

ORIENTAÇÕES

SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

(Texto actualizado em Março de 2009)

A. Schröder, P. Abrams (Vice-Presidente), K.-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro, J.W. Thüroff (Presidente)

Introdução

A incontinência urinária (IU) é bastante mais frequente em mulheres do que em homens, e a sua prevalência aumenta com a idade. Para que o tratamento seja bem sucedido, recomenda-se uma abordagem padrão, iniciada no primeiro contacto com o profissional de saúde por uma avaliação atenta da história clínica do doente, exame físico e testes diagnósticos básicos.

Se o diagnóstico não for claro ou sejam necessárias análises adicionais, o doente deve ser encaminhado para um especialista, que efectuará os testes diagnósticos adequados e iniciará o tratamento médico mais indicado.

Os algoritmos aqui apresentados oferecem um caminho desde o diagnóstico até ao tratamento. De modo a providenciar uma visão mais simples, os doentes são divididos em subpopulações (mulheres, homens, crianças, pessoas fragilizadas / idosos, e doentes com bexigas neurogénicas), em que cada algoritmo foi concebido de acordo com o mesmo padrão.

Recomenda-se o questionário ICIQ-SF validado para investigação da IU.

Farmacoterapia

Os fármacos usados no tratamento da incontinência urinária podem ser eficazes em alguns doentes, mas têm efeitos secundários, pelo que muitas vezes o seu uso é descontinuado por um longo período de tempo. Por este motivo parece razoável considerá-los com adjuvantes à terapêutica conservadora e cirúrgica.

Os antimuscarínicos possuem um benefício clínico significativo no tratamento da bexiga hiperactiva (OAB). Não existe um consenso no que diz respeito aos fármacos disponíveis que devem ser usados como tratamento de primeira, segunda, ou terceira linha. O tratamento ideal deve ser individualizado, tendo em conta as co-morbilidades do doente, a medicação concomitante e o perfil farmacológico dos diferentes fármacos.

O tratamento farmacológico da IUE tem como objectivo aumentar o efeito do encerramento uretral, aumentando o tónus dos músculos uretrais lisos e estriados. Vários fármacos podem contribuir para este aumento, mas o seu uso clínico tem sido limitado pela baixa eficácia e/ou efeitos secundários.

Uma vez que ainda não foi realizado nenhum ensaio clínico controlado para o tratamento da incontinência de regurgitação com fármacos parassimpaticomiméticos ou antagonistas dos receptores adrenérgicos α_1 , deve concluir-se que há apenas uma base empírica na selecção dos tratamentos médicos para incontinência de regurgitação. O efeito de qualquer tratamento médico para incontinência de regurgitação tem de ser julgado comparando-o com o efeito da eliminação da urina residual (a causa subjacente da “incontinência de regurgitação”) por cateterização ou cirurgia. Até à data, não existem dados

clínicos disponíveis para efectuar esta comparação. Ainda que exista evidência que os sintomas e as alterações citológicas de atrofia urogenital possam ser revertidos por terapêutica com estrogéneo vaginal em baixa dose (local), não existe actualmente evidência que os estrogéneos com ou sem progesterona devam ser usados no tratamento da incontinência urinária, uma vez que não há efeito directo no tracto urinário inferior.

A desmopressina foi bem tolerada em todos os estudos, tendo conseguido melhorias significativas na redução da noctúria e aumento de horas de sono tranquilo, quando comparada com o placebo. O risco de hiponatremia parece aumentar com a idade, doenças cardíacas, volume de urina de 24 horas aumentado, e numa meta-análise foi reportado como sendo cerca de 7,6%.

Gestão da Incontinência Urinária em Homens

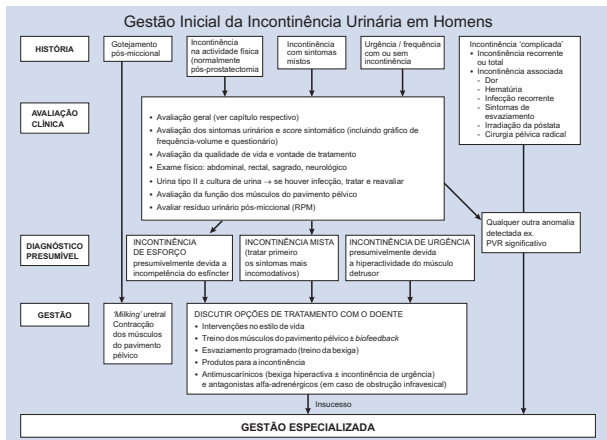
A avaliação inicial em homens deve fazer a triagem entre os doentes com incontinência “complicada”, que devem ser encaminhados para gestão especializada, e os que podem ser submetidos a uma avaliação geral.

Recomendações sobre os tratamentos iniciais em homens com IU	GR
• Intervenção no estilo de vida	NR
• Treino supervisionado dos músculos do pavimento pélvico para IUE após prostatectomia	B
• Regimes de micção programada na OAB	C
• Quando não existe evidência de resíduo urinário pós-miccional significativo, fármacos antimuscarínicos para sintomas de OAB, com ou sem incontinência de urgência	C

- Antagonistas alfa-adrenérgicos (alfa-bloqueantes) podem ser adicionados se também houver obstrução miccional infravesical

C

GR = grau de recomendação; NR = não é possível apresentar nenhuma recomendação; OAB = Bexiga hiperactiva.



O especialista pode reiniciar a gestão inicial se na sua opinião a terapêutica prévia foi inadequada.

A incontinência urinária em homens aptos para correcção cirúrgica pode ser classificada de acordo com a sua etiologia em incontinência relacionada com o esfíncter (pós-operatória, pós-traumática e congénita), incontinência relacionada com a bexiga ou fistula:

Classificação etiológica da IU cirurgicamente corrigível em homens

Relacionada com o esfíncter

Pós-operatória

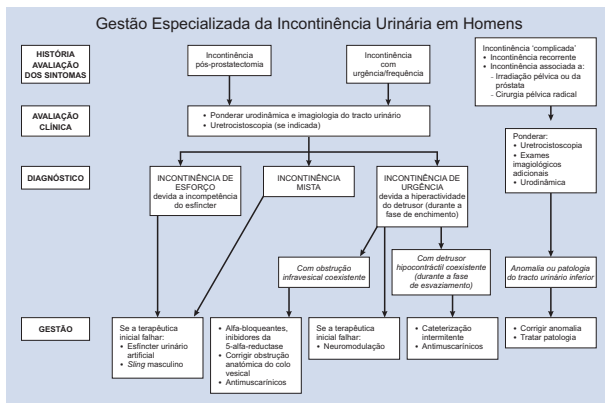
- Pós-prostatectomia para doença benigna
- Pós-prostatectomia para cancro da próstata
- Pós-radioterapia, braquiterapia, criocirurgia, HIFU para cancro da próstata
- Pós-cistectomia e neobexiga para cancro da bexiga
- Pós-traumática
- Após ruptura da uretra prostática e/ou membranosa e reconstrução uretral
- Trauma do pavimento pélvico
- Extrofia e epispadias incontinentes

Relacionada com a bexiga

- IUU refractária (bexiga hiperactiva)
- Bexiga com capacidade reduzida

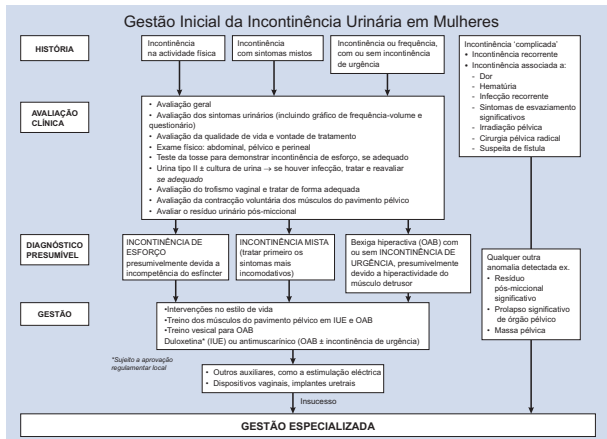
Fístula

HIFU = *Ultra-sons focados de alta intensidade.*



Gestão da Incontinência Urinária em Mulheres

A avaliação inicial nas mulheres deve fazer a triagem das doentes com incontinência “complicada”, que devem ser encaminhadas para gestão especializada, e as que podem ser submetidas a uma avaliação geral.



As mulheres com incontinência “complicada” encaminhadas para gestão especializada irão, provavelmente, necessitar de exames adicionais, para excluir outras patologias subjacentes, como citologia, uretrocistoscopia ou imagiologia do tracto urinário.

Cirurgia para Incontinência Urinária em Mulheres

Procedimento Cirúrgico	GR
• Colporrafia anterior	NR
• BNS transvaginal (agulha)	NR
• Procedimento de Burch: aberto	A

• Procedimento de Burch: laparoscópico (apenas por cirurgiões laparoscópicos experientes)	B
• Paravaginal	NR
• Uretroplastia MMK	NR
• Sling BN: fásia autóloga	A
• Sling suburetrais (TVT)	A
• Bulking agents uretrais	B

GR = grau de recomendação; NR = não é possível apresentar nenhuma recomendação; BNS = suspensão do colo vesical; MMK = Marshall-Marchetti-Krantz; BN = colo vesical; TVT = faixa vaginal sem tensão.

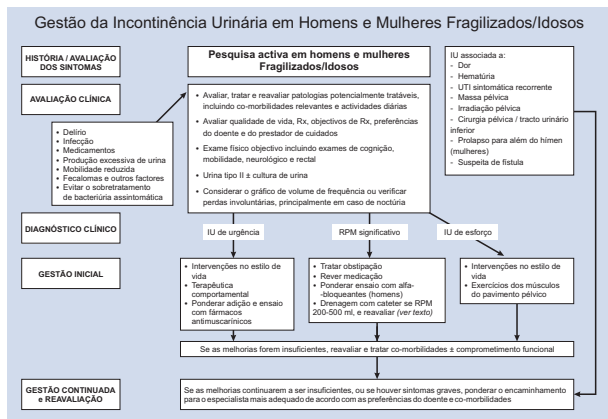


Gestão da IU em Homens e Mulheres Fragilizados/Idosos

O rastreio de IU deve ser realizado em todos os homens e mulheres fragilizados/idosos, porque a IU é muito frequente neste grupo de doentes. A maioria dos doentes pode ser gerida

com sucesso, usando uma combinação de abordagens no algoritmo abaixo.

Alguns doentes podem necessitar de ser encaminhados para o especialista, inclusive os que têm dor e hematúria, co-morbilidade complicada, ou que não respondam ao tratamento inicial. A gestão especializada tem de ser individualizada, uma vez que depende bastante do estado do doente.

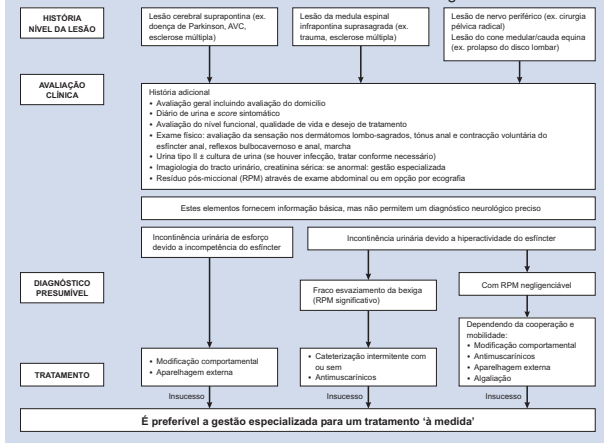


A idade não é uma contra-indicação de cirurgia para incontinência, mas os doentes devem ser avaliados exaustivamente antes da cirurgia. Para alguns doentes, a única resolução possível é conter a IU (ex. pensos)

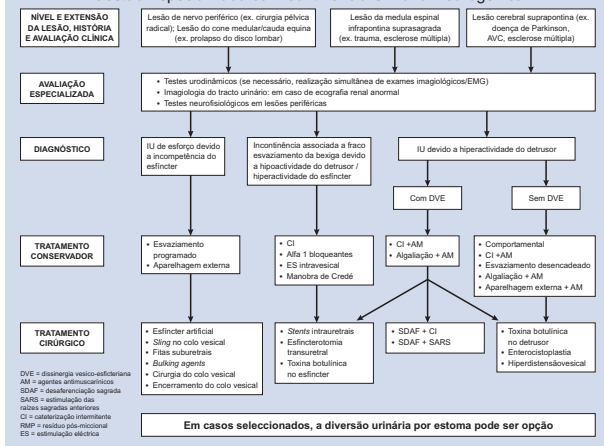
Gestão da Incontinência Urinária Neurogénica

A preservação da função renal é a principal preocupação no tratamento da incontinência urinária neurogénica, juntamente com o controlo urinário. Devem tomar-se em consideração o impacto social, o grau da incapacidade e a qualidade de vida (QoL).

Gestão Inicial da Incontinência Urinária Neurogénica



Gestão Especializada da Incontinência Urinária Neurogénica

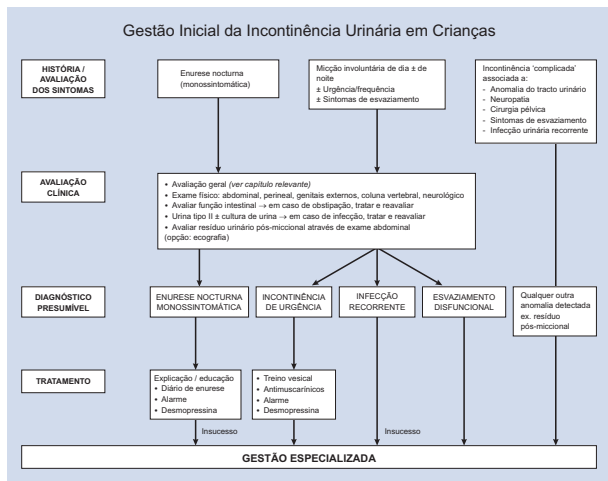


Para um diagnóstico detalhado da função do tracto urinário baixo em doentes neurológicos, não são suficientes a história e exames clínicos, é fundamental a avaliação urodinâmica para o diagnóstico e determinação do prognóstico.

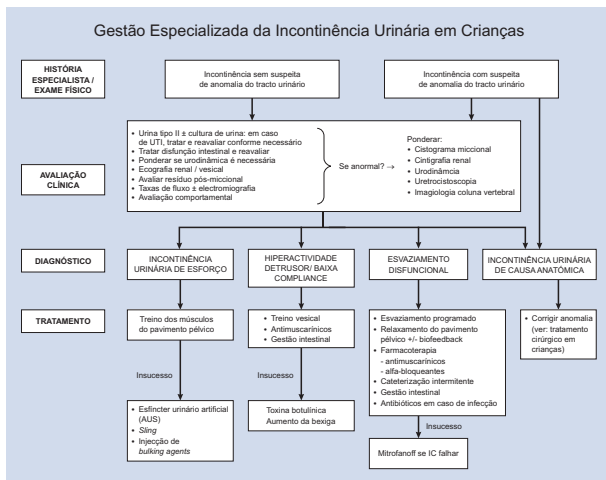
Se o tratamento empírico inicial falhar, a gestão especializada atempada está indicada em todos os casos de incontinência neurogénica.

Gestão da Incontinência Urinária em Crianças

De acordo com o consenso ICCS de 2006, a incontinência urinária em crianças define-se como “emissão involuntária de urina em momentos e lugares inadequados em crianças com 5 anos ou mais”.



A enurese nocturna deve distinguir-se da incontinência urinária. Antes de se diagnosticar a incontinência urinária como funcional e tratá-la, têm de se excluir anomalias anatómicas do tracto urinário.



O texto deste folheto é baseado nas orientações mais abrangentes da EAU (ISBN 978-90-79754-09-0), disponíveis a todos os membros da Associação Europeia de Urologia no sitio – <http://www.uroweb.org>.