

DIRETRIZES PARA DISFUNÇÃO NEUROGÊNICA DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

(Texto atualizado em Março de 2009)

M. Stöhrer (presidente), B. Blok, D. Castro-Diaz, E. Chartier-Kastler, P. Denys, G. Kramer, J. Pannek, G. del Popolo, P. Radziszewski, J-J. Wyndaele

Introdução

Antes da década de 1980, pacientes com disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI) apresentavam considerável morbidade relacionada à insuficiência renal. A maioria dos pacientes com DNTUI necessita de cuidados a longo prazo para manter a qualidade de vida (QoL), bem como para otimizar a expectativa de vida. Desenvolvimentos tecnológicos significantes, que ocorreram ao longo dos últimos 30 anos nos ajudaram-nos a atingir estes objetivos.

Metodologia

Quando possível, o painel utilizou um sistema tríplice (A-C) para graduar as recomendações de tratamento e, assim, auxiliar os médicos para determinar a validade de uma dada recomendação.

Terminologia

A terminologia utilizada e os procedimentos diagnósticos propostos seguem as recomendações para investigação do trato urinário inferior (TUI), publicadas pela Sociedade Internacional de Continência (ICS).

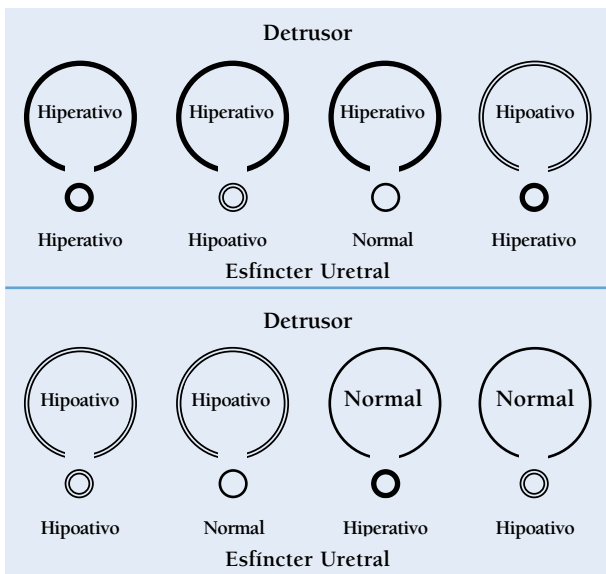
Fatores de Risco e Epidemiologia

Todas as doenças neurológicas centrais e periféricas apresentam um grande risco de causar alterações funcionais do trato urinário.

Classificação

Diversos sistemas de classificação foram propostos para DNTUI. O painel recomenda uma classificação para a função motora baseada em achados clínicos e urodinâmicos (figura 1).

Fig. 1: Sistema de classificação da EAU-Madersbacher



Tempo para Diagnóstico e Tratamento

Para todas as disfunções neurogênicas do trato urinário inferior, sejam elas congênicas ou adquiridas, o diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais, haja vista que mudanças irreversíveis do trato urinário inferior podem ocorrer, mesmo quando os sinais do exame físico (neurológico) são inexpressivos. Por outro lado, é preciso lembrar que a DNTUI pode ser a característica inicial de patologias neurológicas.

Diagnóstico

Avaliação do paciente

O diagnóstico de DNTUI deve ser baseado em uma avaliação completa de possíveis condições neurológicas e não neurológicas. A avaliação inicial deve incluir uma anamnese detalhada, exame físico e exame qualitativo de urina.

Anamnese

Uma extensiva história geral e específica é mandatória; deve-se concentrar em sintomas progressos e atuais, bem como em doenças do trato urinário e intestinal, função neurológica e sexual. Uma atenção especial deve ser dada a possíveis sinais e sintomas de alerta (ex: dor, infecção, hematúria, febre), os quais precisam de avaliação complementar.

Exame físico

O *status* neurológico deve ser descrito da maneira mais completa possível. A sensibilidade e os reflexos da região urogenital devem ser testados, incluindo testes detalhados da função esfinteriana e do assoalho pélvico (figura 2). A disponibilidade destas informações clínicas é essencial para a interpretação confiável de exames diagnósticos subsequentes.

Fig. 2: O status neurológico de um paciente com DNTUI deve ser descrito da maneira mais completa possível (a – dermatômos, b – reflexos associados).

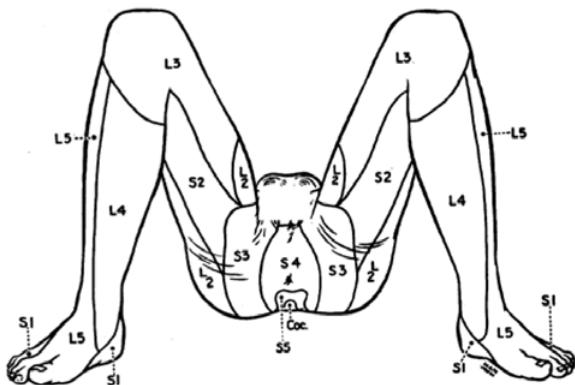


Fig. 2A – Dermatômos dos segmentos medulares L2-S4.

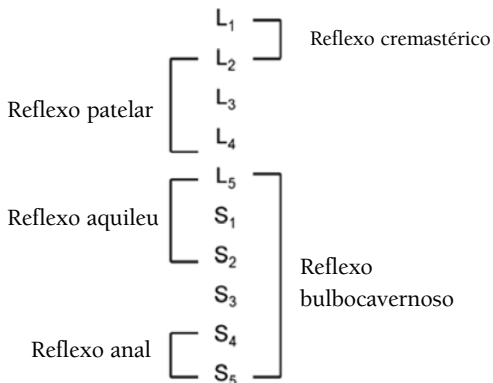


Figura 2b - Reflexos urogenitais e outros reflexos de interesse

Testes Urodinâmicos

Um diário miccional deve ser registrado por, no mínimo, 2-3 dias.

Urofluxometria e avaliação ultrassonográfica do resíduo urinário pós-miccional devem ser repetidas, pelo menos, 2 ou 3 vezes em pacientes aptos a urinar.

O estudo urodinâmico representa uma ferramenta mandatória para determinar o tipo exato de DNTUI (Tabela 1).

Tabela 1: Diretrizes para urodinâmica e testes uroneurofisiológicos em DNTUI	GR
Avaliação urodinâmica é necessária para documentar a (dis)função do trato urinário inferior	A
O registro de um diário miccional é recomendável	B
Testes não invasivos são mandatórios antes da solicitação de urodinâmica invasiva	A
A video urodinâmica é, atualmente, o método preferido de urodinâmica invasiva em pacientes com DNTUI. Se a videourodinâmica não estiver disponível, deve-se realizar a cistometria com estudo fluxo-pressão	A
Para a avaliação urodinâmica padrão, respeitar a taxa de infusão (inferior ou igual a 20 ml/min) e utilizar fluido aquecido à temperatura corporal	A
Testes uroneurofisiológicos específicos e manobras provocativas (ex: cistometria com taxa de infusão elevada e utilização de solução salina fria - “ice water test”-, tosse, manobra de “tapping”, etc) são procedimentos eletivos	C

A *cistometria* é o único procedimento que quantifica a função de armazenamento da bexiga. Entretanto, quando a cistometria é utilizada isoladamente, os resultados têm significância limitada. A aferição da pressão de perda do detrusor (PPD) tem valor diagnóstico limitado e não é recomendada como um teste isolado.

Estudo fluxo-pressão: a função do TUI também deve ser registrada durante a fase de esvaziamento

A videourodinâmica combina cistometria, estudo fluxo-pressão e exame radiológico. Atualmente, a videourodinâmica é a modalidade que disponibiliza as informações mais completas na avaliação da disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI).

A *eletromiografia* (EMG) é uma aferição semiquantitativa da atividade do assoalho pélvico, que pode ser utilizada para detectar dissinergia detrusor-esfincteriana (DDE), bem como distúrbios de relaxamento do assoalho pélvico.

Tabela 2: Achados característicos das disfunções neurogênicas do trato urinário inferior*

Fase de enchimento:

- Sensação vesical aumentada, reduzida ou ausente
- Sensações vegetativas não específicas
- Baixa complacência vesical
- Capacidade cistométrica aumentada
- Hiperatividade detrusora, espontânea ou provocada
- Mecanismo de fechamento uretral incompetente

Fase de esvaziamento:

- Detrusor acontrátil ou hipoativo
- Obstrução infravesical
- Dissinergia detrusor-esfincteriana
- Obstrução funcional por distúrbio de relaxamento do esfíncter uretral

Estes sinais são indicativos de avaliação neurológica, pois a disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI) pode representar a manifestação inicial de doença neurológica.

* *Modificado da publicação da ICS*

Tratamento

Introdução

O tratamento da DNTUI objetiva proteger o trato urinário superior e melhorar a continência, a qualidade de vida (QoL) e, quando possível, a função do trato urinário inferior. Em pacientes com altas pressões detrusoras na fase de enchimento, o principal objetivo do tratamento é converter uma bexiga hiperativa, de alta pressão, em um reservatório de baixa pressão, mesmo se isto resultar em um resíduo urinário pós-miccional elevado. A qualidade de vida do paciente é o primeiro fator a ser considerado na escolha por um determinado tratamento.

Tratamento conservador

Tratamento medicamentoso para a hiperatividade detrusora neurogênica (HDN)

Os antimuscarínicos são, atualmente, os medicamentos mais utilizados no tratamento da HDN, apesar de a maioria destes

agentes não ter sido aprovada especificamente para o tratamento desta população.

Os antimuscarínicos podem também ser administrados por via intravesical.

Tratamento medicamentoso para hipocontratilidade detrusora neurogênica

Não há evidência de tratamento medicamentoso efetivo para a hipocontratilidade detrusora.

Medicamentos para reduzir a resistência uretral

Alfabloqueadores seletivos e não seletivos tiveram sucesso parcial na redução da resistência uretral, urina residual e disreflexia autonômica.

Cateterismo vesical

O cateterismo vesical intermitente, feito pelo paciente ou por cuidador, é o padrão-ouro para o manejo da disfunção neurogênica do trato urinário inferior. Comparado ao cateterismo vesical limpo, o cateterismo vesical asséptico pode proporcionar benefício na redução do potencial de contaminação.

Em média, o cateterismo vesical (com sonda 12-14 Fr) é necessário de 4 a 6 vezes por dia.

A sonda vesical de demora e a cistostomia supra-púbica devem ser evitadas, pois ambas são fatores de risco para ocorrência de infecções do trato urinário e complicações significantes a longo prazo. Se a sonda de demora precisar ser utilizada, evidências empíricas e opiniões de especialistas sugerem que os cateteres de silicone podem proporcionar benefícios sobre os cateteres de látex.

Esvaziamento vesical assistido

A ativação do reflexo da micção através de “triggering” não é recomendada, em função dos riscos de pressões intravesicais elevadas. Apenas nos casos de ausência de obstrução infravesical (ou tratamento cirúrgico para reduzir a resistência uretral) o esvaziamento vesical assistido pode ser uma alternativa.

Técnicas de compressão vesical para expelir urina (Crede) e para urinar através de manobra para aumento da pressão intra-abdominal (manobra de Valsalva) podem gerar altas pressões, que são potencialmente perigosas; assim, seu uso não é recomendado.

Reabilitação

Em pacientes selecionados, os exercícios do assoalho pélvico, a estimulação elétrica do assoalho pélvico e o biofeedback podem ser benéficos.

Dispositivos externos

Continência em ocasiões sociais pode ser adquirida através do uso de dispositivos coletores apropriados.

Tratamento minimamente invasivo

Injeções de toxina botulínica tipo A na bexiga

A toxina botulínica tipo A causa uma denervação química reversível, de longa duração (aproximadamente 9 meses).

Tratamento intravesical com vaniloides

A resiniferatoxina e a capsaicina têm eficácia clínica limitada quando comparadas às injeções de toxina botulínica no detrusor.

Procedimentos para o colo vesical e a uretra

A redução da resistência uretral, com objetivo de proteger o trato urinário superior, pode ser conseguida através de esfínterectomia ou denervação química do esfíncter uretral usando toxina botulínica tipo A. O implante de stents uretrais não é recomendado.

O aumento da resistência uretral através do uso de “bulking agents” ou dispositivos uretrais (ou dispositivos alternativos) não é recomendado para tratamento de longo prazo.

Hiperatividade detrusora neurogênica e refluxo vésico-ureteral

O refluxo vésico-ureteral deve ser tratado pela redução da pressão intravesical. Se o refluxo é persistente, tratamento intervencionistas utilizando “bulking” ou reimplante ureteral podem ser considerados.

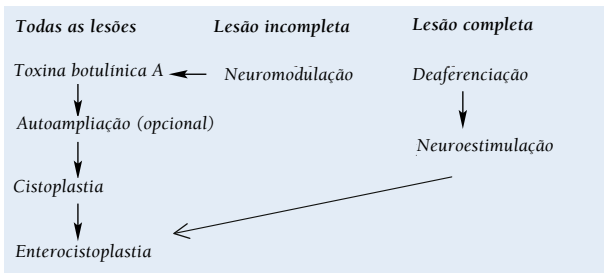
Tratamento Cirúrgico

Hiperatividade detrusora

A ampliação vesical é indicada para o tratamento da hiperatividade detrusora quando os demais procedimentos menos invasivos falharam. Opções alternativas incluem: autoampliação (miomectomia), rizotomia dorsal (com ou sem estimulação de raízes sacrais anteriores – lesões completas) e neuromodulação (lesões incompletas).

Tratamento de substituição, com reservatório continente ou incontinente, é indicado para bexigas contraídas, com complacência muito reduzida.

Figura 3: Cirurgia para hiperatividade detrusora neurogênica



Detrusor hipoativo

Estimulação de raízes sacrais anteriores (lesões completas) e neuromodulação sacral (lesões incompletas) são efetivas em pacientes selecionados.

Incompetência esfinteriana (esfíncter uretral hipoativo)

O esfíncter urinário artificial é o tratamento de escolha.

Procedimentos para tratar a incompetência esfinteriana são factíveis apenas quando a atividade detrusora é ou pode ser controlada (na ausência de refluxo vésico-ureteral significativo associado).

Qualidade de vida (QoL)

A QoL representa um aspecto muito importante na avaliação global do paciente com DNTUI. A restauração e a manutenção da QoL, tanto quanto possível, devem ser objetivos

principais do tratamento. A QoL deve ser considerada tanto na avaliação quanto na escolha de determinado tratamento para o paciente.

Acompanhamento

O acompanhamento metuculoso e regular é essencial. Ele deve ser individualizado e objetiva preservar a qualidade e a expectativa de vida. A doença subjacente e o estado do trato urinário ditam a frequência do acompanhamento.

Tabela 3: Acompanhamento mínimo necessário para pacientes com DNTUI*

Exame complementar	Frequência	GR
Exame qualitativo de urina	Pelo menos, uma vez a cada 6 meses	A
Ultrassom do aparelho urinário com avaliação do resíduo pós-miccional	A cada 6 meses	A
Exame físico, laboratorial (sangue) e cultural de urina	Anualmente	A
(Vídeo-) urodinâmica em pacientes sem hiperatividade detrusora e com complacência vesical normal	A cada 2 anos	A

(Vídeo-) urodinâmica em pacientes com hiperatividade detrusora e/ou complacência vesical reduzida	Pelo menos, uma vez por ano	A
---	-----------------------------	---

A necessidade de exames complementares deve ser determinada pela análise de risco e perfil do paciente (veja acima). Quando indicada, a videurodinâmica deve ser realizada em instituição com experiência em uroneurologia.

** Graus de recomendação definidos através de consenso do painel*

Sumário

A disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI) é uma patologia multifacetada. A investigação extensiva e o diagnóstico preciso são necessários antes de iniciar o tratamento individualizado. O tratamento deve considerar a condição física e médica do paciente, bem como suas expectativas e crenças sobre o futuro.

Tradução autorizada para a língua portuguesa:

Dr. Márcio Augusto Averbeck

Médico Urologista

CREMERS 28361

Membro Titular da SBU (TiSBU)

Mestre em Ciências da Saúde - UFCSPA

EUSP Clinical Fellowship - Neurourology Unit - Innsbruck/Austria

Membro do Serviço de Urologia do Centro Mãe de Deus,

Porto Alegre/RS

O processo de tradução para a Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

Este texto é baseado na versão completa das Diretrizes da EAU (ISBN 978-90-79754-09-0), disponível para todos os membros da Associação Europeia de Urologia, no portal <http://www.uroweb.org>.