

Incontinência Urinária: Propedêutica

Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia

Elaboração Final: 27 de junho de 2006

Participantes: D'Ancona CAL, Castro N, Sabaneff J, Querne FAO

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Oferecer um guia prático, adequado à realidade brasileira, destacando as melhores evidências disponíveis relacionadas à incontinência urinária: propedêutica.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

Devido à existência de diferentes tipos e graus de incontinência urinária, portadores desta afecção apresentam sintomas e sinais comuns para cada tipo de incontinência. Infelizmente, pacientes que apresentam esses sintomas freqüentemente são imprecisos em definir a natureza e a gravidade da perda urinária¹(D). Por esse motivo, é fundamental que se faça o diagnóstico preciso da incontinência urinária e vários instrumentos podem ajudar no diagnóstico:

- História clínica;
- Exame físico;
- Exames complementares;
- Teste do absorvente;
- Diário miccional;
- Resíduo pós-miccional;
- Cistoscopia;
- Avaliação radiológica;
- Avaliação urodinâmica.

HISTÓRIA CLÍNICA

Sintomas de incontinência urinária são comuns nos idosos, mas acometem indivíduos de todas as idades e de ambos os sexos. A história da incontinência urinária deve informar aspectos relativos ao início dos sintomas, freqüência, gravidade, hábito intestinal e impacto na qualidade de vida²(D). A qualidade de vida pode ser avaliada por diversas maneiras, mas somente questionários psicométricos e auto-aplicáveis podem medir a condição e a perspectiva do paciente. Questionários específicos em avaliar a Qualidade de Vida, em pacientes com incontinência urinária, traduzidos e validados para a língua portuguesa são o “*King’s Health Questionnaire*” e o “*International Consultation On Incontinence Questionnaire -Short Form*” (ICIQ – SF)^{3,4}(C). Os fatores de riscos que devem ser avaliados são: obesidade, paridade, fumo, ingestão de líquidos, medicamentos que atuam no sistema nervoso central e no trato urinário, hipostrogenismo e cirurgia pélvica prévia, como se pode observar na tabela 1. Outras condições que levam à incontinência, que devem ser investigadas, são: infecções do trato urinário, neoplasia vesical, litíase vesical, obstrução infravesical, fatores emocionais e sinais que podem sugerir doenças neurológicas⁵(D).

Tabela 1

FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER	
FATORES PREDISPONENTES	Sexo Genéticos Raça Cultura Neurológicos Anatômicos Status de colágeno
FATORES DESENCADEANTES	Paridade Cirurgias Lesões de nervo pélvico ou muscular Radiação
FATORES PROMOTORES	Disfunção intestinal Irritantes dietéticos Tipo de atividade Obesidade Menopausa Infecção Medicamentos Estado de doença pulmonar Estado de doença psiquiátrica
FATORES TRANSITÓRIOS e REVERSÍVEIS	Idade Delírio Infecção Vaginite atrófica Ação medicamentosa Distúrbios psicológicos Poliúria Capacidade de movimentação limitada Obstipação intestinal

Na avaliação do paciente idoso, devem-se verificar os mesmos sintomas e sinais descritos anteriormente, acrescidos de avaliação da função cognitiva e comorbidades.

EXAME FÍSICO

O exame físico do paciente com sintomas de incontinência urinária inclui o exa-

me do abdome, do dorso, da pelve e testes neurológicos.

Na criança, é necessário investigar a presença de bexiga palpável, anomalias genitais, dermatite amoniacal, deformidades ósseas, avaliação do dorso e membros inferiores.

A mulher deve ser examinada na posição de litotomia e ortostática, de preferência com a bexiga cheia¹(D). A integridade do períneo e a força muscular são pesquisadas. O exame vaginal é realizado utilizando-se espéculo e a parede vaginal e colo uterino são avaliados. Importante investigar a presença de sinais de atrofia vaginal, fistula e cicatrizes. Deve ser inspecionada a parede vaginal anterior para identificar a presença de cistocele e, na parede vaginal posterior, a retocele. Por meio do toque retal testa-se a força da parede vaginal posterior e a presença de retocele ou enterocele, bem como o tônus do esfíncter anal. Nesse momento, é pesquisado o reflexo bulbocavernoso. O fundo de saco vaginal, o colo uterino e os anexos devem ser palpados para verificar presença de tumores ou outras alterações, o que constitui na avaliação ginecológica completa. Este procedimento é mais fácil após esvaziamento da bexiga¹(D). As distopias vaginais devem ser avaliadas e classificadas segundo recomendação da Sociedade Internacional de Continência⁶(D). Na presença de cistocele de alto grau e prolapso uterino, a redução para sua posição anatômica pode revelar incontinência urinária de esforço⁷(D).

No homem, o exame perineal avalia a presença de cicatrizes e atonia muscular. O reflexo bulbocavernoso é pesquisado e, nesse procedimento, avalia-se também a próstata.

Nos pacientes com lesão neurológica, deve ser dada atenção ao estado mental do paciente e

a atividades funcionais motoras e sensitivas dos membros e mãos. Deve ser avaliada a condição da pele dos genitais e região perineal. A pesquisa do reflexo bulbocavernoso, anal, cremastérico, patelar e tendão de Aquiles é importante para delimitar o nível da lesão⁸(D).

EXAMES COMPLEMENTARES

Exame de urina com sedimentoscopia e urocultura, dosagem de creatinina sérica e glicemia devem fazer parte da avaliação de todo paciente com incontinência urinária⁸(D).

TESTES DO ABSORVENTE

Esse teste tem demonstrado sua importância na avaliação do volume de urina perdido em determinado período. Diversos testes do absorvente de curta duração têm sido descritos, mas nenhum conseguiu aprovação. A causa é a ausência de reprodução dos resultados, quando reaplicado ao mesmo paciente. Testes de longa duração, como de 24, 48 ou 72 horas, têm apresentado consistência nos resultados, quando reaplicado nos mesmos pacientes⁹(D). A principal razão do teste do absorvente é estimar a gravidade da incontinência. O absorvente deve ser pesado para estimar o volume de perda. Considera-se teste do absorvente positivo quando o volume medido é superior a 8 gramas¹⁰(C). Valores inferiores a esse não são considerados porque o aumento de peso do absorvente pode ser devido à sudorese e/ou corrimento vaginal.

DIÁRIO MICCIONAL

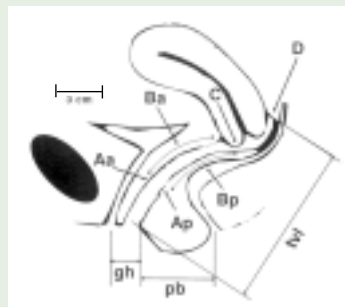
O diário miccional é um importante teste que fornece informação imparcial sobre o ritmo miccional do paciente, podendo ser confrontado com a história clínica. Testes de validação têm

Tabela 2

CLASSIFICAÇÃO DAS DISTOPIAS GENITAIS FEMININAS

OBSERVAÇÃO:

- O exame físico deve ser feito durante o esforço;
- A paciente deve confirmar que o grau de distopia obtido é o mesmo que ela observa em suas atividades de rotina;
- O prolapso será expresso em centímetros acima (n° negativo) ou abaixo do hímen (n° positivo);
- Definem-se seis pontos de referência na figura.



Pontos de referência para classificação do prolapso genital (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp), hiato genital (GH), corpo perineal (PB) e comprimento total da vagina (YVL)

1. Ponto Aa: localizado na linha média da parede vaginal anterior, 3 cm acima do meato externo da uretra. Em relação ao hímen, sua posição pode variar +3 cm a -3 cm.
2. Ponto Ba: localizado na parede vaginal anterior, no ponto mais distal em relação ao ponto Aa quando há distopia. Na posição normal (sem prolapso), a posição do ponto Ba é de -3 cm e quando há prolapso total, sua posição equivale ao comprimento total da vagina.
3. Ponto C: localiza-se na porção mais distal do colo uterino ou da cúpula vaginal, nos casos de histerectomia total.
4. Ponto D: localizado no fórnice posterior da vagina, quando há útero. É descrito para diferenciar o prolapso do alongamento hipertrófico do colo. Quando o ponto C está muito mais positivo do que o ponto D, há indicação de alongamento do colo. O ponto D é omitido nas pacientes com histerectomia total.
- 5.e 6. Pontos Ap e Bp: análogos aos pontos Aa e Bb, porém situam-se na parede vaginal posterior.

CLASSIFICAÇÃO DO PROLAPSO GENITAL:

1. Estágio 0: não há prolapso (os pontos Aa, Ap, Ba, Bp estão em -3 cm e os pontos C e D estão entre o comprimento vaginal total e o comprimento vaginal total menos 2 cm);
2. Estágio I: o ponto de maior prolapso está localizado até a 1 cm acima do hímen (-1cm)
3. Estágio II: a porção mais distal do prolapso está entre 1 cm acima e 1 abaixo do hímen (-1 cm a +1 cm)
4. Estágio III: a porção mais distal do prolapso está entre 1 cm abaixo do hímen (+1 cm), porém não se desloca mais do que o comprimento vaginal da vagina menos 2 cm.
5. Estágio IV: inversão completa. A porção mais distal do prolapso desloca-se, no mínimo, o comprimento total da vagina menos 2 cm.

demonstrado que o diário de 24 horas é suficiente para a maioria dos propósitos, mas no período de três dias é mais preciso. Estudo realizado por sete dias demonstrou que o período dos três primeiros dias correlaciona-se bem com os quatro dias do final do teste, e concluiu-se que o diário de três dias foi reproduzido e é suficiente para validar a informação coletada¹¹(C). Outro estudo demonstrou que o método é válido para medir sintomas de bexiga hiperativa em homens e mulheres¹²(C). Importantes variáveis podem ser extraídas do diário miccional: o débito urinário diurno e noturno, a capacidade vesical funcional, o número de micções durante o dia e a noite e o número de episódios de incontinência urinária.

RESÍDUO PÓS-MICCIONAL

Resíduo pós-miccional é utilizado como medida de estimativa do esvaziamento vesical. Pode ser medido durante exame de ultra-som ou por cateterismo vesical. O resíduo pós-miccional é conhecido por ser pouco reprodutível e variar no mesmo paciente em diferentes situações. Menos que 50 ml de resíduo é considerado normal, enquanto que resíduo urinário superior a 200 ml é considerado inadequado, devendo ser investigado¹³(D). A presença de grande volume pós-miccional pode sugerir obstrução infravesical ou hipcontratilidade do detrusor. Investigações clínicas adicionais são necessárias para confirmar o diagnóstico.

CISTOSCOPIA

Em estudo de mulheres incontinentes, a investigação com cistoscopia demonstrou outros achados que levaram a uma mudança na conduta em 7% dos casos¹⁴(C). Outros autores acreditam que o exame traz desconforto e

aumento dos custos médicos e que possam trazer poucos benefícios em casos simples de incontinência, sugerindo que este método deva ser reservado para pacientes com suspeita de doenças do trato urinário inferior¹⁵(D).

AValiação Radiológica

Avaliação do trato urinário superior deve ser realizada em pacientes com incontinência urinária de origem neurológica e incontinência extra-uretral (fistulas e ureter ectópico), devido à elevada associação com alterações do trato urinário superior¹⁶(D). Casos com prolapso genital e retenção urinária crônica também devem fazer avaliação do trato urinário superior¹⁶(D), sendo o ultra-som o método preferido²(D). Nos pacientes com lesão neurológica, deve ser realizada também a cistouretrografia miccional com finalidade de avaliar a presença de refluxo vesico-ureteral, sinais de bexiga de esforço, divertículo vesical, refluxo para os ductos prostáticos e verificar a abertura do esfíncter uretral externo durante a micção.

AValiação Urodinâmica

Os principais objetivos do estudo urodinâmico são: determinar a causa dos sintomas, avaliar a função do detrusor e dos esfíncteres e identificar fatores de risco para o comprometimento do trato urinário superior.

Avaliação Urodinâmica em Crianças Incontinentes

Em crianças com enurese noturna, a avaliação urodinâmica deve ser realizada quando existirem outros sintomas urinários, além da perda de urina durante o sono, ou nos casos de enurese noturna primária monossintomática

que não apresentaram melhora após um ano com tratamento clínico¹⁷(D).

Estudo em 47 pacientes adultos com enurese noturna primária mostrou que 93% apresentavam hiperatividade do detrusor e 73% demonstravam obstrução infravesical funcional, como incoordenação detrusor-esfincteriana, justificando a investigação urodinâmica em adultos com enurese noturna¹⁸(C).

Recomendação: realizar avaliação urodinâmica em crianças com enurese noturna com sintomas miccionais associados, na falha do tratamento da enurese noturna e na enurese noturna e diurna. Todos os adultos com enurese noturna devem fazer estudo urodinâmico.

Avaliação Urodinâmica na Mulher Incontinente

Na mulher incontinente, foi observado que quando a única queixa é perda de urina aos esforços e consegue-se verificar a perda de urina durante o exame físico, a avaliação urodinâmica confirma o diagnóstico de incontinência urinária de esforço em mais de 90% dos casos¹⁹(D). Quando existe outro sintoma além de incontinência urinária de esforço, a proporção de mulheres com diagnóstico urodinâmico de incontinência urinária de esforço diminui para cerca de 60%¹⁶(D). Estudo em mulheres com sintomas do trato urinário inferior mostrou que apenas 27,5% das mulheres com hiperatividade do detrusor apresentavam sintomas de aumento da frequência e urgência miccional²⁰(C). Inversamente, os sintomas urinários também não se correlacionam com o diagnóstico urodinâmico. Alguns autores têm sugerido que mulheres com bexiga hiperativa podem ser tratadas sem necessidade de avaliação urodinâmica. Porém, cerca de 50% das mulheres com bexiga hiperativa

não apresentam hiperatividade do detrusor na avaliação urodinâmica²⁰(C). Em 10% desses casos, o estudo urodinâmico mostrou disfunção miccional ou dificuldade miccional com resíduo elevado (> 100 ml)²⁰(C). O tratamento empírico, nessas pacientes, com medicação anticolinérgica poderia provocar retenção urinária. Deve ser salientado que o padrão-ouro não está definido quando é feita a comparação dos sintomas e avaliação urodinâmica²¹(C).

Outro aspecto importante é se a avaliação urodinâmica poderia prever os resultados pós-tratamento. Em estudo controlado e alocado ao acaso, comparando tratamento clínico de mulheres incontinentes, não se verificou diferença nos resultados entre mulheres que realizaram estudo urodinâmico ou não²²(A). Estudo com 232 mulheres com incontinência urinária tratadas cirurgicamente demonstrou melhor resultado entre as que realizaram estudo urodinâmico prévio²³(C). Mulheres com incontinência urinária de esforço que apresentam contração do detrusor fraca ou ausente durante a micção (menor que 12 cmH₂O) têm maior chance de retenção urinária após tratamento cirúrgico utilizando técnica de “sling”²⁴(C).

A pressão de perda sob manobra de esforço tem sido utilizada para classificar o tipo de incontinência urinária de esforço na mulher, sendo predominante por hiper mobilidade uretral ou insuficiência esfincteriana intrínseca. Com a difusão do tratamento da incontinência urinária de esforço pela técnica de “sling”, esta classificação perdeu um pouco sua importância. Esse método continua a ser de grande valia para o diagnóstico da incontinência urinária de esforço²⁵(C).

A avaliação urodinâmica deve ser realizada em pacientes incontinentes que apre-

sentam dificuldade miccional, lesão neurológica ou falha do tratamento anterior, porque apresentam piores resultados quando esses casos são tratados sem avaliação urodinâmica²⁶(D).

Recomendação: Em mulheres com sintoma de incontinência urinária de esforço e ao exame físico observa-se perda de urina durante manobra de esforço, a avaliação urodinâmica é opcional, mas não obrigatória. Nas pacientes com sintomas atípicos de incontinência urinária de esforço ou que realizaram tratamento cirúrgico sem sucesso, é recomendável realizar avaliação urodinâmica previamente ao tratamento cirúrgico. Em mulheres com sintoma de bexiga hiperativa, a avaliação urodinâmica é recomendável antes do tratamento clínico. Pacientes com incontinência urinária de esforço e pressão do detrusor durante a micção inferior a 12 cmH₂O apresentam maior risco de desenvolverem retenção pós-operatória após cirurgia de “sling”.

Avaliação Urodinâmica em Pacientes Incontinentes com Lesão Neurológica

Existe consenso em realizar avaliação urodinâmica em todos os pacientes incontinentes com doença neurológica⁸(D).

Recomendação: a todo paciente com lesão neurológica é recomendada avaliação urodinâmica antes do tratamento clínico ou cirúrgico.

Avaliação Urodinâmica em Homens Incontinentes

A principal causa de incontinência no homem é a cirurgia da próstata, com incidência de 1% a 2% após ressecção endoscópica da próstata e de 3% a 9%, causada pela prostatectomia radical. O estudo urodinâmico avalia a função do detrusor e a atividade dos esfíncteres.

Avaliação Urodinâmica em Idosos Incontinentes

Em idosos, a avaliação urodinâmica pode elucidar o diagnóstico quando a história clínica é confusa²⁷(D). Esse exame deve ser solicitado quando houver falha do tratamento clínico, quando existem riscos no tratamento clínico ou quando se planeja tratamento cirúrgico²⁷(D).

Recomendação: o estudo urodinâmico no paciente idoso deve ser realizado na falha do tratamento inicial, quando a história é confusa, antes do tratamento cirúrgico e quando o tratamento clínico apresenta risco.

VIDEOURODINÂMICA

Nos pacientes com disfunção do trato urinário inferior de origem neurológica, a videourodinâmica pode ser importante na definição da causa da incontinência. Nos casos nos quais não se conseguiu classificar a incontinência urinária com o emprego da avaliação urodinâmica convencional e na falha do tratamento com base em exames mais simples, está indicada a realização da videourodinâmica²⁶(D).

REFERÊNCIAS

1. Flisser AJ, Blaivas JG. Evaluating incontinence in women. *Urol Clin North Am* 2002;29:515-26.
2. Blatvas JG. Female lower urinary tract symptoms: pharmacotherapeutic consequences. *BJU Int* 2000;86(Suppl 2):1-10.
3. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto N, Jr. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire — Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saúde Pública* 2004;38:438-44.
4. Tamanini JT, D'Ancona CA, Botega NJ, Rodrigues Netto N Jr. Validation of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire for urinary incontinent women. *Rev Saúde Pública* 2003;37:203-11.
5. Rocha F, Ribeiro R. Diagnóstico diferencial da BH. Pfizer;2004.
6. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
7. Nichols DH. Vaginal prolapse affecting bladder function. *Urol Clin North Am* 1985;12:329-38.
8. Stohrer M, Castr-Diaz D, Chartier-Kastler E, Kramer G, Mattiasson A, Wyndaele J. Guideline on neurogenic lower urinary tract dysfunction. *European Association of Urology*;2003.
9. Abrams P, Klevmark B. Frequency volume charts: an indispensable part of lower urinary tract assessment. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1996;179:47-53.
10. Mouritsen L, Berild G, Hertz J. Comparison of different methods for quantification of urinary leakage in incontinent women. *NUUD* 1989;8:579-97.
11. Nygaard I, Holcomb R. Reproducibility of the seven-day voiding diary in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11:15-7.
12. Brown JS, McNaughton KS, Wyman JF, Burgio KL, Harkaway R, Bergner D, et al. Measurement characteristics of a voiding diary for use by men and women with overactive bladder. *Urology* 2003;61:802-9.
13. Fantl J, Newman D, Colling J. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Outdated guideline. Rockville:AHCP;1996. Report No: 96-0682.
14. Cundiff GW, Harris RL, Coates KW, Bump RC. Clinical predictors of urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:262-7.
15. Payne CK. Epidemiology, pathophysiology, and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology* 1998;51(2A Suppl):3-10.

16. Artibani W. Imaging and other investigations. 2nd International Consultation on Incontinence; Plymouth, UK;2002. p.425-75.
17. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza LM, von Gontard A, et al. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. J Urol 2004;171(6 Pt 2):2545-61.
18. Yeung CK, Sihoe JD, Sit FK, Diao M, Yew SY. Urodynamic findings in adults with primary nocturnal enuresis. J Urol 2004;171(6 Pt 2):2595-8.
19. Radley SC. Differential diagnosis of stress urinary incontinence. BJU Int 2004; 94(Suppl 1):4-7.
20. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Sethna F, Salvatore S. Preoperative pressure-flow studies: useful variables to predict the outcome of continence surgery. BJU Int 2004;94:1296-9.
21. Colli E, Artibani W, Goka J, Parazzini F, Wein AJ. Are urodynamic tests useful tools for the initial conservative management of non-neurogenic urinary incontinence? A review of the literature. Eur Urol 2003;43:63-9.
22. Holtedahl K, Verelst M, Schiefloe A, Hunskaar S. Usefulness of urodynamic examination in female urinary incontinence: lessons from a population-based, randomized, controlled study of conservative treatment. Scand J Urol Nephrol 2000;34:169-74.
23. Hutchings A, Griffiths J, Black NA. Surgery for stress incontinence: factors associated with a successful outcome. Br J Urol 1998;82:634-41.
24. Miller EA, Amundsen CL, Toh KL, Flynn BJ, Webster GD. Preoperative urodynamic evaluation may predict voiding dysfunction in women undergoing pubovaginal sling. J Urol 2003;169:2234-7.
25. Rodriguez LV, de Almeida F, Dorey F, Raz S. Does Valsalva leak point pressure predict outcome after the distal urethral polypropylene sling? Role of urodynamics in the sling era. J Urol 2004;172:210-4.
26. Homma Y. Urodynamics. 2nd International Consultation on Incontinence; 2002; Plymouth,UK;2002. p.319-77.
27. Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. Mt Sinai J Med 2003;70:54-61.