

Opinião

Terapêutica da Incontinência Urinária de Esforço Genuína (GSI)

Vaz dos Santos

Chefe de Serviço de Urologia – Hospital do Desterro

I – Enquadramento Fisiopatológico da terapêutica da GSI

A hierarquização e uso combinado das múltiplas vertentes terapêuticas da GSI – conservadora; farmacológica; cirúrgica, tem como base um conhecimento tão pleno quanto possível, dos factores de incontinência postos em presença, e da severidade do caso em análise.

O conhecimento da fisiopatologia da GSI é estruturante na decisão terapêutica.

O conceito quer de défice de transmissão ao terço proximal da uretra (1) (teoria de Enhorning), resultante da hiper mobilidade da mesma, pontualmente referenciada ao nível do colo vesical, e o conceito quer de falência de sustentação por parte dos ligamentos pubo-uretrais e de suporte por parte do levantador do ânus, deslocando do colo vesical para o terço médio da uretra o ponto de referência (2) (teoria integral de Papa Petros), orientam o exame objectivo uro-ginecológico.

Sendo certo pelo exposto que a história clínica é fundamental, alguns exames complementares reputamos também de essenciais.

Na anamnese tendo em linha de conta a definição da ICS é básico avaliar se existe queixas perdas de urinárias e em que condições estas perdas têm lugar. Se perde urina ao esforço com ou sem urgência?

Se as perdas urinárias são exclusivamente com a urgência (incontinência por imperiosidade) e se no registo periódico das micções estas são superiores a 7, então estamos perante uma Bexiga Hiperactiva, ou também dita de instável, se for confirmada em estudo

urodinâmico. Esta condição nosológica pode estar associada a perda ao esforço – “Incontinência de tipo misto”.

A importância dada às perdas urinárias, ou mais precisamente a sua avaliação por “pad test” (determinação do volume de perdas) orienta pelo grau de severidade para uma terapêutica fisiátrica - reeducação perineo esfínteriana (Biofeedback e electroestimulação) nos casos em que as perdas são até 3 grs no *pad test* de 24h (3).

A verificação da perda urinária com a doente deitada, assim como a sua relação temporal com o stress (salva de tosse) permite validar o sintoma e aceitar portanto o sinal da existência de incontinência ao esforço ou por imperiosidade.

O estudo do pavimento pélvico identificando a existência ou não de prolapso urogenital permite classificar os defeitos do compartimento anterior, médio e posterior, quando existentes. Esta classificação é fundamental na decisão terapêutica de associação ou não, de técnicas cirúrgicas de reparação de prolapso, que tem especificidade de acordo com o tipo e grau de defeito (4).

A inspecção é portanto fundamental na avaliação do trofismo e da elasticidade vulvar. O toque vaginal bimanual deve ser sistematicamente realizado, para o diagnóstico de eventuais processos expansivos pélvicos.

O toque rectal, permitindo a avaliação do tónus do esfínter anal e a contractilidade voluntária e reflexa do mesmo, é parte do exame neurológico da doente, assim como a pesquisa da sensibilidade perineal, do reflexo bulbo cavernoso e cutâneo anal, elementos básicos no despiste de doenças neurológicas periféricas, que podem gerar quadros de incontinência urinária ao esforço.

No estudo clínico desta nosologia multifactorial (GSI) não podemos deixar de considerar uma avaliação global do paciente, o estado involuntivo dos sistemas e aparelhos, ou seja a idade. O conhecimento imagiológico da pelve pela ecografia abdominal e intracavitária permite identificar a patologia associada, assim como os exames de avaliação do estado geral, onde a urinocultura se revela fundamental no despiste de infecção urinária.

Integrado no estudo clínico, a anamnese está na base da decisão fazer ou não urodinâmica.

Na incontinência de tipo misto é fundamental este exame para avaliar se estamos perante uma bexiga instável por causa sensitiva ou motora, já que este conhecimento traduz um prognóstico e uma orientação terapêutica (parasimpaticolíticos e ou electroestimulação).

Na incontinência de esforço genuína o estudo urodinâmico é para nós também fundamental, se devido à severidade da doença a orientação terapêutica é no sentido invasivo-operatório.

Hoje o aumento da precisão de diagnóstico é mandatório por motivos de prognóstico e motivos médico legais. É necessário precisar se estamos perante uma incontinência urinária de esforço genuína, pois a história clínica tem apenas uma precisão de 80% (5); só o uso em conjunto da história clínica com o estudo urodinâmico pode aumentar a precisão de 80% para 90%.

Sendo certo que a instabilidade do detrusor não é por si só contra-indicação formal para a cirurgia, o conhecimento desta afecção permite a sua prévia terapêutica –impregnação do detrusor durante um mês com parasimpaticolíticos.

A precisão diagnóstica é relevante, veja-se o caso da GSI por hiper-mobilidade ou por insuficiência do esfíncter intrínseco onde o exame uroginecológico com a prova de Bonney positiva ou negativa e o *Q Tip test* são os elementos que permitem distinguir na dicotomia as perdas urinárias por hiper-mobilidade ou por insuficiência do tonus do esfíncter intrínseco.

A Urodinâmica permite uma avaliação, de uma forma numérica dos factores de continência, e uma medição da alteração dos mesmos (pressão abdominal de perdas – ABLPP, pressão uretral máxima de encerramento Pclo).

O estudo urodinâmico é por si só a possibilidade de quantificar o sintoma e o sinal, o que permite não só uma terapêutica adaptada, um prognóstico, assim como a definição de grupos homogéneos para avaliação de procedimentos terapêuticos.

Os múltiplos procedimentos terapêuticos para a GSI são: conservador, farmacológico e cirúrgico.

II – Tratamento Conservador

O tratamento conservador tem lugar quando as perdas urinárias são inferiores a 3 grs no *pad test* de uma hora.

Como tratamento conservador entendemos modificação do estilo de vida. Se desportista sugerimos como apoio das estruturas do compartimento anterior, usar durante o stress, um tampão vaginal, ou mesmo pôr a hipótese de mudança do tipo da actividade desportiva, sendo a natação o desporto de escolha.

O emagrecimento, o parar de fumar, a diminuição de ingestão de fluidos (incluindo cafeína) são alterações comportamentais que poderão diminuir as perdas urinárias. O facto é que muitas doentes quando procuram o médico já modificaram o seu estilo vida e limitam a sua actividade. Não correm, não transportam pequenos pesos, e estabelecem itinerários em função da localização dos sanitários, devido há necessidade de mudança das protecções.

O treino dos músculos do pavimento pélvico (PFMT) – reeducação perineo esfíncteriana é um tratamento fisiátrico que consiste em obter uma correcta contracção do levantador do anus, primeiro sob controlo voluntário e posteriormente sob uma forma reflexogénia. O PFMT inclui contracções longas de intensidade baixa e curtas de intensidade elevada.

Existem múltiplas técnicas para obter este desiderato: exercícios de Kegel; biofeedback (com equipamentos ou com trabalho manual); electroestimulação; cones vaginais; estimulação magnética.

A utilização conjunta destas técnicas pode ser útil no sentido de melhorar a compreensão da contracção dos músculos pélvicos.

A reeducação do pavimento pélvico na GSI teoricamente actua: – no aumento do tónus muscular, no endurance (resistência à fadiga das fibras musculares); no aumento da acção reflexa; no aumento do recrutamento das fibras musculares rápidas; no aumento da coordenação da contracção dos músculos perineais.

A contracção do levantador do anus voluntária ou reflexa, durante a tosse ou durante o stress estabiliza a uretra e aumenta a pressão uretral de encerramento. Múltiplos estudos têm demonstrado aumento do tónus dos músculos do pavimento pélvico.

Em resumo os pacientes que beneficiam com PFMT são: os de sintomatologia recém iniciada; os com alta motivação para esta terapêutica; os de baixa severidade. Por outro lado os casos de recidiva pós cirurgia têm uma baixa taxa de sucesso. A efectividade de PFMT é de 60% (6).

III – Tratamento Farmacológico

Tendo presente que existe uma dualidade etiológica na GSI, ou seja nesta entidade nosológica está sempre presente uma insuficiência do intrínseco (ISD), de menor ou maior grau, e sim ou não hiper mobilidade da uretra, determinante da falência da compressão da mesma durante o stress, então o aumento do tónus das fibras musculares do esfíncter por estimulação dos receptores α_1 , geradores de contracção, será uma estratégia a adoptar. Outra estratégia será inibir o “re-uptake” da norepinefrina (NE) assim como da serotonina nas terminações dos nervos adrenérgicos

A estimulação dos α_1 por agonistas, como a fenilpropranolamina (PPA) – Ornade spansule e a midrodine – Gutron, é por vezes utilizada tendo sempre presente o risco de hipertensão, cefaleias e acidentes vasculares cerebrais por hemorragia.

Os trabalhos de “Cochrane” demonstram que há uma pequena evidência que o uso de α_1 agonistas seja superior ao uso de placebo.

Não existe presentemente demonstração efectiva destas drogas no tratamento da GSI (7)

A utilização de estrogénios, segundo os trabalhos de Cardozo, também não melhoram a continência na GSI. Mas, como existem receptores de estrogénios e de progesterona na parede vaginal, na uretra e no pavimento pélvico presidindo ao controle do estado trófico destas estruturas, a terapêutica hormonal de substituição (THS) pode influenciar a prevalência da sintomatologia.

Administração parentérica de longa duração de estrogénios deve ser desaconselhada devido ao risco de acidente cardiovascular ou progressão de cancro da mama.

Temos como prática corrente o uso de estriol em creme – Ovestin uma aplicação vaginal duas vezes por semana.

IV – Tratamento Cirúrgico

A GSI de causa multifactorial, admitida quer como ausência de coaptação da uretra quer como hiper mobilidade da uretra ao stress são os conceitos que justificam os diferentes procedimentos cirúrgicos.

Pelo exposto anteriormente, a cirurgia tem um papel preponderante, já que existe pouca efectividade com o tratamento farmacológico, e o tratamento conservador é orientado predominantemente para os casos de menor severidade.

Numa óptica de insuficiência do intrínseco, e ausência de hiper mobilidade, a coaptação da uretra é o cerne do problema. A sua efectividade pode ser obtida pela colocação de material na submucosa uretral por via transuretral com ou sem visão endoscópica.

Este material irá determinar uma tumefacção (*bulking*) nas paredes internas da uretra, gerando aumento do comprimento das mesmas, e portanto maior resistência à saída de urina.

O material de implante para além de ser não cancelígeno e biocompatível deverá ser estável e não migrar.

Múltiplos estão disponíveis no mercado. Salientamos: o Colagenio (contigen); o Carvão (durasphera); o Silicone (macroplastia); o Dextranmero combinado com ácido hialurónico (deflux e zuidex) e por último um Copolímero de etileno de vinilo em dimetil sulfoxido (EOVH tegress)

Devido à especificidade deste último em termos de procedimento, já que os outros procuram criar um *bulking* a nível do colo vesical, salientamos o facto do material ser colocado a nível do terço médio da uretra. Este conceito recente da importância desta zona da uretra radica quer na teoria integral onde os ligamentos pubo uretrais tem um ponto de aplicação, quer no facto de ser este o local do *gap* do esfíncter externo quando há lesão.

Admito que esta técnica seja promissora apesar de seguramente o material, tal como os outros acima citados, possa ser mais ou menos reabsorvido ou degradado, mas no entanto a constituição desta massa hidrófila, progressivamente gerada no momento em que é depositada na submucosa uretral, pode ser o garante da estabilidade do implante.

A utilização de *bulking agents* apresenta uma efectividade avaliada, dos *pad test*, muito variável com o material utilizado.

Assim as doentes com *pads* secos, mais as doentes com *pads* apresentando perdas menores que 50% são com: teflon 11%; gordura autóloga 46%; silicone (macroplastia) 43%; colagénio 46%; durasphere 50%; zuidex 60%; EOVH 60%.

Sendo certo que a GSI tem sempre um componente de insuficiência do esfíncter a hiper mobilidade da uretra pode estar associada, ou não.

Se existir hiper mobilidade, identificada no *Q tip* teste, ângulo maior que 45°, na prova de Bonney positiva, então a cura da GSI tem como estratégia limitar esta mobilidade, este conceito justifica os diferentes procedimentos cirúrgicos.

Historicamente podemos dizer que de uma fase de estabilização da uretra, a partir do colo vesical, passa-

mos para uma de limitação da mobilidade da mesma a nível do 1/3 médio. Assim a técnica gold standard de Burch é substituída pelo TVT like.

Nos TVT like o *tape* funciona na sua porção média como um batente da uretra e os ramos deste *tape* são os pontos de apoio deste batente, constituindo neo ligamentos pubo uretrais. Entende-se que durante o esforço a uretra se mobiliza e o esfíncter possa perder aplicação, sobretudo se a excursão da mesma for significativa.

Por outro lado se for criada uma espera, um batente, com o *tape*, a uretra coapta ao esmagar-se nele, durante o stress. No entanto a micção terá lugar, porque a mobilização é ainda permitida em certo grau e é acompanhada por um fenómeno de infundibulização com abaiamento do triângulo.

É portanto necessário, ter em conta no acto cirúrgico, uma correcta colocação do *tape*. Deverá ficar no terço médio da uretra, permitindo uma certa excursão da mesma, mas afastado do colo vesical esta é a técnica de *sling – tension free*.

Aspectos que se prendem mais com a segurança e com a efectividade do procedimento têm evoluído. Permanece hoje a necessidade de deixar uma folga da espessura de uma tesoura entre o *tape* e a uretra medida com o doente em posição de proclive, mas já não é relevante no ajustamento o teste de stress.

Salientamos no entanto que resta ainda de certo modo subjectivo este ajuste do *tape*, e tal como no clássico Burch a elevação do colo vesical, é tido como a experiência do cirurgião. Um *tape* demasiado largo é explicativo de uma recidiva, um *tape* demasiado justo e tenso explica obstrução miccional, que deverá num espaço de tempo curto, (15 a 20 dias) ser resolvido por corte do mesmo.

A colocação dos *tapes* por via retropúbica por agulhas de calibre significativo colocou riscos potenciais uns de pouca relevância como a perfuração vesical outros significativos como a perfuração de ansas e lesão de grandes estruturas vasculares. Casos de morte foram descritos, e não é a explicação de ter havido uma má praxis que sustenta a manutenção do uso da técnica.

Emmanuel Delorme usa pela primeira vez a via transobturadora (1999) para a colocação de um *tape* – “*sling tension free*”. Esta via já era usada por Novak (1977) no tratamento de fístulas vesico vaginais. Este novo procedimento procura reforçar a fascia endopélvica entre os dois arcos tendíneos na região suburetral, e reduzir o risco de complicações viscerais (perfuração vesical e de ansas intestinais) e vasculares (plexo santorini e vasos iliofemorais).

Não havendo com a colocação de um *tape* pela via transobturadora - TOT menor efectividade versus o TVT, então como o risco é mais reduzido, admitimos com Papa Petros que não faz mais sentido hoje o uso da via retropúbica.

No entanto o TOT não é isento de complicações, pode haver perfuração vesical e casos de sintomas obstructivos e irritativos, tendo tido mesmo em linha de conta os pressupostos acima referidos para a colocação do *tape*.

A escolha da direcção da colocação do *tape* de fora para dentro ou de dentro para fora, pode ser alvo também de discussão.

Os TOTs de dentro para fora (in – out) com utilização de cânula condutora (TVT-O), garantem uma abordagem com uma menor incisão na vagina e um trajecto da agulha sempre no períneo, protegendo as estruturas pélvicas. Mas pode a agulha lesar o pedículo do nervo pudendo, mais especificamente o nervo dorsal do clitóris e se não houver uma correcta marcação o ponto de saída do *tape* pode ser muito próximo do nervo obturador

Os TOT de fora para dentro (out - in) tem a vantagem do dedo proteger a uretra, e o ramo ósseo protege o nervo pudendo, mas determina uma incisão maior na vagina.

A nossa decisão vai no sentido do TOT (out - in), e escolhemos um *tape* de polipropileno de tipo I (macroporos >75 µ monofilamentar) já que os macrofagos (=50µ) são incapazes de eliminar bactérias de (=1µ) nos materiais com interstícios < de 10µ

A efectividade deste procedimento é de 90 a 95% aos 3 anos (8).

Nos casos de recidiva em que se mantém a hiper-mobilidade, senão houver instabilidade vesical, reconhecemos a colocação de um novo *tape*.

Nos casos de recidiva ou não, mas em que a causa é ISD a obtenção da continência, estável ao longo do tempo, tem como estratégia um compromisso entre uma coaptação da uretra em repouso e a possibilidade da mesma permitir a micção com pressões inferiores a 42cmH2O e ausência de resíduos superiores a 100cc.

A colocação de *slings* por via abdominal, vaginal ou combinada revela-se como solução, mas o material a ser utilizado nos parece fundamental afim de ter o menor número de complicações. A tensão posta em presença da uretra é significativa, não estamos perante uma técnica de *tension free* daí que o material não deve ser sintético mas biológico (autólogo ou homólogo).

Existem vários materiais autólogos : aponevrose dos rectos; fascia lata. E materiais homólogos: Sabre; Pelvicol.

A nossa orientação é para a aponevrose dos rectos pela facilidade de obtenção. Com o Pelvicol tivemos recidivas.

A efectividade desta técnica nos casos de ISD é de 80%.

Os *slings* ajustáveis no pós operatório como o Remex e o Safyre revelam-se uma proposta interessante, mas da qual temos pouca experiência

Na falência total de todas a técnicas, a continência só pode ser obtida por clampagem da uretra, o que se obtém por uma manga em torno do colo vesical, que ao encher determina compressão da uretra. Este mecanismo designado por esfíncter artificial Scott tem uma taxa de efectividade de 90%, mas as complicações são significativas como: a erosão da uretra e as múltiplas avarias do sistema. Em 5 anos há sempre a necessidade de uma revisão dos elementos que constituem o esfíncter.

Finalmente uma breve nota para os procedimentos laparoscópicos. Se de facto parecia promissora esta via para realizar um Burch, hoje atendendo à simplicidade da colocação de *slings tension free* por via vaginal transobturadora, esta não tem mais justificação, a não ser que haja necessidade de curar um prolapso urogenital associado.

Referências bibliográficas

1. Enhorning G. Simultaneous recording of intravesical and intra-urethral pressure. A study on urethral closure in normal and stress incontinent women. Acta Chir. Scand. suppl., 276, 1-68 1961
2. Petros, P. E.; Ulmsten, U. An integral theory of female urinary incontinence. Acta Scand O&G, 153, (69): 1-79, 1990.
3. Sandri S, Magnaghi C, Fanciullacci Pad controlled results of pelvic floor physiotherapy in a female stress incontinence. Proceedings of the 16th annual meeting of the ICS, Boston, pp 233-235 1986
4. Kobak, W. H.; Rosenberger, K.; Walters, M. D. Inter-observer variation in the assessment of pelvic organ prolapse. Int J Urogynecol Pelvic Floor Dysfunct, 7: 121-124, 1996
5. Paul Abrams Urodynamics Clinical Practice in Urology ed: Spring-Verlag pp 136-140; 1983
6. B. Schussler, J. Laycock, -Pelvic Floor Re-education, Principles and Practice. ed: Spring 1994
7. Alhasso a, Glazener CMA, PickardR, N'Dow Adrenergic drugs for urinary incontinence in adults (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, Oxford: Update software 2003.
8. Paulo Palma, Nelson Rodrigues Netto Jr. Uroginecologia ilustrada, Roca 2005.