

Propedêutica clínica da incontinência urinária de esforço

Rodrigo de A. Castro, Diogo J. Palhares, Marair Gracio Ferreira Sartori, Manoel João Batista, Castello Girão.

UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. Março de 2006.

Disponível em <http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/23>. Acessado em 05/01/2009.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência, em recente publicação define incontinência urinária como sendo toda perda involuntária de urina. A incontinência urinária de esforço, a sua forma mais comum, é toda perda de urina que ocorre em decorrência de algum esforço físico como, por exemplo, pular, correr, tossir. O efeito na qualidade de vida e o impacto social e higiênico ainda devem ser mensurados, apesar de não fazerem parte do conceito (1). Para tanto, é importante a realização de anamnese bem conduzida, que identifica os sintomas e sua relação com a vida social e higiênica da paciente. Da mesma maneira, o exame físico bem conduzido auxiliará o clínico a identificar a perda urinária, classificá-la e identificar fatores associados, como distopias genitais, que deverão ser corrigidas conjuntamente.

ANAMNESE

A avaliação da incontinência urinária começa com a anamnese. Muitas mulheres não a relatam espontaneamente, acreditando que a perda urinária é esperada com o evoluir da idade (5). Portanto, queixas urinárias devem ser indagadas, a intensidade dos sintomas deve ser referida e a linguagem utilizada deve ser clara. Deve-se investigar os sintomas urinários como demonstrado abaixo:

1. Sintomas referentes à fase de enchimento vesical: perda urinária durante o esforço, urgência miccional, urge-incontinência, perda de urina durante a relação sexual, enurese, noctúria, aumento da frequência.
2. Sintomas referentes ao esvaziamento anormal: esforço para iniciar a micção, hesitação, sensação de esvaziamento incompleto, jato urinário fraco e gotejamento terminal.
3. Sintomas referentes à sensação anormal: sensação de enchimento vesical normal, aumentada, reduzida ou ausente.

Sintomas associados ao coito como dispareunia, ressecamento vaginal e incontinência devem ser questionados. É importante caracterizar se a perda de urina se dá durante a penetração, no intercurso ou no orgasmo. Da mesma forma deve-se pesquisar incontinência de gases e fezes, já que a associação com a incontinência urinária é freqüente.

Os hábitos devem ser questionados, pois interferem no processo da doença. Assim, uma mulher que ingere grandes quantidades de líquido à noite, antes de deitar, terá uma percepção maior de um quadro de bexiga hiperativa, do que aquela que não o faz.

De grande importância é a pesquisa do uso de fármacos, pois muitos deles podem influenciar a atividade fisiológica da bexiga e uretra (6). Portanto, pacientes que usam drogas, como cardiopatas, hipertensas, diabéticas, psicopatas, neuropatas e outras, devem obedecer a rigoroso interrogatório.

No interrogatório inicial, deve-se atentar para a paridade da paciente, pois pacientes virgens e nulíparas podem apresentar queixas urinárias como sintomas iniciais de neuropatias centrais ou periféricas. O mesmo pode ocorrer com pacientes diabéticas.

Sabendo-se que os aspectos sociais, psíquicos e sexuais influem diretamente na percepção individual do processo da doença, deve-se aplicar o questionário de qualidade de vida em uroginecologia às pacientes com queixas de incontinência urinária, não só como um método auxiliar durante o diagnóstico, mas como controle de satisfação da terapia que será instituída.

EXAME GINECOLÓGICO

O objetivo do exame clínico é reproduzir e caracterizar a perda urinária, descartar a presença de distúrbios neurológicos, avaliar a integridade do assoalho pélvico e excluir outras afecções pélvicas. Deve ser realizado em ambiente tranquilo e com boa iluminação sobre a vulva e períneo. Procedese à inspeção da vulva, seguida do exame especular e toque bimanual. Deve-se investigar:

1. Presença de dermatite amoniacal: indica gravidade do caso;
2. Sinais de hipoestrogenismo: mucosa fina e friável, estenose de fôrnices vaginais, diminuição da rugosidade. Sabe-se que o hipoestrogenismo pode determinar ou agravar a incontinência urinária de esforço.
3. Manobra de esforço: a paciente deve realizar manobra de esforço, como tossir, com a bexiga confortavelmente cheia, e após esvaziamento vesical. A perda de urina sincrônica ao esforço evidencia a incontinência de esforço e descarta a incontinência urinária extra-uretral. Perda de urina assincrônica à manobra de esforço, sugere hiperatividade vesical. A perda urinária até 20 minutos após esvaziamento completo da bexiga é altamente sugestiva de incontinência urinária por defeito esfinteriano (7). Saliente-se que, caso não ocorra perda de urina com a paciente em posição ginecológica, deve-se repetir o esforço em posição ortostática com bexiga cheia.
4. Presença de distopias genitais: pode haver associação entre prolapso genital e incontinência urinária. É relativamente freqüente a associação de prolapso uterino ou distopia de parede vaginal anterior com a incontinência urinária de esforço e a bexiga instável (8). No entanto, o grau de prolapso genital não se associa à intensidade nem ao tipo de perda urinária. Em relação ao prolapso uterino, sabe-se que a incontinência urinária é menos freqüente à medida que há aumento do grau de prolapso (9).

O prolapso genital deve ser avaliado segundo a classificação da Sociedade Internacional de Continência (ICS) e a Sociedade dos Cirurgiões Ginecológicos (10), na qual se definem dois pontos de referência na parede vaginal anterior (ponto Aa e Ba), dois pontos na parede vaginal posterior (ponto Ap e Bp) e dois pontos na parede superior da vagina (ponto C e D):

A relação entre esses pontos e o plano imaginário que passa pelo hímem determinará o estágio do prolapso:

Estágio 0: não há prolapso.

Estágio 1: o ponto de maior prolapso está localizado a 1 cm acima do hímem.

Estágio 2: o ponto de maior prolapso está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímem.

Estágio 3: o ponto de maior prolapso está localizada mais de 1 cm abaixo do hímem, porém não se desloca mais que o comprimento total da vagina menos 2 cm.

Estágio 4: eversão completa. A porção mais distal do prolapso se desloca, no mínimo, o comprimento total da vagina menos 2 cm.

*Essa classificação está detalhada no capítulo "Distopias genitais"

5. Teste do cotonete (Q-tip test): consiste na introdução de um cotonete estéril lubrificado com gel anestésico na uretra. Durante a manobra de Valsalva, afere-se a medida do ângulo formado pelo cotonete e o eixo horizontal. Alteração acima de 30° indica hiper mobilidade do colo vesical. Tem baixa especificidade e sensibilidade para o diagnóstico da incontinência urinária, não tendo mais utilidade prática.

6. Teste de Bonney e Marshall-Marchetti – consiste em observar a interrupção da perda urinária ao esforço após elevação da junção uretro-vesical pelos dedos indicador e médio do examinador (teste de Bonney) ou por duas pinças de Allis (Teste de Marshall-Marchetti). Inicialmente idealizado para

identificar se o reposicionamento do colo vesical corrigiria a incontinência urinária Foi abandonado, pois verificou-se que, durante o teste, a perda urinária é interrompida pela compressão da uretra ou pela simulação da função dos ligamentos da parede vaginal anterior (12).

7. Exame neurológico – doenças neurológicas podem se iniciar com perda do controle vesical. Deve-se avaliar a marcha, o equilíbrio, a força e os reflexos dos membros inferiores, bem como a sensibilidade do períneo. Apesar de estar ausente em 20% das pacientes neurologicamente normais, o reflexo sacral deve ser pesquisado:

-reflexo bulbocavernoso - ao estimular o clitóris, há contração do músculo bulbocavernoso.

-reflexo anocutâneo - ao estimular a pele próxima ao ânus, há contração do esfíncter anal.

8. Avaliação funcional do assoalho pélvico – Proporciona a noção da capacidade de contração do assoalho pélvico, bem como a manutenção dessa contração na vigência de exercício físico. Tem importância clínica no tratamento conservador da incontinência urinária, por facilitar o manejo terapêutico. Deve-se avaliar a força de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico e o tônus do esfíncter do ânus. Entre as técnicas de avaliação do assoalho pélvico, aquela descrita por Ortiz (13), mostra-se simples e de fácil execução durante o exame ginecológico: ao exame vaginal, solicita-se à paciente que contraia e mantenha a contração dos músculos perineais ao redor do dedo do examinador. Assim, gradua-se a capacidade de contração dessa musculatura, avaliando-se de modo mais objetivo a função muscular do assoalho pélvico:

grau 0: sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação;

grau 1: função perineal objetiva ausente, reconhecida somente à palpação;

grau 2: função perineal objetiva débil, reconhecida à palpação;

grau 3: função perineal objetiva e resistência opositora, não mantida à palpação;

grau 4: função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos.

9. Teste do absorvente (Pad-test) - Oferece a possibilidade de avaliar objetivamente a perda urinária. É particularmente importante quando há dificuldade em correlacionar a intensidade dos sintomas com os resultados do estudo urodinâmico. Também é útil para monitorizar efeitos terapêuticos de tratamentos clínicos. Consiste na colocação de protetor (absorvente), com seu peso previamente aferido, junto ao meato uretral externo. A seguir, solicita-se à paciente que faça manobras de esforço, após as quais o protetor é retirado e seu peso novamente aferido. A diferença nos pesos caracteriza a perda de urina. O teste pode ser ambulatorial (de curta duração), ou domiciliar (de longa duração).

O teste domiciliar é mais sensível, porém, tem maiores dificuldades de padronização. É realizado com a paciente em seu domicílio, exercendo suas atividades rotineiras e usando o protetor por 24 ou 48 horas. O volume de líquido ingerido e as micções devem ser anotados. Os protetores são guardados em um saco plástico e pesados ao final do período considerado. Aumentos de peso entre 5,5 e 8 gramas em 24 horas são considerados normais.

O teste ambulatorial é mais reprodutível, porém tem menor sensibilidade. Em 1983, a Sociedade Internacional de Continência recomendou o teste de 1 hora da seguinte forma: coloca-se o protetor e a paciente ingere 500 ml de líquido sem sódio em 15 minutos. Nos primeiros 30 minutos, a paciente anda, sobe e desce um lance de escada.

Depois, levanta da posição sentada por 10 vezes, tosse vigorosamente por 10 vezes, corre no mesmo lugar por 1 minuto, agacha-se por 5 vezes e lava a mão em água corrente por 1 minuto. Ao final de 1 hora, o protetor é retirado e pesado. Aumento de peso maior que 1 grama é considerado como incontinência urinária.

Na UNIFESP-EPM realizamos o teste ambulatorial simplificado de 20 minutos: esvazia-se a bexiga com sonda uretral e infunde-se 250 ml de água destilada. A padronização do volume vesical permite uma avaliação mais confiável da incontinência urinária (Lose et al, 1988). Retira-se a sonda e coloca-se o protetor. Em seguida, a paciente deve tossir, agachar-se, pular, dobrar-se, subir e descer escadas por 10 vezes; lava a mão em água corrente por 1 minuto e anda por mais 10 minutos. Em seguida, remove-se o protetor e afere-se o seu peso. Aumento superior a um grama indica incontinência urinária.

BIBLIOGRAFIA

01. Abrams P, Cardozol L, Fall M Griffiths D, Rosier P, Ulmstein U, Kerrebroeck PV, Victor A, wein A.- The standardization of terminology in Lower urinary Tract Function: Report from standardization Sub-Committee of the International Continence Society. *Urology* 2003, 61:37-49.
02. Jeffcoat, TNA; Roberts, H – Observations on stress incontinence of urine. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 64: 721-38, 1952.
03. Green TH- Urinary stress incontinence diferencial diagnosis, pathophysiology and management. *Am. J. Obstet Gynecol* 122:368, 1975.
04. Mcguire, E; Lytton, B; V; Kohorn, EI- Stress urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.*, 47:255-63, 1976.
05. Newman DK – causes of incontinence and identification of risk factors in: *K Managing treating urinary and incontinence – 1a ed* Baltimore-Health Professions Press 2002; p 29-51.
06. Ostergard DR – Effect of drugs on the lower urinary tract. In: Ostergard D.R. & Bent A.E.(eds). *Urogynecologic and Urodynamics: Theory and Practice*. Baltimore, Willins & Wilkins, 1985. p.213.
07. Lobel, RW; Sand, PK – The empty supine stress test as a predictor of intrinsic urethral sphincter dysfunction. *Obstet. Gynecol.*, 88: 128-32,1996.
08. Rozenzweig BA- Severe genital prolapse and its relationship to detrusor instability. *Int. Urogynecol. J*, 6:86, 1995.
09. Sartori, JP; Sartori M.G.F; Girão, M. J. B.C., et al- queixas urinárias segundo o grau de prolapso uterino. *Anais do “IV Congresso Latinoamericano de Uroginecologia y Cirurgia vaginal”* , Vitória, Espírito Santo, Brasil, p.9, 1995.
10. Bump RC, Mattiasson A, BO K, et al- The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 175:10-7, 1996.
11. Montz FJ; Stanton SL- Q-tip test in female urinary incontinence. *Obstet. Gynec.*, 2 258, 1986.
12. Myiazaki SF- The Bonney test- a reassessment. *Am J. Obstet Gynecol* 177(6); 1322-8; discussion 1328-9, 1997 dec.
13. Ortiz, OC et al- valoración dinámica de la disfunción perineal de clasificación. *Boletim de La Sociedad Latino Americana de Uroginecologia y Cirurgia Vaginal*, 1 (2):7-9, 1994.
14. Bergman A, McKenzie CJ, Richmond J et al.- transrectal ultrasound versus cystografy in the evaluation of anatomical stress urinary incontinence. *J. Br. Urol.*, 62:228, 1988.
15. Endo RM, Oliveira LM, Sartori MGF et al- Estudo comparativo entre os diagnósticos clínico e urodinâmico em pacientes na pós-menopausa. Análise de 110 casos. *Anais do IV Congresso Latinoamericano de uroginecologia e cirurgia vaginal*. Vitória, Brasil, 1995b.