

TRANSVERSE INCISION (CHERNEY'S) FOR RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY

ROMULO MAROCLO FILHO, FERNANDO A. F. DIAZ, FLÁVIO H. GUIMARÃES, ROBERTO R. MAROCLO, RICARDO S. MONTEIRO, ROMULO MAROCLO

Division of Urology, Department of Surgery, University Hospital of Brasilia, School of Medicine, University of Brasilia, Brasilia, DF, Brazil

ABSTRACT

Introduction: Radical retropubic prostatectomy is the most performed operation for treatment of localized prostate cancer. One of the significant surgical aspects of this surgery is an adequate exposure, and traditionally it has been obtained through a vertical infraumbilical incision. The aim of this article is to report the technique of transverse incision (Cherney's) for performing radical retropubic prostatectomy.

Surgical technique: A curved transverse incision is made 2-cm above the pubic symphysis up to the anterior rectus abdominis sheath and the aponeurosis of the external oblique muscles. The aponeuroses are incised and the rectus muscles are isolated and sectioned close to their pubic attachments. Both rectus abdominis are displaced superiorly enabling an excellent surgical field. The retropubic space is dissected and radical retropubic prostatectomy is performed in the usual manner. For the abdominal wall closing, the extremities of the rectus tendons are securely sutured to the posterior surface of the rectus abdominis sheath, very close to the pubis. Between November 1999 and June 2001, 29 patients with clinically localized prostate cancer underwent radical retropubic prostatectomy by the transverse Cherney's incision described. There were no immediate surgical complications, and at a follow-up varying from 1 to 18 months, no incisional herniation was observed.

Comments: The Cherney's incision is a modification of the Maylard or Bardenheuer techniques, both modifications of the incision reported by Pfannenstiel in 1900. The transverse diameter of the lower abdomen is about 25% longer than the distance from the umbilicus to the pubic symphysis in males. Moreover, the midpoint of a transverse incision is at the center of the operative field for the prostate, rather than at its end, as in a vertical incision. The exposure gives ready access to all the pelvic organs, since the bifurcation of the aorta to the lower rectum. The incidence of evisceration and postoperative hernia is negligible and the additional time for wound repair is about 10 minutes. Therefore, the Cherney's transverse incision may be an attractive alternative for radical retropubic prostatectomy.

Key words: prostate; prostatic neoplasms; carcinoma; prostatectomy; surgical technique

Braz J Urol, 27: 571-574, 2001

INTRODUÇÃO

Desde que Walsh & Donker, em 1982, padronizaram a técnica da prostatectomia radical retropúbica, com significativa diminuição na morbimortalidade do procedimento, a prostatectomia radical pelo acesso retropúbico passou a ser o procedimento mais realizado no tratamento do câncer localizado da próstata em todo o mundo (1). Um dos

aspectos críticos desta técnica consiste em uma adequada exposição do campo operatório, o que pode ser decisivo para o resultado final da cirurgia. A prostatectomia radical retropúbica é tradicionalmente realizada por uma incisão mediana infra-umbilical.

O presente trabalho tem o objetivo de descrever a técnica de incisão transversa de Cherney (2) para realização da prostatectomia radical retropúbica.



Figure 1 - The rectus abdominis muscles are isolated close to their attachments to the pubis.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Com o paciente anestesiado (bloqueio peridural ou anestesia geral), o mesmo é colocado em posição de Trendelenburg exagerada, com as pernas em hiperextensão. Coloca-se um coxim sob as nádegas ao nível da sínfise púbica, com a finalidade de ampliar o ângulo pubo-prostático. O campo operatório é preparado com solução de iodo-povidona e campos cirúrgicos estéreis.

Realiza-se incisão curvilínea na pele, aproximadamente 2 cm acima da sínfise púbica, em sentido transversal, à semelhança da incisão de Pfannenstiel. O tecido subcutâneo é seccionado expondo-se a aponeurose do músculo oblíquo externo e a bainha anterior do reto abdominal. As aponeuroses são incisadas também no sentido transversal, expondo-se os músculos retos abdominais, oblíquos externos e piramidais.

Os músculos retos abdominais são individualizados próximo à sua inserção no púbis (Figure-1), onde são de consistência fibrosa e frequentemente tendinosa. Estes são então seccionados com tesoura ou com cauterio em sua inserção e retraídos superiormente (Figure-2). O sangramento nesta fase é mínimo e habitualmente preserva-se a vascularização posterior através dos vasos epigástricos inferiores.

Coloca-se o afastador de cavidade, dissecase o espaço retro-púbico e expõe-se o campo operatório.

A prostatectomia radical retro-púbica é realizada conforme a técnica descrita por Walsh (1). Após a retirada da peça e confecção da anastomose uretrovesical, procede-se à drenagem do espaço retro-púbico e fechamento da cavidade.

Os músculos retos abdominais que foram seccionados são aproximados com ajuda do auxiliar. O cirurgião procede à ancoragem dos músculos retos abdominais à face posterior de suas aponeuroses, realizando sutura contínua de vicryl 0. A mesa operatória deve ser revertida para aproximação das estruturas a serem suturadas, o que facilita o fechamento da parede. As aponeuroses são fechadas com sutura contínua de vicryl 0 e o subcutâneo com pontos invertidos de catégute 3-0, especialmente nos pacientes obesos, no sentido de evitar a formação de seroma. Realizam-se pontos separados de nylon 4-0 na pele.

Entre Novembro de 1999 e Junho de 2001, 29 pacientes foram submetidos a prostatectomia radical retro-púbica utilizando-se a incisão descrita. Ocorreu apenas um caso de seroma pós-operatório, não havendo nenhum caso de infecção de ferida ou abscesso. O seguimento variou de 1 a 18 meses, não sendo detectado nenhum caso de hérnia incisional até o presente momento.

COMENTÁRIOS

Embora vários acessos tenham sido descritos, a via retro-púbica permanece como o padrão-ouro para



Figure 2 - Both rectus abdominis are sectioned and displaced superiorly.

realização da prostatectomia radical, tendo passado pelo crivo do tempo. É uma operação segura e com baixas taxas de morbi-mortalidade, demonstradas em grandes séries de pacientes. Esta cirurgia é feita com uma incisão mediana infra-umbilical (1).

Leonid S. Cherney, descreveu em 1941 o uso de uma incisão transversa para realização de cirurgias pélvicas (2,3). A incisão de Cherney é uma modificação da incisão descrita por Maylard ou Bardenheuer em 1907, que realizavam incisões transversas com secção dos músculos retos abdominais, sendo todas alterações da incisão proposta em 1900 por Pfannenstiel (4,5).

O diâmetro transversal do abdômen inferior é 25% maior que a distância da cicatriz umbilical até o púbis no homem e maior ainda na mulher. Desde que a exposição resultante é proporcional ao quadrado do eixo, incisões transversas são capazes de expor um campo operatório de 1.5 a 2 vezes maior que as incisões verticais (2,3,5).

Na técnica de Cherney, o centro da incisão fica localizado no campo operatório, ao invés de localizar-se no terço inferior da incisão no caso de incisões verticais, o que facilita a abordagem das estruturas pélvicas. Em cirurgias intraperitoneais permite exposição do sigmóide ao reto, facilitando cirurgias proctológicas baixas, permitindo apendicectomia e todo tipo de cirurgia ginecológica, bem como a exposição dos grandes vasos, desde a bifurcação da aorta até os vasos ilíacos, ou a realização de linfadenectomias pélvicas sem dificuldades (2,3). O próprio Cherney já descrevera a facilidade de realização de prostatectomia retropúbica por este acesso (3).

Em pacientes obesos, a maior parte do tecido adiposo da parede abdominal encontra-se acima da incisão e não fica no campo cirúrgico, diminuindo assim a profundidade da pelve. Outro aspecto importante é o fato da incisão encontrar-se abaixo do nível de inervação do 11o. segmento espinhal, permitindo a realização de bloqueio espinhal ao invés de anestesia geral (2). Também, desde que o abdômen inferior não é muito utilizado durante a respiração, a dor de uma incisão baixa não é agravada durante a tosse e não existe interferência na respiração,

diminuindo as complicações pulmonares pós-operatórias (2-5).

A falta de popularidade desta incisão deve-se ao receio dos cirurgiões em incisar ambos os retos abdominais, apesar do fato da incidência de hérnia incisional em incisões transversas ser menor que nas incisões verticais (2). Em um estudo prospectivo com 808 pacientes, evidenciou-se apenas 5 casos de hérnia incisional (0.6%) e 6 casos de deiscência (0.75%), sendo 4 destas após abscesso da ferida operatória em cirurgias contaminadas (3). Na técnica de Cherney, todas as suturas são realizadas em estruturas tendíneas, que fornecem melhor ancoragem dos pontos (2,3,5).

O campo operatório apresentado pela incisão de Cherney é excelente, fornecendo ampla exposição das estruturas pélvicas (2,3,5). Porém, os vasos epigástricos inferiores podem ser ligados (sem prejuízo da vascularização dos músculos retos) para exposições ainda maiores do campo cirúrgico, embora em nossa experiência inicial, em nenhum caso houve necessidade desta manobra. Consideramos especialmente útil esta incisão nos casos em que se realiza a prostatectomia radical associada à linfadenectomia pélvica. O fechamento desta incisão acrescenta 10 minutos ao tempo operatório final, devendo-se atentar para a inclusão da bainha anterior dos retos na fixação destes ao perióstio do púbis, para aumentar ainda mais a resistência tênsil da sutura da incisão (2,3).

Em conclusão, a incisão transversa de Cherney apresenta-se como uma atraente alternativa à incisão mediana para abordagem cirúrgica durante a prostatectomia radical retropúbica. Ela combina as vantagens de uma excelente exposição, simplicidade técnica e menor desconforto pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Walsh PC: Anatomic radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. *J Urol*, 160: 2418-2424, 1998.
2. Cherney LS: A modified transverse incision for low abdominal operations. *Surg Gynecol Obstet*, 72: 92-95, 1941.
3. Cherney LS: Transverse low abdominal incision

- with detachment of the recti from the pubis. Follow-up of eight hundred cases. JAMA, 157: 23-26, 1955.
4. Helmkamp BF, Krebs Hans-B: The Maylard incision in gynecologic surgery. Am J Obstet Gynecol, 163: 1554-1557, 1990.
 5. Gleeson NC: A modification of the Cherney incision in gynaecological oncology surgery. Br J Obstet Gynaecol, 102: 925-926, 1995.

Received: August 2, 2001

Accepted after revision: October 26, 2001

Correspondence address:

Dr. Romulo Maroclo Filho
SHIN QI 8, conjunto 11, casa 2
Brasília, DF, 71520-310, Brazil
Fax: + + (55) (61) 345-3997
E-mail: rmaroclo@tba.com.br