

## Medicina Familiar

# Incontinência Urinária Feminina

Francisco Botelho\*; Carlos Silva\*\*; Francisco Cruz\*\*\*

\* Interno Complementar

\*\* Assistente Hospitalar

\*\*\* Director do Serviço

Serviço de Urologia do Hospital de S. João / Faculdade de Medicina do Porto

## Definição e Epidemiologia

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina<sup>1</sup>. A incidência da incontinência urinária na mulher aumenta com a idade, atingindo 25% após a menopausa.

É uma das novas “epidemias” do século XXI agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo mais frequente nas mulheres. Nos lares a prevalência de incontinência urinária em mulheres é superior a 50%<sup>2</sup>. Apesar das perdas involuntárias de urina interferirem de forma devastadora na qualidade de vida das doentes, a incontinência urinária feminina continua a ser “sub-diagnosticada” e “sub-tratada”. Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, já que é considerada de forma errónea uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz sendo por isso uma “epidemia silenciosa”<sup>3</sup>.

As morbilidades associadas à incontinência urinária incluem prolongamento de internamentos, infecções do tracto urinário, complicações devido ao uso prolongado de cateteres uretrais e as dermatites de contacto, sendo também um importante motivo para admissão de idosos em lares.

Os factores de risco mais importantes são os partos, nomeadamente por via vaginal, não conferindo a episiotomia protecção adequada. A cirurgia pélvica extensa e outros traumas na região pélvica assim como a obesidade e obstipação constituem outros factores de risco com menor impacto.

## Tipos de incontinência

A perda de urina pode ocorrer de forma transitória, geralmente associada a infecções urinárias, diabetes descompensada, uso de determinados fármacos (como os diuréticos, bloqueadores adrenérgicos  $\alpha$ , inibidores da enzima de conversão da angiotensina que podem provocar tosse, benzodiazepinas ou outros neurolépticos), consumo de álcool ou cafeína, distúrbios emocionais ou a obstipação. Este tipo de incontinência urinária melhora após o tratamento da causa subjacente.

No entanto para a larga maioria das mulheres a incontinência urinária manifesta-se como uma doença crónica de início gradual mas com agravamento progressivo. Existem vários tipos de incontinência urinária sendo as mais frequentes na mulher a **incontinência urinária de esforço**, a **incontinência urinária por imperiosidade** e a **incontinência urinária mista**.

Na incontinência urinária de esforço a mulher perde urina involuntariamente quando aumenta a pressão intra-abdominal em actividades como tossir, rir, levantar objectos ou fazer esforço físico. Há uma associação nítida entre os esforços e as perdas de urina. O problema nestes casos é que a pressão intra-vesical ultrapassa a pressão uretral, originando perda de urina. Para a sua fisiopatologia contribuem em graus variáveis de importância a hiper mobilidade do colo vesical (secundária a um suporte anatómico pélvico fragilizado) e uma deficiência intrínseca do esfíncter urinário.

A incontinência urinária por imperiosidade é uma das formas de apresentação da Síndrome da Bexiga

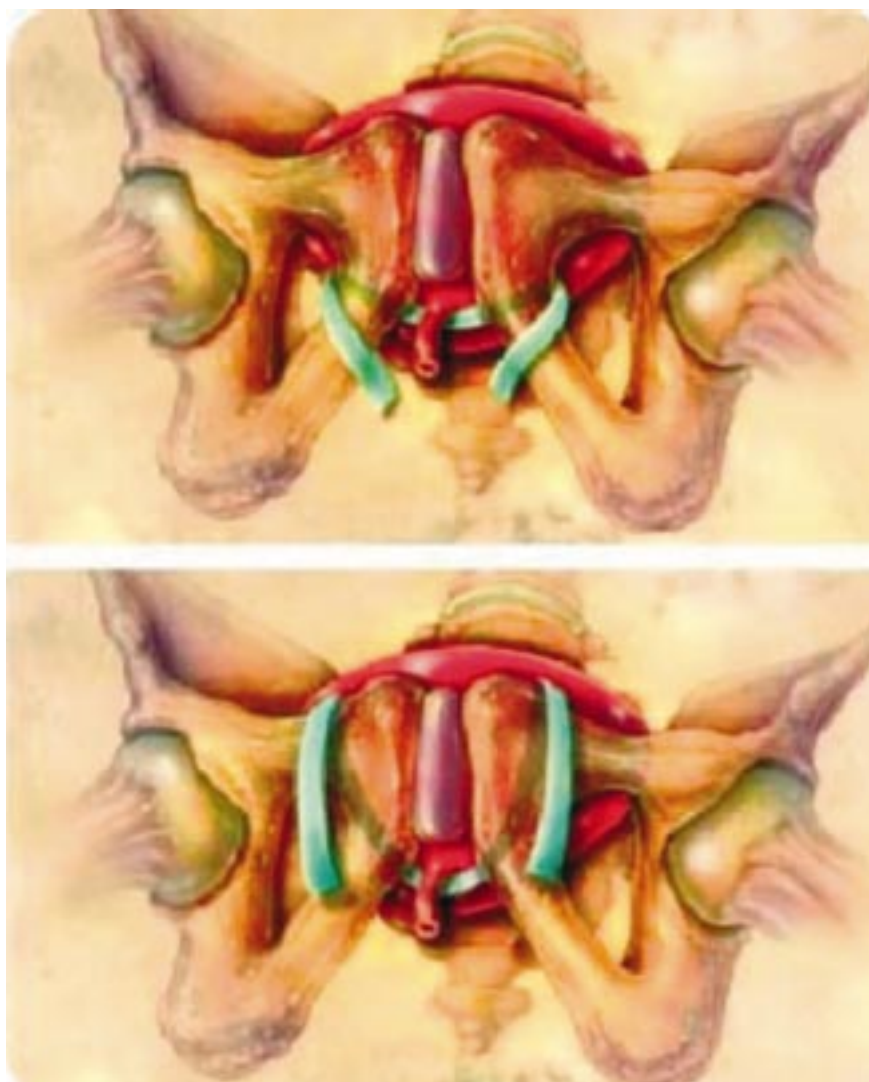


Fig 1 – Slings sub-uretrais em posição transobturadora (A) e retropúbica(B)

Hiperactiva. Esta caracteriza-se por imperiosidade (ou urgência), com ou sem incontinência urinária, geralmente associada a polaquiúria e a noctúria. A imperiosidade é definida como uma vontade forte e inadiável de urinar. Quando a doente não dispõe de um local adequado para urinar ou tem dificuldades de locomoção, a imperiosidade pode despertar a perda involuntária de urina.

A imperiosidade surge frequentemente associada a gestos simples do dia-a-dia, como por exemplo lavar a louça ou a introdução da chave na porta ao chegar a casa, e pode ser agravada pelo consumo excessivo de café, chá ou álcool. Apesar de poder ser provocada por causas neurológicas, na maioria dos casos da Síndrome da Bexiga Hiperactiva não se consegue identificar a causa. Está associada a alterações na contractilidade do músculo detrusor ou a alterações ainda não totalmente compreendidas na sensibilidade vesical.

A incontinência mista resulta da combinação de sintomas da incontinência de esforço e de urgência. Cerca de um terço das mulheres incontinentes apresentam-na e provavelmente representa apenas um ponto intermédio do contínuo que são a incontinência de stress e de urgência. Nestes casos, deve-se tentar determinar quais os sintomas predominantes e que mais incomodam a doente, pois são estes que determinam a estratégia terapêutica.

## Avaliação Clínica

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado numa história bem colhida, embora possa ser confirmado por meios auxiliares de diagnóstico. Devemos investigar o início dos sintomas, descartando como eventual causa a presença de infecção urinária, cálculos,

tumores, neuropatias, restrições da mobilidade e uso de medicamentos. Durante o exame físico pede-se para a paciente tossir, tentando reproduzir a perda urinária e deve ser feito um exame ginecológico para descartar fistulas vesico-vaginais e prolapso genitais, estes muito frequentes quando há incontinência urinária, apesar de não estarem associados à intensidade nem ao tipo de incontinência.

A realização de estudos urodinâmicos não é fundamental, considerando muitos autores que, se os sintomas forem típicos, estes exames podem ser dispensados. No entanto, nos casos de sintomatologia mal definida e de difícil caracterização pela doente ou em casos de incontinência refractária aos tratamentos médico ou cirúrgico, a avaliação urodinâmica pode ser um importante auxiliar na decisão da opção terapêutica<sup>4</sup>.

Para complementar o estudo poderão ser requisitados um sedimento urinário, avaliação do resíduo pós-miccional (através de ecografia ou algaliação após micção, sendo que volumes superiores a 100mL são considerados como anormais) ou uma ecografia reno-vesical.

## Tratamento

O tratamento vai depender do tipo e das causas da incontinência urinária. Se for devido a uma causa reversível como uma infecção urinária, uso de determinado fármaco ou obstipação, deve ser corrigida a causa precipitante de forma apropriada para resolver o quadro de incontinência. As doentes devem evitar os alimentos picantes, os citrinos, o café, o chá e os chocolates.

Em termos de ingestão hídrica deve-se evitar os dois extremos: redução muito drástica da ingestão de líquidos para diminuir o número de episódios de incontinência ou manutenção de uma elevada ingestão hídrica, nomeadamente à noite que provocará necessariamente polaquiúria e noctúria. As doentes deverão ingerir cerca de 1,5L de água por dia contando com a ingestão de líquidos e de alimentos sólidos.

O tratamento da incontinência urinária de esforço é fundamentalmente cirúrgico, embora possam ser tentados tratamentos mais conservadores, especialmente nos casos de incontinência ligeira.

A colocação de fitas sintéticas ou *slings* pubo-vaginais (e.g. TVT, TOT, TVT-O, TVT-S) em posição retro-púbica ou transobturadora (fig 1) é actualmente a técnica cirúrgica mais utilizada. Este tipo de técnicas foi introduzido na década de 90, relegando muito rapidamente para segundo plano as técnicas anteriores (operação de Burch ou de Marshall Marchetti Krantz), devi-

do à sua eficácia quer a curto quer a longo prazo, facilidade de execução, menor invasividade e menor tempo de internamento<sup>5</sup>. O objectivo das novas técnicas é a estabilização da uretra média com uma fita sem tensão, que perante um aumento da pressão intra-abdominal provocado por um esforço (pela tosse por exemplo) contraria a hiper mobilidade do colo vesical, impedindo assim a perda de urina.

O tratamento conservador mais importante para a incontinência de esforço é a fisioterapia dos músculos pélvicos descrita por Kegel que também apresenta eficácia nas incontinências mistas ou de urgência. Compreende a identificação pela doente dos músculos responsáveis pela contracção do esfíncter urinário e anal (apercebendo-se dos músculos que contrai para interromper uma dejectação ou micção). Ela deverá contrairlos voluntariamente durante cerca de 5 a 10 segundos (conforme conseguir) cerca de 10 a 15 vezes por dia, durante pelo menos 6 meses. Os exercícios de Kegel pela sua simplicidade e reduzido custo (o doente poderá os executar enquanto está sentado a ver televisão) devem ser sempre recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e como medida preventiva após o parto vaginal ou cirurgias sobre a região pélvica<sup>6</sup>.

Estes podem ser associados a cones vaginais ou a Biofeedback, mecanismo que ajuda as doentes a identificarem os músculos do diafragma pélvico para saberm quando estão a contrair os músculos correctos e monitorizarem as suas contracções. Também se pode utilizar a electro-estimulação em que os músculos são estimulados directamente por correntes eléctricas, geralmente indicado nos casos em que as doentes não conseguem contrair voluntariamente os músculos em causa.

O uso de estrogénios tópicos vaginais apresentam uma eficácia muito baixa na melhoria da incontinência. No entanto, dado o seu baixo custo e os outros benefícios que proporcionam para a mulher em idade pós-menopausa, são uma opção como terapêutica adjuvantes neste grupo etário

Em relação à incontinência de imperiosidade o tratamento é fundamentalmente farmacológico com a utilização de medicamentos anticolinérgicos ou anti-muscarínicos para suprimir as contracções vesicais. A sua eficácia é limitada pelos seus efeitos laterais nomeadamente a secura de boca e as alterações gastro-intestinais estando todos contra-indicados no glaucoma de ângulo fechado, embora as novas formulações de libertação prolongada dos anti-colinérgicos e os novos anticolinérgicos já apresentem um melhor perfil terapêutico<sup>7</sup>. Os medicamentos mais utilizados são a Oxibutinina, Tolterodina, Propiverina, Cloreto de Tróspio e Solifenacina.

Podem-se associar à terapêutica farmacológica a reeducação vesical, a fisioterapia dos músculos pélvicos descrita por Kegel associada ou não a Biofeedback e/ou a electro-estimulação, tendo no entanto todas estas técnicas uma eficácia limitada. A reeducação vesical consiste na realização de micções voluntárias com intervalos curtos (cerca de 1 hora) que poderão ser progressivamente alargados. É de difícil aplicação prática já que interfere com as actividades diárias das doentes.

Nos casos menos frequentes, de incontinência urinária por imperiosidade refractária ao tratamento médico, existem ainda algumas terapêuticas alternativas, com o objectivo de aumentar a capacidade ou a *compliance* da bexiga. Destas terapêuticas, uma que tem sido usada com sucesso recentemente é a injeção no músculo detrusor de toxina botulínica.

No caso de incontinência urinária mista, é fundamental a caracterização dos dois componentes (esforço e imperiosidade) e deve ser tratado numa primeira fase o componente predominante e que mais incomoda a doente.

## Em resumo

A incontinência urinária feminina é uma patologia muito frequente, com interferência significativa na qualidade de vida. O tratamento desta patologia é hoje possível na maior parte das doentes. No entanto, o primeiro passo para o sucesso terapêutico é a correcta caracterização do tipo de incontinência, fundamentalmente

através do exame clínico (história e exame físico) da doente. Devem ser pesquisadas e identificadas eventuais causas reversíveis ou agravantes e realizado o seu tratamento específico. Enquanto que o tratamento da incontinência urinária de esforço é essencialmente cirúrgico, o tratamento da incontinência por imperiosidade é essencialmente farmacológico.

## Referências

1. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003 Jan; 61 (1):37-49. Review.
2. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006; 367 (9504): 56e57.
3. Yip S-K, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Pract Res Clin Obstet Gynaecol* (2007), doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.002 (article in press)
4. Smith PP, McCreary RJ, Appell RA. Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *CMAJ*. 2006 Nov 7; 175(10):1233-40. Review.
5. Dean N, Herbison P, Ellis G, Wilson D. Laparoscopic colpo-suspension and tension-free vaginal tape: a systematic review. *BJOG*. 2006 Dec; 113(12):1345-53. Review.
6. Konstantinos H, Eleni K, Dimitrios H. Dilemmas in the management of female stress incontinence: the role of pelvic floor muscle training. *Int Urol Nephrol*. 2006; 38 (3-4):513-25.
7. Epstein BJ, Gums JG, Molina E. Newer agents for the management of overactive bladder. *Am Fam Physician*. 2006 Dec 15; 74 (12): 2061-8. Review.