

Incontinência urinária feminina

VITOR VAZ DOS SANTOS*

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma situação na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social ou de higiene e que pode ser objectivamente demonstrado (definição da Sociedade Internacional de Incontinência – ICS).

Esta definição, estabelecida em 1979, não foi sempre tomada em linha de conta nos estudos epidemiológicos, por ter pouco interesse prático para estes estudos devido à aceitação variável da incontinência urinária, segundo as culturas, os países, os modos de vida, os diferentes grupos etários e o sexo.

As variações da aceitação da IU explicam o grau de subestimação por parte das pessoas que admitem que a IU é banal ou inevitável e não merece ser pesquisada e mencionada.

Por outro lado, sendo a IU um estado crónico de aparecimento insidioso, há pessoas que, sofrendo no plano psicológico, não querem que a sua incontinência seja revelada (a doença que se esconde).

EPIDEMIOLOGIA

Na maior parte dos casos os estudos de prevalência (IU) são mais adequados que os estudos de incidência que devem ser reservados para determinados casos particulares, como por exemplo a incontinência após cirurgia prostática,

a incontinência da síndrome da cauda equina ou da esclerose em placas. Os estudos de prevalência utilizam questionários e entrevistas, sendo pois possível avaliar o impacto social da IU segundo a classificação internacional das deficiências, incapacidades e invalidez, de 1980.

Deste modo retira-se o inconveniente da definição da IU feita pela ICS, que engloba o conceito da perda de urina objectivada pelo especialista, substituída pelo conceito da repercussão social e higiénica.

Na classificação internacional dos deficientes, incapacitados e inválidos entende-se que:

- a *deficiência* corresponde ao mau funcionamento do aparelho urinário como, por exemplo, uma disfunção dos esfíncteres uretrais, do detrusor ou de ambos.
- a *incapacidade* é representada pela perda involuntária de urina qualquer que seja a sua origem.
- a *invalidez* é a repercussão social, ou seja, o inconveniente sentido pela pessoa na mobilidade e na interacção social.

A determinação de taxas de prevalência para uma dada população, é o elemento básico para os cuidados de saúde de uma comunidade. Os estudos realizados na população portuguesa apontam para 400 mil incontinentes. Herzog demonstrou que o crescimento da prevalência, ainda que nítido a partir dos 40 anos, tem uma correlação fraca com a idade; no entanto, na população feminina, em que os estudos são

*Serviço de Urologia
Hospital do Desterro

mais numerosos e significativos mas também díspares, a IU tem uma prevalência significativa entre os 45 e os 50 anos, mas pouco nítida com a menopausa. A taxa de prevalência apresenta dois picos: um aos 40 anos, de 20 a 30%, e um outro, mais amplo, aos 60 anos, de 30 a 50%.

Nas pessoas idosas existem diferenças importantes de prevalência segundo o seu modo de vida, o grau da sua incontinença e grupo etário a que pertencem. Segundo Mohide, calcula-se que a prevalência varia entre 14% e os 55%, com uma prevalência global média de 30% para Herzog.

Os doentes idosos vivendo no seu domicílio mostram uma prevalência de 14% a 18% e os doentes idosos vivendo em instituições têm uma prevalência de 45%. No domicílio a prevalência é maior para a mulher (11% a 18%) do que para o homem (7% a 11%).

No estudo de Vellas, são incontinentes 31% dos indivíduos idosos capazes de andar sozinhos, 42% dos que necessitam de apoio e 84% dos que necessitam da ajuda de uma outra pessoa. Há pois uma forte correlação com a dependência na actividade quotidiana.

FISIOPATOLOGIA DA IU

O enchimento/esvaziamento vesical constitui um ciclo que tem o equilíbrio de uma balança, (Buzelin) cujo fulcro é a adaptação social e os pratos são o enchimento e o esvaziamento, respectivamente controlado o primeiro pelo somático e pelo simpático, e o segundo pelo parassimpático. A rotura deste equilíbrio pode fazer-se na fase do enchimento, ou na fase de esvaziamento.

Na fase de enchimento os factores necessários para que haja perdas urinárias são:

- As forças intrínsecas e extrínsecas constritivas da uretra superiores à

pressão intravesical.

- As forças expulsivas da bexiga geradas pelo detrusor inferiores às forças constritivas da uretra.

Durante uma contracção do detrusor as forças expulsivas da bexiga superam as forças constritivas da uretra, havendo perda urinária. Estamos perante uma bexiga hiperactiva. Estas contracções poderão ser de causa idiopática ou de causa neurogénica. Teremos então respectivamente uma bexiga denominada instável e outra hiperreflexa (detrusor instável – (DI)).

Ainda durante o enchimento, as forças constritivas da uretra podem diminuir subitamente e permitir que a urina entre no terço proximal da mesma, desencadeando também urgência miccional seguida ou não de perda, sem ter havido contracção da bexiga. Esta situação corresponde a uma instabilidade uretral.

As forças intrínsecas e extrínsecas constritivas da uretra podem, num dado momento, ser menores que o aumento experimentado pela pressão vesical ao esforço, sem contracção do detrusor, o que determina incontinença urinária de *stress* genuína (GSI).

Esta falência súbita durante o enchimento das forças intrínsecas e extrínsecas constritivas da uretra tem lugar devido:

- Ao défice estrutural e anatómico, ou seja, à falência dos mecanismos de suporte (por ex. ligamentos de fixação de órgãos pélvicos e pavimento pélvico) o que determina hiper mobilidade do colo vesical e da uretra, durante determinadas condições, à tosse, à marcha, ao esforço.
- Ao défice do esfíncter intrínseco da uretra por causa idiopática, iatrogénica, traumática isquémica e neurológica – disfunção do intrínseco.

Na fase de esvaziamento os factores geradores de ruptura de equilíbrio determinam primeiro disúria, depois retenção parcial ou total e, por vezes, in-

continência por regurgitação. (A capacidade máxima vesical atinge pressões que excedem a pressão uretral).

DIAGNÓSTICO

A IU avalia-se com uma investigação básica que permite:

- Comprovar se essa perda urinária se realiza pela uretra ou não (IU verdadeira ou falsa).
- Avaliar quantidade da perda urinária (severidade da doença).
- Definir as condições em que ela se realiza (grau e tipo de IU).

Os meios ou ferramentas simples e fundamentais que permitem o acima exposto são:

- **História clínica** – A pedra angular no estudo da IU, pois determina a condição da perda.
- **Pad test** – Estudando o aumento de peso dos pensos higiênicos durante uma actividade pré-estabelecida num intervalo de tempo determinado.
- **Registos diários de micção** – Os registos frequência/volume permitem ter uma noção, quer do ritmo miccional (por ex. polaquiúria, urgências miccionais, noctúria etc.), quer do ritmo de perdas correlacionadas com a actividade diária, assim como da capacidade vesical funcional.
- **Q tip test na IU feminina** – Avalia o ângulo de mobilização do colo vesical e da uretra durante o esforço, durante uma salva de tosse.
- **Exames complementares de diagnóstico** – Como o Rx simples do aparelho urinário e a urinocultura.

Outros meios são usados para melhor definir e precisar o diagnóstico e a patofisiologia da UI dos quais se salientam:

- **Estudos urodinâmicos**, constituídos pela uretrocistometria, a perfilometria e a fluxometria, que avaliam o aparelho vésico-esfincteriano na sua função de armazenamento e de expul-

são da urina, tendo em conta os respectivos factores de continência.

- **Ecografia transvaginal**, que na UI feminina avalia a relação espacial do colo vesical da bexiga com o púbis durante o repouso e durante o esforço.

Analisemos, de um modo sumário, cada um destes instrumentos, a maioria dos quais acessível na primeira consulta do médico assistente antes da observação de um especialista.

A anamnese é relevante na avaliação das circunstâncias em que ocorre a incontinência urinária. Imediatamente ao esforço? Após dois segundos? Com ou sem desejo miccional urgente?

A resposta a estas questões permite distinguir três tipos de incontinência: por *stress* genuína, (GSI) por instabilidade do detrusor (DI) ou mista (MI). Permite ainda, para além destes tipos, identificar outros, ilustrados no Quadro 1.

Por outro lado, é necessário precisar há quanto tempo tem perdas urinárias – desde a infância? – o que nos permitirá avaliar a evolução da incontinência, ou se estamos perante alguma alteração congénita (por ex. a abertura anómala de um ureter na vagina – falsa incontinência). A necessidade de usar resguardos e o conhecimento das restrições sociais informam-nos da severidade do quadro clínico.

QUADRO I

TIPOS DE INCONTINÊNCIA

Tipo	Masculino (%)	Feminino (%)
Stress	2	25
Stress/Urgência	1	33
Urgência	33	20
Enurese	25	10
Gotejo terminal	27	1
Contínua	10	8
Não classificável	2	3

(Feneley RC)

A história clínica, ao correlacionar as perdas urinárias com os traumatismos, por exemplo da bacia ou ginecológicos, assim como com o ciclo menstrual, relações sexuais, partos e menopausa, permitirá avaliar os factores predisponentes para a ruptura do equilíbrio véscico-esfincteriano, tais como:

- Perda dos mecanismos de suporte da uretra.
- Diminuição dos estrogénios, determinante da diminuição da plasticidade dos tecidos, o que conduz a um défice de selagem da uretra.

A descrição do acto miccional, valorizando a sua duração e volume, e por outro lado, o conhecimento da necessidade de fazer força abdominal ou adoptar posição particular para o realizar, é também fundamental para validar alguns exames e concluirmos se estamos perante uma bexiga instável ou hipocontráctil.

A caracterização da actividade diária (profissão, desporto) e dos hábitos de beber e de urinar podem explicar as perdas urinárias ao esforço, por retenção parcial devido a barragem infravesical ou a défice de contractilidade do detrusor.

Os antecedentes pessoais gineco-obstétricos (partos, cirurgia pélvica, perineal, radioterapia), urológicos (infecções de repetição, etc), neurológicos, (ictús cerebrais, esclerose em placas, etc) ou digestivos (obstipação) podem também por si só serem explicativos das perdas urinárias.

O exame objectivo deve concentrar-se:

- No exame da vulva (aberta/fechada; aspecto trófico; presença de cicatrizes; distância ano-vulvar).
- No exame da vagina (tonicidade; espessura do septo recto-vaginal; teste dos levantadores do ânus; tensão do nódulo fibroso central do períneo);
- Na pesquisa durante o esforço de prolapso vesical, uretral, uterino, intestinal e rectal (cistocelo; uretrocelo; his-

terocelo; eliterocelo; retocelo).

- Na pesquisa de perdas urinárias ao esforço e durante a manobra de Boney, que consiste em elevar os fundos de saco vaginais laterais sem comprimir a uretra, e verificar se deixa de haver perdas durante as salvas de tosse, ou seja, durante o esforço. A prova de Boney é positiva se não há perda de urina durante a manobra, e negativa se durante a manobra continua a perder-se urina. No primeiro caso, estamos perante uma mobilidade excessiva do colo – GSI. No segundo caso, em que a perda se mantém apesar da elevação do colo, estamos perante GSI por disfunção intrínseca do esfíncter).

- Na pesquisa da sensibilidade nos dermatomas S₁, S₂ e S₃, do reflexo bulbo-cavernoso e do reflexo anal durante as salvas de tosse.

- Na comprovação de perdas urinárias durante as salvas de tosse em posição ortostática, caso o doente em decúbito dorsal não as tenha tido.

No entanto, a acuidade diagnóstica da história clínica para diferenciar na GSI da DI é apenas de 60%.

O *Q tip test* utilizado no estudo da IU feminina consiste na introdução na uretra de uma vareta esterilizada coberta por algodão (cotonete), de tal modo que a extremidade coberta se localiza na junção uretrovesical. Durante as salvas de tosse a vareta não se deve deslocar significativamente em relação ao plano horizontal. Se não houver um bom suporte da porção proximal da uretra, a vareta sofrerá um desvio superior a 30° em relação ao plano horizontal. Este exame elementar dá portanto uma informação da falência de suporte, ou seja, da mobilidade do colo.

O *pad test* é um exame de fácil realização. Consiste em dar de beber ao doente meio litro de água, após ter esvaziado a bexiga e colocado um penso higiénico de peso conhecido. Em seguida propõe-se um passeio de 40 minutos e, de regresso, recomenda-se a subi-

da de escadas equivalente a um terceiro andar. Posteriormente, o paciente lava as mãos até ao antebraço com água fria durante três minutos. De imediato solicita-se que salte 10 vezes e realize 10 salvas de tosse. Terminado estes exercícios o doente retira o penso para que seja pesado, a fim de quantificar a urina que eventualmente perdeu. O *pad test* é, portanto, um exame que quantifica as perdas urinárias, permitindo avaliar a severidade da incontinência e comparar doentes. A reprodutibilidade e a fiabilidade deste exame são função do volume vesical, pelo que os testes de 24 horas são mais precisos.

Os registos diários da frequência e volume da micção constituem um método de investigação da função do aparelho vesico-esfincteriano. A sua análise permite identificar a existência de polaquíúria (mais de sete micções nas 24 horas) e de urgência-incontinência e determinar a capacidade vesical funcional média. Estes registos podem ser efectuados com aparelhos portáteis que memorizam a hora da micção, o fluxo máximo e volume de cada uma, assim como as médias, quer dos volumes urinados, quer dos fluxos máximos. As curvas de débito em função do tempo, ou seja, a fluxometria de cada micção, ficam também registadas, assim como se teve lugar durante o repouso nocturno e, portanto, se o paciente teve de se levantar para urinar.

Entre os exames complementares de diagnóstico possíveis, múltiplos exames radiológicos são descritos no estudo da incontinência urinária, como a urografia de eliminação, que é mandatória nos casos de malformações congénitas. A uretrocistografia com cadeia de Hodgkison, de valor questionável, e o colpocistograma segundo Bethoux, não são de facto uma investigação básica, atendendo à técnica mais ou menos complexa de cada um deles. No entanto, o radiograma simples do aparelho urinário é uma investigação básica pela

sua simplicidade de execução. Ele permite identificar:

- Anomalias vertebrais que podem ter por base um disrafismo espinhal.
- O desequilíbrio da bacia, quer por diátese do púbis quer por fractura de um dos ramos do osso ilíaco.
- A presença na pelve de imagens de densidade cálcica compatível com litíase vesical.

A infecção urinária é, por si só, explicativa de urgência-incontinência, já que a infecção gera uma bexiga hiperactiva de causa sensitiva ou motora, e está na base do agravamento de outros tipos sintomáticos de IU, pelo que a urinocultura faz parte da investigação básica da incontinência. Este exame, presente na rotina urológica, assume sobretudo na mulher um valor particular devido às suas múltiplas e frequentes infecções urinárias correlacionáveis com aspectos anatómicos e hormonais.

Por último, consideremos os meios de diagnóstico mais complexos, como a urodinâmica e ecografia transvaginal, que vão permitir, de modo mais preciso, o conhecimento do sinal de incontinência.

A urodinâmica consiste no estudo do regime das condições de pressão do armazenamento da urina e sua expulsão em função do tempo. Pela designação genérica de estudos urodinâmicos entende-se os seguintes exames:

- Fluxometria – Estabelece a relação entre o débito e o tempo de micção. Este exame permite pela curva deduzir a qualidade miccional. É um exame não invasivo que consiste em urinar para um recipiente conectado a um mecanismo electrónico que integra no tempo a quantidade urinada.
- Cistometria – É um registo simultâneo das pressões intravesicais, e de um modo facultativo, também das pressões abdominais, quer durante o enchimento em função do volume, quer durante a micção em função do débito urinário (instante miccional). Deste modo, na

fase de enchimento podemos avaliar a existência de contracções involuntárias do detrusor (mais de 15cm H₂O), o seu número e intensidade e se são geradoras ou não de perdas urinárias (DI). Nesta mesma fase, a do enchimento, podemos verificar perdas urinárias sem contracções do detrusor, durante as salvas de tosse (GSI) e determinar qual o aumento da pressão abdominal que determina perda urinária – o denominado ponto de pressão abdominal de perda, conhecido em inglês por *abdominal Leak point pressure* (ABLPP). O valor do ABLPP permite classificar o tipo de GSI (I, II ou III) sendo o tipo III correspondente às perdas por variações de pressão inferiores a 60cm H₂O, o que corresponde, segundo McGuire, a lesão do esfíncter intrínseco da uretra.

- **Perfilometria** – É o registo das pressões ao longo da uretra, permitindo conhecer quer o comprimento da zona uretral em que actuam as forças constritivas quer a intensidade das mesmas. Tal como o ABLPP, a pressão uretral máxima de encerramento (P_{clo max}), ponto máximo da curva da pressão uretral na perfilometria, determina o prognóstico da GSI.

O valor da urodinâmica na IU consiste em identificar, caracterizar e diferenciar os factores de continência alterados nos diferentes casos clínicos. Os estudos urodinâmicos aumentam assim a precisão diagnóstica da história clínica, distinguindo com mais acuidade que a história clínica os casos de DI dos de GSI e dos de incontinência mista (MI). Jarvis (1980) mostrou que sem uso de estudos urodinâmicos só 68% das GSI e 51% das DI tinham os diagnósticos clínicos correctos. Por outro lado Byne, em 1987, demonstrou que 12% das mulheres com história clínica de GSI têm, segundo o estudo urodinâmico, DI secundária ao *stress*. Portanto, a não realização de estudos urodinâmicos determina uma baixa precisão no diagnóstico, sendo de esperar,

segundo Paul Abrams, uma elevada taxa de recidiva após cirurgia na GSI.

A ecografia transvaginal tem-se revelado de valor significativo na IU feminina porque identifica o colo da bexiga, a uretra proximal e o bordo inferior do púbis, o que permite avaliar:

- Se o colo está aberto em repouso ou durante as salvas de tosse.
- Se durante as salvas de tosse existe mobilidade marcada do colo vesical.
- Se o colo vesical situado acima do púbis em repouso passa para uma posição inferior ao arco púbico durante o *stress*.
- Se existe actividade muscular na zona esfíncteriana durante o enchimento.

Podemos com este exame avaliar a falência dos mecanismos de suporte, a insuficiência do colo, e a existência de instabilidade uretral.

A ecografia vesical revela-se não menos importante, não só por estudar a patologia associada dos anexos, como também pelo facto de evidenciar a espessura da mucosa vesical ou o seu aspecto trabeculado, que é relacionável com instabilidade do detrusor (DI). Com este exame podemos ainda determinar de uma forma precisa a existência de resíduo após a micção, o que pode sugerir incontinência por regurgitação.

TRATAMENTO

Definida a causa da incontinência, o tratamento é dirigido à mesma. No caso de incontinência urinária feminina por:

1. GSI devido a hipermobilização do colo vesical, de tipo I, sem ptoses, com perdas não superiores a 5 g – O tratamento consiste no fortalecimento do pavimento pélvico com exercícios musculares realizados por *biofeedback* e electroestimulação, assim como pelo uso de drogas agonistas selectivas dos receptores α_1 -adrenérgicos.
2. GSI devido a hipermobilização do

colo vesical de tipo I e II sem ptoses, com perdas superiores a 10 g – O tratamento passa pelo fortalecimento do pavimento pélvico, agonistas α_1 -adrenérgicos e eventual cirurgia para fixar o colo vesical numa posição elevada em relação ao púbis (Bursh) ou reconstituir os ligamentos pubo-uretrais e assim diminuir a hiper mobilidade do terço médio da uretra (TVT).

3. GSI com ptoses de grau II/III/IV – O tratamento implica correcção cirúrgica das ptoses bem como um procedimento para diminuir a hiper mobilidade do colo e da uretra.

4. Urgência-incontinência devido à hiperactividade vesical – O tratamento consiste na administração de parassimpaticolíticos e electroestimulação do pavimento pélvico.

5. GSI mais DI (incontinência de tipo misto) – O tratamento faz-se com parassimpaticolíticos, exercícios do pavimento pélvico e eventual cirurgia, após efectivação de controle da hiperactividade vesical.

Em conclusão, a incontinência urinária é uma doença e não uma condição relacionada com a idade, o que implica o seu estudo, a sua avaliação e o seu tratamento. A hiper mobilidade e a lesão do intrínseco são os factores dominantes que estão presentes na incontinência de *stress* genuína. Os vectores terapêuticos destes dois grandes grupos

são os agonistas α_1 -adrenérgicos, a reeducação perineo-esfincteriana e a cirurgia de suporte das estruturas pélvicas. A incontinência por hiperactividade da bexiga é um factor etiológico *major* na incontinência urinária da mulher idosa, e a terapêutica predominante é constituída por parassimpaticolíticos e por electroestimulação.

Bibliografia

Abrams PH. The clinical contribution of urodynamics. In: Abrams PH, Fenley RC, Torrens M (eds). Urodynamics. Berlin: Springer-Verlag; 1983.

Alan J. Wein. Urinary Incontinence. Urology 51(2A); 1998.

L. Cardozo. Urogynecology. Churchill Livingstone; 1997.

Zengler. Actualités en urodynamique – L'incontinence urinaire féminine. SIFUD. Paris: Elsevier; 1998.

Siglas

- ABLPP: Ponto de pressão de perda abdominal
- DI: detrusor instável
- GSI: incontinência de *stress* genuína
- ICS: Sociedade Internacional de Continência Urinária
- MI: incontinência mista (de *stress* e de hiperactividade)
- Pad: pensos higiénicos
- Pclomax.: pressão uretral máxima de encerramento
- IU: incontinência urinária
- UPP: perfil uretral