - RS