

Incontinência urinária: uma breve revisão da literatura

Urinary incontinence: a brief review of the literature

Caroline Paim da Silva¹, Marcela Gruending¹, Natália Ferreira Coelho¹, Paula Salim Kalil¹, Jorge Antônio Pastro Noronha^{2,3}.

¹Acadêmico da Associação de Turma Médica 2017 da Escola de Medicina da PUCRS. ²Médico Urologista do Hospital São Lucas da PUCRS. ³Professor da Escola de Medicina da PUCRS.

RESUMO

Objetivos: A incontinência urinária é caracterizada por qualquer perda involuntária de urina, e pode ser classificada em diferentes tipos, conforme a Sociedade Internacional de Continência. É um problema que atinge um percentual alto da população, tanto entre homens quanto mulheres, de idades distintas. O impacto que a condição causa nos pacientes vai muito além das questões de saúde e higiene, comprometendo o âmbito social, pessoal e emocional – o que prejudica em grande escala a qualidade de vida. O diagnóstico pode ser difícil, uma vez que as pessoas atingidas não costumam levar em consideração os sintomas, o que raramente é expressado como queixa no consultório. Por isso, é fundamental falar sobre a incontinência urinária.

Métodos: O que o presente estudo pretende fazer é elucidar questões a este respeito, principalmente sob a perspectiva do tratamento cirúrgico da patologia, através de revisão de literatura especializada.

Resultados: A investigação diagnóstica da IU baseia-se em anamnese, exame físico e exames complementares. Como possibilidades terapêuticas encontram-se a abordagem conservadora e o tratamento cirúrgico.

Conclusões: O diagnóstico preciso da incontinência urinária é a chave para conduzir ao tratamento adequado e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Mulheres; Diagnóstico; Urodinâmica; Tratamento Conservador; Tratamento Cirúrgico.

ABSTRACT

Aims: The urinary incontinence is characterized as any involuntary loss of urine, and it's classified by International Continence Society (ICS) according to its different types. It's a problem that affects a high percentage of population, among men and women, of different ages. The impact that the condition causes goes beyond health and hygiene issues, compromising people's social, personal and emotional spheres – which can largely disturb life quality. The diagnoses may be difficult, due to the fact that people who suffer from the disease don't usually consider the symptoms that are often neglected in doctors' appointments. That's the reason why it's so important to talk about urinary incontinence.

Methods: This paper intends to do is bring this subject to light, mainly under the disease's surgical treatment point of view, through specialized literature review

Results: The UI investigation is based on anamnesis, physical exam and complementary exams. For the treatment, conservative and surgical therapy are viable options.

Conclusions: A precise diagnosis is the key to bring to the patients appropriate treatment and enhance their life quality.

Keywords: Urinary Incontinence; Women; Diagnoses; Urodynamic, Conservative Treatment; Surgical Treatment.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define a incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina. A IU é classificada em 3 tipos: incontinência urinária de esforço (IUE), relacionada com a elevação da pressão abdominal, incontinência de urgência (IUU), relacionada com bexiga hiperativa, com ou sem hiperatividade do detrusor e incontinência urinária mista (IUM), quando existe componente de esforço e de urgência reunidos.

A incidência de IU em mulheres em idade reprodutiva atinge aproximadamente 30%². De acordo com Hannestad, YS. et al. 2000³ cerca de 13% da população feminina é afetada por IUE, com risco de 4% de necessitar tratamento cirúrgico para IUE durante a vida. Nos Estados Unidos foram realizadas 260.000 cirurgias para IUE em 2010⁴. Fatores como o sexo e a idade influenciam na prevalência da IU. De acordo com estudo epidemiológico, 4 a 10% das mulheres com idades entre 20 e 30 anos apresentam incontinência. Este percentual se eleva com a idade, 60% para mulheres com 60 anos e até 80% para aquelas com mais de 65 anos.

Através de uma perspectiva funcional e anatômica, pode-se considerar o trato urinário inferior composto pela bexiga (reservatório de armazenamento), e pelo mecanismo esfinteriano (responsável pela continência). A IU é resultado do desequilíbrio funcional do complexo vésico-esfinteriano. A IU causa grande impacto na qualidade de vida, afeta não apenas a saúde, mas traz também prejuízos financeiro, social e emocional.

A crença de que a IU é normal durante o envelhecimento, faz com que muitas mulheres idosas não procurem assistência médica ou não relatem a ocorrência de episódios de perdas urinárias como problema em suas queixas. Isso torna difícil determinar a real prevalência dessa condição entre idosas.

A abordagem diagnóstica inclui anamnese e exame físico detalhados e exames complementares em casos selecionados. Há vários tipos de tratamentos para a IU, inicialmente abordagem conservadora, seguida ou não de intervenção cirúrgica. O tratamento cirúrgico minimamente invasivo da IU tem permitido restabelecimento prolongado da continência em aproximadamente 80% das pacientes, objeto desse relato.

MÉTODOS

Esse trabalho está baseado na revisão de literatura especializada. As palavras-chaves utilizadas na busca foram: incontinência urinária feminina, diagnóstico; urodinâmica; tratamento conservador; tratamento cirúrgico; qualidade de vida.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados decorrente de uma consulta a artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados Medline e Lilacs, entre maio e junho de 2017, foram estudos que envolvam abordagem diagnóstica e terapêutica da incontinência urinária; terem sido realizados nos últimos 5 anos; serem artigos de revisão sistemática. Foram excluídos relatos de caso, ensaios clínicos e artigos que não fossem mais recentes que 2012.

RESULTADOS

Diagnóstico

O diagnóstico da incontinência urinária é essencialmente clínico, baseado em uma anamnese detalhada e exame físico direcionado. O diário miccional também ocupa lugar de destaque no diagnóstico da IU. Uroanálise e medida de resíduo pós-miccional fazem parte dessa propedêutica. A utilização de estudos complementares com avaliação

urodinâmica deve ser realizada em casos específicos.

Anamnese

A história clínica deve permitir categorizar a IU em incontinência urinária de esforço, de urgência e mista. Para isso, a anamnese deve incluir descrição detalhada do início, severidade e tipo de sintomas urinários, enriquecida com questionários miccionais validados e avaliação do impacto dos sintomas na qualidade de vida (GR-A, opinião de especialistas – EUA).

O sintoma principal, definido pela ICS¹, é a queixa da perda involuntária de urina. Outros sintomas típicos de dificuldade de armazenamento podem incluir: aumento da frequência miccional, noctúria, enurese, urgência miccional.

A utilização de diário miccional (instrumento estruturado que avalia a função urinária por 3 a 7 dias) permite análise objetiva diária do comportamento urinário individualizado, recomendado para segunda consulta (GR-B). Além disso, esse instrumento permite identificar discrepâncias nas informações obtidas com a história clínica.

É importante avaliar dor associada aos sintomas de IU, história de hematúria e de infecção recorrente do trato urinário. Devem-se questionar cirurgias pélvicas prévias ou radioterapia. A história gineco-obstétrica precisa ser investigada, incluindo número de gestações, cirurgias ginecológicas, menopausa, déficit estrogênico. É necessário também levar em consideração doenças sistêmicas que afetam o trato urinário, tal como diabetes melito.

Outros tópicos que devem ser investigados: uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso central/autônomo e no trato urinário inferior, obesidade, tabagismo, ingestão hídrica, atividade física, atividade sexual e constipação.

Exame Físico

O exame físico em pacientes com IU deve incluir o exame abdominal, com o intuito de identificar possíveis massas abdominais e hérnias, e o exame neurológico (GR-A, opinião de especialistas – EUA). Nas mulheres, o exame ginecológico deve avaliar o trofismo genital e a presença de prolapso de órgãos pélvicos, a integridade do períneo e a força muscular, pesquisadas por meio de inspeção estática e dinâmica. Nos homens, é importante proceder ao exame de toque retal, com vistas a avaliar tamanho e consistência da próstata. Testes provocativos (de esforço, como tosse) são indicados para evidenciar incontinência urinária de esforço. Embora importante, o exame físico não deve ser utilizado como método diagnóstico único.

Exames Complementares:

Estudo Urodinâmico (UDN):

Os principais objetivos desse estudo são determinar a causa dos sintomas e avaliar a função do detrusor e dos esfíncteres (GR-C)⁹. As informações obtidas através da urodinâmica podem confirmar ou alterar o diagnóstico realizado com base na história clínica, influenciando na escolha da intervenção a ser realizada. O UDN não deve ser usado de rotina para pacientes tratadas conservadoramente. Realizar o exame caso o resultado possa mudar a escolhaterapêutica (GR-C)⁹.

O UDN embora permita identificar a fisiopatologia da disfunção do trato urinário inferior, é método invasivo e oferece risco adicional de infecção. Recentes estudos

mostraram que a realização de UDN não alterou os resultados de tratamento cirúrgico em mulheres com IU de esforço genuína. Nageret al, (2012)⁷, mostrou que a taxa de sucesso em 630 mulheres operadas por IU, foi de 76,9% no grupo de mulheres que realizaram UDN pré-operatórias (315 pacientes) e de 77,2% para aquelas mulheres que apenas foram examinadas no consultório antes do procedimento. Os autores concluíram dizendo que a avaliação pré-operatória de consultório não é inferior à que emprega UDN sem mostrar diferenças nos resultados cirúrgicos quando comparados após 12 meses de *follow-up*. A maioria dos *guidelines* recomenda a utilização de UDN para quadros complexos, reintervenções, disfunções neurológicas, prolapso genitais, mulheres jovens com IUesforço.

O teste urodinâmico mais utilizado na prática clínica é a urofluxometria que se define pela taxa de fluxo urinário em relação ao tempo. Esse exame tem como finalidade acompanhar a evolução da doença e a resposta ao tratamento.

A cistometria consiste na determinação da pressão detrusora durante o enchimento vesical - para isso são realizadas medidas de pressões intravesical e intra-abdominal.

Exames adicionais:

A uroanálise faz parte da avaliação inicial de pacientes com IU, pacientes com infecção urinária devem ser tratadas adequadamente (GR-A)⁹.

Estudos por imagem do trato urinário não devem ser utilizados de rotina em mulheres com incontinência urinária não complicada (GR-A)⁹.

Teste do absorvente pode ser útil quando for necessário quantificar IU (GR-A)⁹. Os testes adicionais na investigação diagnóstica da IU estão indicados nos casos de incapacidade de diagnóstico baseado apenas nos sintomas e na avaliação inicial, cirurgia prévia sem sucesso.

Tratamento

Manejo conservador

Mudanças comportamentais representam a primeira linha de tratamento de pacientes portadores de IU. Dentre elas estão: estimular mulheres obesas com incontinência urinária a perder peso (>5%) (GR-A)⁹; orientar redução da ingestão de cafeína, o que melhora os sintomas de urgência e frequência, mas não de incontinência (GR-B)⁹; instruir a otimização da ingestão hídrica (GR-C)⁹.

Em recente metanálise Xiao-Fei Nie et al. (2017)¹⁰ concluíram que o uso regular de exercícios de reforço para musculatura pélvica promove alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida das pacientes com IU. A prática desses exercícios aliados a manobras comportamentais é recomendada como terapia de primeira linha para todos os subtipos de IU.

Como primeira linha de tratamento podemos oferecer: exercícios supervisionados da musculatura do assoalho pélvico por pelo menos 3 meses, para mulheres com incontinência urinária de esforço ou mista, bem como treinamento vesical para adultos com urgeincontinência ou incontinência urinária mista (GR-A)⁹.

A segunda linha de tratamento em mulheres com IU é tratamento farmacológico. Embora os antimuscarínicos mostrem elevadas taxas de abandono devido aos seus efeitos adversos, em especial a xerostomia, a inibição dos receptores muscarínicos no detrusor representa a principal arma para pacientes com sintomas irritativos de armazenamento (incontinência de urgência ou incontinência mista) (GR-A)⁹. Pode-se considerar o uso de oxibutinina transdérmica, caso antimuscarínicos orais

não sejam tolerados (GR-A)⁹. Aduloxetina pode ser oferecida para mulheres ou homens que estão à procura de melhora temporária para os sintomas de incontinência (GR-A)⁹. Oferecer às mulheres menopausadas com incontinência urinária a terapia estrogênica tóptica (GR-A)⁹. O Mirabegrom pode ser prescrito para pacientes com IU de urgência e mista se resposta inadequada ao tratamento conservador, exceto em caso de hipertensão não controlada (GR-A)⁹. Oferecer desmopressina para pacientes que ocasionalmente necessitem de alívio imediato da incontinência urinária, informando que essa medicação não está licenciada para essa finalidade (GR-B)⁹.

Injeções intravesicais de onabotulinumtoxin A (Botox®), abobotulinumtoxin A (Dysport®) promovem o bloqueio da liberação de acetilcolina nas sinapses dos neurônios vesicais reduzindo as contrações involuntárias frequentes nessa condição, mostrando redução nos episódios de incontinência e melhora significativa na qualidade de vida dessas pacientes (GR-A). Os pacientes devem ser alertados que o efeito da medicação não é duradouro, com necessidade de aplicações periódicas. Os pacientes devem estar cientes do risco de infecção, retenção e prontos para realizar cateterismo de alívio.

Neuromodulação: representa outra alternativa para pacientes com BHR aos antimuscarínicos. Custos elevados e necessidade frequente de revisão dificultam a utilização desse equipamento em nosso meio.

Incontinência urinária de esforço

Manejo cirúrgico

Nas pacientes as quais não obtiveram níveis de satisfação com tratamentos conservadores, procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos têm oferecido alívio e redução da frequência e da severidade dos sintomas urinários de armazenamento. Várias alternativas têm sido propostas.

Sling:

Com mais de um século desde a primeira descrição, a cirurgia de sling segue o objetivo original de aumentar a resistência uretral. Inicialmente, o sling empregava somente a fascia autóloga do músculo reto abdominal. Atualmente, a utilização de material sintético (polipropileno), com os mesmos resultados, reduziu a morbidade e o tempo desse procedimento.

a) Retropúbico: TVT (Tension-free Vaginal Tape).

Considerado o tratamento de escolha para IUE. Trata-se de procedimento minimamente invasivo, com reduzida morbimortalidade, tempo cirúrgico, internação e recuperação. É uma técnica com via combinada vaginal e suprapúbica, reprodutível e durável.

b) Transobturatório: TOT

Embora a utilização do foramen Obturador tenha reduzido o risco de perfuração vesical (por não entrar no espaço retropúbico), dor na fossa ilíaca pode estar presente no pós-operatório. Para pacientes com resistência uretral reduzida, o TVT se mostra mais efetivo, por outro lado, o TOT está indicado para pacientes com IU mista.

Colposuspensão:

A cirurgia de colposuspensão retropúbica a Burch, descrita em 1961, tem sido o procedimento de escolha de muitos ginecologistas e urologistas para o tratamento da IUE por hiper mobilidade uretral devido aos bons resultados observados a longo prazo. O procedimento é realizado pela via suprapúbica ancorando o ligamento uretropical no ligamento de Cooper bilateralmente. O acesso ao espaço de Retzius pode ser obtido por abordagem aberta ou laparoscópica.

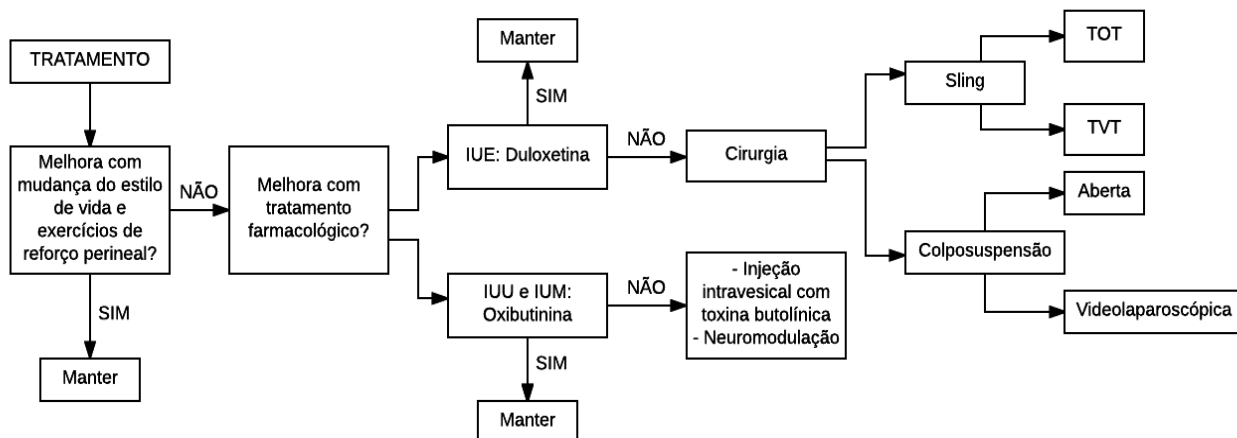
Complicações cirúrgicas

Retenção urinária; perfuração vesical e intestinal; disfunções miccionais “de novo”; hiperatividade detrusora; infecção urinária de repetição; sintomas subjetivos de incontinência; hemorragia; trauma da bexiga, extrusão do sling.

CONCLUSÃO

Por ser um problema muito prevalente na população mundial, e que causa um impacto tão significativo, a incontinência urinária não pode ser negligenciada e tratada como aspecto natural do envelhecimento. Devido ao diagnóstico clínico, à existência de exames diagnósticos auxiliares, ao tratamento conservador, além de diferentes abordagens cirúrgicas, é possível manejar os pacientes e garantir que eles tenham uma grande melhora na saúde, no âmbito social e pessoal, e, principalmente, na qualidade de vida.

Fluxograma



Fluxograma de conduta da Incontinência Urinária na mulher

REFERÊNCIAS

Nardi AC, Nardozza Jr A, Fonseca CEC, Bretas FFH, Truzz JCCI, Bernardo WM, editores. Diretrizes Urologia – AMB. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia; 2014.

European Association of Urology. EAU guidelines on urinary incontinence in adults. Arnhem: EAU; 2016.

Nie XF, Ouyang YQ, Wang L, Redding SR. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet. 2017 Sep;138(3):250-5.

Smith D, Tanagho E, Mcaninch J. Urologia geral. 18ª ed. Barueri, SP: Manole; 2013.

Szymona-Pałkowska K, Janowski K, Pedrycz A, Mucha D, Ambroży T, Siermontowski

P, Adamczuk J, Sapalska M, Mucha D, Kraczkowski J. Knowledge of the Disease, Perceived Social Support, and Cognitive Appraisals in Women with Urinary Incontinence. *Biomed Res Int.* 2016;2016:3694792.