

ESTABELECIDO EM
28/05/2006

ÚLTIMA REVISÃO EM
31/12/2007

NOME DO TEMA //

Uroginecologia

RESPONSÁVEIS – UNIDADE //

Dra. Liv Braga de Paula – MOV

COLABORADORES //

Dr. Frederico José Amedée Peret – MOV

VALIDADORES //

Dr. Frederico José Amedée Peret – Serviço de Uroginecologia da
Maternidade Odete Valadares

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A incontinência urinária é uma patologia crônica cuja prevalência aumenta com a idade da mulher, sendo fator limitante da atividade diária com redução da qualidade de vida e impacto social negativo. É necessária a correta identificação dos mecanismos das diversas formas clínicas para planejamento terapêutico, específico para cada condição.

OBJETIVO

Padronizar os métodos propedêuticos e terapêuticos (conservador, medicamentoso e cirúrgico) nas patologias urogenitais femininas.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

1. Aparelho de vídeo-urodinâmica e acessórios;
2. Urinálise e cultura de urina;
3. Materiais cirúrgicos específicos para cirurgia uroginecológica.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Identificação do tipo de incontinência;
2. Exame clínico uroginecológico;
3. Exame urodinâmico;
4. Tratamento clínico da bexiga hiperativa;
5. Tratamento clínico e cirúrgico da incontinência de esforço.

ITENS DE CONTROLE

Número de questionários de qualidade de vida aplicados (APÊNDICE II) sobre número total de pacientes atendidas.

SIGLAS

IUEG – Incontinência Urinária de Esforço Genuína
TVT – Transvaginal Tape
TVTO – Transobturatorial Tape
ITU – Infecção do Trato Urinário

REFERÊNCIAS GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA

1. Harvey MA, Baker K, Wells GA. Tolterodine versus oxybutynin in the treatment of urge urinary incontinence: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 56-61.	A
2. ACOG Practice Bulletin – Urinary incontinence in women GRAU DE RECOMENDAÇÃO/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA June 2005	C
3. Manca A, Sculpher MJ, Ward K, Hilton P. A cost-utility analysis of tension-free vaginal tape versus colposuspension for primary urodynamic stress incontinence. BJOG 2003; 110: 255-262.	B
4. Glazener CMA, Cooper K. Bladder neck needle suspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.	A

5. Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.	A
6. Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Moore K. Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software	A

APÊNDICE I //

Protocolo para estudo urodinâmico no ambulatório de uroginecologia da Maternidade Odete Valadares.

1. SELEÇÃO DE PACIENTES:

Devem ser submetidas ao estudo urodinâmico as pacientes que apresentam disfunção do trato urinário baixo na forma de:

- Incontinência urinária – no pré-operatório, nas falhas de tratamento conservador (fisioterapia/medicamentoso) e nas recidivas pós-operatórias;
- Síndrome da bexiga hiperativa;
- Sintomas mistos;
- Dificuldade miccional;
- Doenças sistêmicas ou neurológicas.

2. PREPARO DA PACIENTE PARA O EXAME:

O exame é preferencialmente realizado no período pós menstrual;
Solicitar exame de urina rotina e urocultura antes de encaminhar a paciente;
Orientar a paciente para comparecer no horário agendado com a bexiga confortavelmente cheia;
Explicar o procedimento: necessidade de exame ginecológico específico, cate-
terização uretral eretal.

3. ANAMNESE

A paciente é submetida a um questionário de avaliação uroginecológica e solicitada a realizar um diário miccional durante 1 dia. (APÊNDICES II e III)

4. EXAME FÍSICO

Realiza-se um exame geral no qual se avalia a capacidade de locomoção da paciente e fatores complicantes da incontinência como algumas doenças crônicas (DPOC, ICC e doenças neurológicas).

A. EXAME NEUROLÓGICO

O exame neurológico simplificado visa avaliar a função medular do nível L2 a S4;
São realizados testes de sensibilidade (avaliação de dor e temperatura) com uso de alfinetes, cotonetes e álcool;
O reflexo anal (S3 a S5) é avaliado através do estímulo da pele perianal com desencadeamento de contração do esfíncter externo;
O reflexo bulbocavernoso (S2 a S4) ocorre a partir do toque no clitóris que estimula a contração dos músculos isquio e bulbocavernoso.

B. EXAME GINECOLÓGICO

A palpação abdominal é realizada para a investigação de aumento significativo do volume renal e bexiga palpável.

A ectoscopia procura evidenciar malformações congênitas como epispiádias, a presença de dermatite amoniacal e escoriações vulvares, de fístulas genitourinárias e o trofismo da mucosa.

A avaliação da musculatura perineal (músculo elevador do ânus) é determinada pela inspeção e palpação. Com a paciente na posição ginecológica, solicita-se a contração desses músculos e observa-se a duração e o tônus. O grau de contração pode ser classificado em:

- Grau zero – Não há evidência de função perineal objetiva;
- Grau um – Função débil, percebida apenas ao toque;
- Grau dois – Função perineal visível, porém débil ao toque;
- Grau três – Função perineal objetiva e à palpação mediana;
- Grau quatro – Função perineal objetiva e mantida à palpação;
- Grau cinco – Função perineal objetiva e à palpação maior que 5 segundos.

A avaliação dos prolapso genitais é realizada com o examinador utilizando dois dedos deslocando posteriormente a fúrcula, e a paciente em posição ginecológica realiza esforço abdominal, como contração ou tosse. No caso de dúvida, o espéculo vaginal auxilia na determinação da origem do prolapso. Os prolapso genitais são classificados como de parede anterior, parede posterior e uterino/cúpula.

O estadiamento é baseado na padronização definida pela Sociedade Internacional de Continência e se divide em estágios:

- Estágio 0 – Não há evidência de prolapso e todos os pontos se encontram 3 cm acima do hímen;
- Estágio 1 – Todos os pontos estão 1 cm acima do hímen;
- Estágio 2 – O ponto máximo de prolapso situa-se entre +1 e -1 cm do hímen;
- Estágio 3 – O ponto máximo de prolapso encontra-se entre o +1 e +2 cm do hímen;
- Estágio 4 – Eversão total da vagina e cérvix.

5. TESTE DO COTONETE

Consiste em teste simples, utilizado para avaliar a mobilidade uretral. Introduce-se um cotonete embebido em xilocaína 2% na uretra. A paciente é solicitada a realizar manobra de Valsalva e a tossir. Deve-se observar a maior deflexão durante o aumento da pressão intra-abdominal. Caso o aumento seja maior que 30°, o exame sugere a existência de hiper-mobilidade uretral.

6. PAD TESTE

É um método que permite a quantificação da perda urinária e é útil para monitorizar o efeito de um tratamento instituído. Baseia-se na mensuração do peso de um absorvente uma hora após a paciente ingerir líquido e realizar suas atividades habituais. Perdas urinárias são representadas por diferença de peso maiores que 1 g.

INÍCIO DO TESTE

0 MINUTOS

- Paciente esvazia a bexiga;
- Aplica-se o absorvente com peso prévio avaliado;
- É fornecido 500 ml de líquido para ingestão;
- A paciente deve assentar e ficar em repouso.

15 MINUTOS

30 MINUTOS

Atividades:

- Sentar/levantar 10;
- Tossir 10;
- Andar rápido/correr 1 minuto;
- Lavar as mãos.

60 MINUTOS

Retirar o absorvente e pesá-lo.

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

QUESTIONÁRIO:

Nome: _____

Idade: _____

1. Perde urina quando tosse ou espirra?
2. Urina mais de 7 vezes durante o dia?
3. Necessita ir correndo ao banheiro para urinar?
4. Se necessita, molha a roupa antes de chegar?
5. Levanta a noite para urinar mais de 1 vez?
6. É preciso usar algum forro higiênico?
7. Perde urina todos os dias?
8. É preciso fazer força para urinar?
9. O jato de urina é forte?
10. Já teve infecção urinária repetidas vezes?
11. Tem dor para urinar?
12. Notou presença de sangue na urina?
13. GPA Multípara?
14. Partos normais?
15. Cesarianas?
16. Menopausa?

sim	não

17. Cirurgia anterior sobre o colo vesical?	sim	não
18. Perineoplastia?	sim	não
19. Outras cirurgias?	sim	não
20. Quais?		
21. Uso de algum medicamento?	sim	não
22. Quais?		
23. Tem passado de glaucoma?	sim	não
24. A sua perda de urina atrapalha sua vida em casa?	sim	não
25. Quanto?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
26. A sua perda de urina atrapalha seu trabalho?	sim	não
27. Quanto?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

APÊNDICE III

DIÁRIO MICCIONAL 24 HORAS

Nome: _____

Idade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Neste diário devem ser anotados a ingestão hídrica – que consiste nos líquidos ingeridos (água, suco, café, leite, cerveja, refrigerante, etc), o volume da micção (usar algum recipiente para medir). Os eventos relacionados são as situações em que ocorreu perda de urina com esforço, ou desejo forte de urinar com ou sem perda de urina antes de chegar ao toalete e o uso de forro protetor.

Horário	Ingestão hídrica (ml)	Volume das micções (ml)	Urgência erda esf
06:00			
07:00			
08:00			
09:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			

18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
24:00			
01:00			
02:00			
03:00			
04:00			
05:00			
Total dia			
Total noite			

APÊNDICE IV

BEXIGA HIPERATIVA

1 – CONCEITO:

É uma condição médica em que o paciente relata a presença de urgência, associada ou não à urgíntinência, que pode ser acompanhada por frequência e noctúria. Nesses pacientes, ao realizar o estudo urodinâmico, pode-se evidenciar a presença de contrações não inibidas do detrusor caracterizando a hiperatividade do detrusor.

2 – CLASSIFICAÇÃO DA HIPERATIVIDADE DO DETRUSOR:

a – Hiperatividade do detrusor de origem neurológica (10%)

- *Lesões suprapontinas* – sendo a maioria dos estímulos suprapontinos inibitórios, as patologias que comprometem o impulso pontino inibitório como o AVC, doença de Parkinson, tumores ou traumatismos cranianos, se caracterizam pela perda do controle voluntário, com hiperatividade do detrusor e preservação da coordenação esfíncter-detrusor.
- *Lesões medulares* – lesões neurológicas que interferem no reflexo sacral como mielodisplasia, diabetes e tumores na região inferior da medula determinam arreflexia do detrusor e deficiência do mecanismo esfíncteriano intrínseco da uretra;

lesões acima do nível medular S2 determinam modificação dos estímulos eferentes vesicais com apresentação clínica de hiperatividade do detrusor com dissinergia vesicoesfincteriana.

b – Hiperatividade do detrusor de origem idiopática (90%)

A hiperatividade do detrusor é considerada idiopática quando não existe etiologia evidente para seu desencadeamento. Diversas teorias têm sido postuladas como: aumento da sensibilidade pós juncional, alteração na função adrenergica, disfunção na via aferente, desequilíbrio dos neurotransmissores

e déficit miogênico primário ou adquirido.

3 – DIAGNÓSTICO

É definido com base no histórico clínico.

Inicia-se a investigação com a realização de anamnese detalhada enfocando história prévia de infecções urinárias, doenças neurológicas, diabetes mellitus. É importante avaliar os hábitos alimentares – o uso exagerado de cafeína, álcool e polidipsia. Verificar também o uso de medicamentos de ação diurética e o status hormonal da paciente.

Solicitar um exame de urina rotina e urocultura para exclusão de infecções urinárias não tratadas. É importante lembrar que pacientes com múltiplas infecções urinárias ou resistentes ao tratamento com anticolinérgicos podem ser portadoras de patologias mais graves como o carcinoma de bexiga e, por isso, são candidatas à realização de cistoscopia.

O exame urodinâmico deve ser solicitado para pacientes com início súbito dos sintomas, hematuria sem ITU, suspeita de alteração da parede vesical (baixa capacidade e baixa complacência) ou em casos de falência do tratamento primário.

4 – TRATAMENTO

a – Não medicamentoso:

- *Comportamental* – adequação da ingestão de líquidos para evitar sobrecarga no trato urinário inferior, urinar em intervalos regulares e crescentes, tentativa de controle da sensação iminente de micção;
- *Fisioterapia ou reeducação perineal* – envolve uma série de atividades com o objetivo de fortalecer o assoalho pélvico e diminuir as contrações não inibidas. O tratamento nesses casos é individualizado;
- *Biofeedback* – conscientização, por parte da paciente, da ativação de determinado grupo muscular e reeducação.

b – Medicamentoso (oral)

1 – Anticolinérgicos

- *Cloridrato de Oxibutinina (Retemic)* – é a droga de escolha para o tratamento inicial. Tem ação anticolinérgica não seletiva, relaxante musculotrópica e anestésica local. A dose utilizada é de 5 mg, 3 a 4 vezes ao dia. Os efeitos colaterais são: boca seca (principal efeito), constipação intestinal, refluxo gastroesofágico, retenção urinária, visão embaçada e sintomas SNC. É contraindicada na presença de retenção gástrica ou urinária, glaucoma, e deve ser usada com cautela em pacientes com insuficiência hepática ou renal.

Há no mercado uma forma da oxibutinina de liberação lenta. Tem a mesma eficácia, mas menor índice de efeitos adversos. A dose utilizada é 5 mg até 30 mg em administração única diária.

- *Tartarato de tolderodina (Detrusitol)* – age como antagonista nos receptores colinérgicos, tem meia vida (de 2 a 3 horas) e atinge seu efeito máximo em 5 a 8 semanas após o início do tratamento. A dose utilizada é de 1 a 2 mg de 12/12 horas. Quando comparado, a oxibutinina apresenta menores taxas de efeitos colaterais.
- *Brometo de Propantelina* – droga com muitos efeitos colaterais e poucos estudos de validação de seu uso. A dose empregada é de 15 – 30 mg de 4 a 6 vezes ao dia.
- *Outras drogas* – a Propiverina é utilizada na Europa na dosagem de 15 mg de 2 a 3 vezes ao dia como segunda droga de escolha após a oxibutinina. Apresenta menores taxas de efeitos colaterais.

O Trospium consiste em agente anticolinérgico com maior especificidade para os receptores M3 presentes na bexiga. Assim sendo, tem menos efeitos colaterais. É utilizado na dose de 20 mg de 12/12 horas e é considerado tão eficaz

quanto a oxibutinina. Ainda não disponível nos EUA.

2 – Antidepressivos tricíclicos

- *Cloridrato de imipramina* – tem como ações principais: efeito anticolinérgico central e periférico, bloqueio da recaptação de neurotransmissores como a serotonina e noradrenalina, efeito sedativo e efeito anestésico local. O resultado é a diminuição da contratilidade e o aumento da resistência uretral. Inicia-se o tratamento com a dose de 25 mg por dia e pode-se aumentar de 3 em 3 dias a dosagem até a dose máxima de 150 mg/dia. Em idosos, a meia vida da droga é prolongada, o que determina a necessidade de doses menores nesses pacientes. Os principais efeitos colaterais são a hipotensão postural e a sedação.

c– Tratamento medicamentoso intravesical

Há estudos que comprovam o efeito benéfico da instilação intravesical de oxibutinina, capsaina e toxina botulínica para pacientes com bexiga hiperativa, mas seu uso atualmente é restrito a centros de pesquisas, não sendo utilizadas na prática diária.

- *Incontinência urinária de esforço*

Definição: perda urinária ao realizar esforço ou tossir. O termo incontinência urinária de esforço também descreve um sinal, que consiste na observação da perda urinária pela uretra simultaneamente à tosse ou exercício. Ao se confirmar durante o exame urodinâmico a perda involuntária de urina aos esforços, tem-se o diagnóstico de incontinência urinária de esforço urodinâmica.

Fatores de risco: paridade, obesidade, DPOC e tosse crônica.

Diagnóstico: os principais objetivos do ginecologista diante de uma paciente com IUE são:

1. diferenciar clinicamente a síndrome da bexiga hiperativa da incontinência urinária aos esforços;
 2. procurar coexistência de fatores agravantes;
 3. avaliar a presença de prolapso genitais e incontinência anal,
 4. definir gravidade da incontinência e ponderar os resultados do tratamento;
 5. determinar o impacto dos sintomas na qualidade de vida das pacientes.
- A – **Diário miccional** – após a entrega do formulário à paciente, deve-se anotar o horário da micção, a existência de incontinência, o volume de líquido ingerido e o volume urinado. Duração de 3 dias.
 - B – **Anamnese** – questionar a frequência urinária e o volume das perdas, fatores precipitantes, impacto na qualidade de vida. Lembrar de questionar ocorrência de traumas, uso de novas medicações, cirurgias prévias, radioterapia, DPOC e asma.
 - C – **Exame físico** – avaliar a presença de massas pélvicas, prolapso genital e atrofia vaginal.

Realizar teste da tosse para confirmação da perda urinária e estimativa da gravidade. Solicita-se à paciente para tossir 5 (cinco) vezes e observa-se quantas vezes ela perdeu urina. Se houve uma perda (1/5 – leve), três perdas (3/5 – moderada) ou cinco perdas (5/5 – grave).

Avaliar a função perineal como descrito anteriormente. Teste do cotonete: consiste na introdução de uma haste de cotonete previamente embebido em gel de lidocaína na uretra da paciente. Solicita-se então que a mesma realize uma manobra de Valsalva, caso a haste se mova com ângulo maior que 30° a paciente é portadora de uma hiper mobilidade uretral.

- D – **Avaliação do volume residual** – é determinado por cateterismo vesical ou US. Valores superiores a 50 ml são considerados anormais.
- E – **Exame de urina** rotina e urocultura para afastar a presença de infecção urinária.

- **F – Estudo urodinâmico:**

- Fluxometria

Cistometria: avaliar a função uretral através do teste de Valsalva (VLLP). Ao obter um enchimento vesical de 200 ml, com a paciente de pé, solicita-se que ela realize uma manobra de Valsalva. Caso ocorra uma perda, identifica-se a menor pressão vesical em que houve perda e se essa for menor que 60 cm H₂O, sugere que a causa da incontinência seja lesão do esfíncter uretral, e quando >90 cm H₂O sugere hiper mobilidade vesical.

Tratamento

- O tratamento conservador deve ser a primeira escolha no tratamento da incontinência urinária de esforço. É ideal para as pacientes que têm risco cirúrgico muito elevado, mulheres sem prole definida e casos de menor gravidade.

A – Medidas comportamentais

Orienta-se a paciente para a redução do peso corporal, mudança postural (como cruzar as pernas), biofeedback e interrupção do tabagismo.

B – Fisioterapia do assoalho pélvico

É um tratamento conservador, a primeira escolha para as pacientes com IUE. Devem ser realizados sob supervisão de fisioterapeuta, de 3 a 4 vezes por semana.

C – Medicamentoso

O uso de estrogênios com ou sem progesterona, em estudos randomizados, não se mostrou superior ao uso de placebos na redução/ resolução dos sintomas de IUE.

D – Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico é indicado quando há falência do tratamento conservador ou nos casos de incontinência grave. Tem como objetivo promover o suporte vesical ou melhorar a resistência uretral ou ambos.

O consentimento informado é importante para a discussão com a paciente sobre os índices de cura e melhora, as morbidades (uso prolongado de cateterismo vesical, sonda vesical de demora no pós-operatório) e as possíveis complicações (lesão vesical, hiperatividade do detrusor, infecções, sangramentos...)

A escolha da técnica cirúrgica que será realizada cabe ao cirurgião, que deve se embasar nas taxas de sucesso de cada uma delas e suas complicações. Dentre as técnicas cirúrgicas, algumas cirurgias não devem ser realizadas pelo baixo índice de sucesso, por exemplo: Kelly Kenedy, Raz.

As técnicas mais aceitas mundialmente e que tem um índice de sucesso semelhante são: colposuspensão Burch e Slings (sintéticos ou autólogos). Entretanto, o Burch apresenta maior morbidade e complicações.