

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA

Nadiessa Dorneles Almeida
Aline Valduga
Sara Kvitko de Moura
Lucas Schreiner
Carla Helena Augustin Schwanke
Thaís Guimarães dos Santos

UNITERMOS

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA/terapia; BEXIGA URINÁRIA HIPERATIVA.

KEYWORDS

URINARY INCONTINENCE, URGE/therapy; URINARY BLADDER, OVERACTIVE.

SUMÁRIO

Esta revisão bibliográfica visa abordar o tratamento da incontinência urinária de urgência. Serão abordadas técnicas comportamentais, eletroestimulação, tratamento farmacológico e toxina botulínica.

SUMMARY

This bibliographic review aims to address the treatment of urgency urinary incontinence. We'll approach behavioral techniques, electrostimulation, pharmacological treatment and botulinum toxin.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é um problema de saúde comum entre as mulheres. Estima-se que mais de 200 milhões de mulheres no mundo convivam com esta doença, que impõe limitações nas atividades diárias e na qualidade de vida das pacientes acometidas.^{1,2} De acordo com os sintomas, a incontinência urinária pode ser classificada principalmente em: aos esforços (IUE), de urgência (IUU) e mista (IUM).⁴

A IUU é a perda involuntária de urina associada a um desejo súbito de urinar. Pode ocorrer espontaneamente ou ser desencadeada por situações como mudança súbita de temperatura, estresse emocional, emoções fortes e situações de perigo.³

Uma vez estabelecida a queixa de IUU, medidas conservadoras constituem a primeira linha de tratamento.⁴

Para fins didáticos, a abordagem terapêutica será dividida em: primeira linha (técnicas comportamentais), segunda linha (tratamento de eletroestimulação e farmacológico) e terceira linha (toxina botulínica).

TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA (MEDIDAS COMPORTAMENTAIS)

O melhor tratamento da incontinência urinária é o menos invasivo e que possibilite satisfação às pacientes.⁶

Medidas comportamentais são consideradas a primeira linha para o tratamento de IUU, com base na sua segurança e eficácia. As técnicas são muitas vezes combinadas: modificações no estilo de vida, retreinamento vesical, fortalecimento da musculatura pélvica e biofeedback.^{5,8} As principais estão descritas abaixo:

Redução das xantinas, tabagismo e orientação de ingesta hídrica: evitar substâncias como cafeína, chás, chimarrão (efeito diurético), nicotina e álcool, podem auxiliar na melhora dos sintomas. A paciente também deve ser orientada a reduzir a ingesta excessiva de líquidos, principalmente no período noturno.⁸

Hábito miccional: orientar a mulher a manter um hábito miccional com intervalos de 2 a 3 horas evita o aumento excessivo da capacidade vesical ao mesmo tempo em que restabelece o funcionamento normal da bexiga.⁴

Exercícios de reforço da musculatura pélvica: consiste na contração da musculatura do assoalho pélvico (Kegel, 15 contrações, três séries por dia), que pode ser ensinada para a paciente durante o exame físico (palpação da musculatura durante uma contração). Na Unidade de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia do HSL-PUCRS, em um estudo com pacientes que realizaram os exercícios de reforço da musculatura do assoalho pélvico, foi descrito 62 % de satisfação na incontinência urinária sem prolapso. Após seis semanas de tratamento já foi possível observar melhora, com resultado final em três meses.⁴

Biofeedback: consiste na detecção, através de eletrodos, da atividade eletromiográfica da contração do assoalho pélvico. Essa atividade será percebida pela paciente como um sinal auditivo ou visual. O objetivo desta técnica é o controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico. É uma terapêutica que requer equipe treinada, aparelhagem e capacidade de entendimento da paciente.

TRATAMENTO DE SEGUNDA LINHA

A terapia farmacológica é a primeira ou segunda escolha após a falha ao manejo inicial da IUU. Na Unidade de Uroginecologia do Serviço de Ginecologia do HSL-PUCRS, a eletroestimulação de nervo tibial muitas vezes é a primeira escolha como segunda linha, utilizada na falha do tratamento conservador especialmente em idosas, pois é um método não invasivo, de baixo custo, fácil acesso e que, principalmente, apresenta parafefeitos mínimos e não interage com os medicamentos usados pela paciente. Tal fator é muito importante uma vez que a IUU é mais prevalente nas idosas e os medicamentos utilizados podem agravar doenças pré-existentes.^{4,9}

A atrofia genital está usualmente relacionada à menopausa e pode vir acompanhada de sintomas urinários. As terapias hormonais orais não são recomendadas com intuito de melhorar os sintomas urinários. Entretanto, o uso de estrogênio tópico em pacientes com atrofia urogenital é indicado nas pacientes com IUU ou IUM e pode inclusive estar associado ao tratamento de primeira linha.^{5,9}

Tratamento medicamentoso

As drogas de escolha para o tratamento medicamentoso da IUU são os agentes anticolinérgicos e antidepressivos tricíclicos (imipramina). Apesar de pertencerem a classes farmacológicas diferentes, ambas as drogas visam bloquear os receptores muscarínicos da bexiga devido a sua propriedade anticolinérgica, suprimindo ou diminuindo a intensidade das contrações involuntárias do detrusor.⁶

A limitação dessas drogas são seus efeitos colaterais. Eles ocorrem devido a inibição dos receptores muscarínicos de outros órgãos, que incluem diminuição da salivação, diminuição da secreção gástrica, constipação, náuseas, cefaléia, sonolência, tonturas, turvação visual, além de distúrbios cognitivos, como o déficit de memória. Isso explica a elevada taxa de abandono do tratamento medicamentoso. Metade das mulheres que iniciam o uso da medicação descontinuam o tratamento em seis meses, e três em cada quatro mulheres interrompem a terapia durante o primeiro ano de uso.⁷

Em pacientes idosas, antimuscarínicos devem ser iniciados com a menor dose possível, que será ajustada conforme necessário.⁸

As principais drogas utilizadas para o tratamento da IUU são (Quadro 1):

Oxibutinina: atualmente é o fármaco de escolha para IUU após falha do manejo inicial. Embora o efeito local seja importante, é preciso atentar para os parafefeitos da medicação que, muitas vezes, limitam seu uso. Deve-se iniciar o tratamento com doses baixas para tentar controlar os efeitos adversos.⁴ Alguns estudos mostram até 80% de abandono do tratamento devido a não tolerância à medicação. A oxibutinina de liberação lenta é melhor tolerada do que a oxibutinina de liberação imediata, especialmente por apresentar menos

sintomas adversos. Ela apresenta índices de descontinuação do tratamento bem inferiores (até 10%) aos da medicação convencional. Seu uso está associado à melhora dos sintomas em até 80% dos pacientes.⁸ A oxibutinina transdérmica não apresenta primeira passagem hepática tendo, por isso, menos efeitos adversos além de apresentar resultados semelhantes ao da oxibutinina convencional.⁶

Tolterodina: é uma medicação com ação seletiva na bexiga. Sua eficácia é semelhante a da oxibutinina, com melhor tolerância ao tratamento.⁴ O custo elevado da medicação ainda é um fator limitante para seu uso no Brasil.

Tropium, Darifenacin e Solifenacin: são medicações antimuscarínicas específicas para receptores M₃ - prevalentes na bexiga. Foram desenvolvidas com o intuito de diminuir os efeitos adversos e facilitar a posologia, aumentando assim a aderência ao tratamento. Todas apresentam bons resultados. O alto custo ainda é um limitante ao uso destas medicações.⁸

Quadro 1 - Drogas utilizadas para o tratamento.

Drogas	Agentes	Doses	Contra indicações	Principais efeitos adversos
Anticolinérgicos e Antiespasmódicos	Oxibutinina	5-20mg/dia (dividido em até 4 doses diárias).	Glaucoma, obstrução vesical e/ou intestinal, colite e miastenia gravis.	Xerostomia, disfagia, visão borrada, diarreia, náusea e cefaléia. <u>Obs:</u> A Oxibutinina de liberação lenta e a Oxibutinina transdérmica apresentam menos efeitos adversos, sendo melhor toleradas.
	Oxibutinina de liberação lenta	5-15mg/dia (uma dose diária).		
	Oxibutinina transdérmica	3,9mg/dia (duas doses semanais).		
	Tolterodina	2-4mg/dia (dividido em duas doses diárias)		
Antimuscarínicos M3 seletivos	Tropium,	20mg/dia	Obstrução vesical.	Efeitos adversos mínimos, devido a especificidade dos receptores M3(prevalentes na bexiga).
	Darifenacin	7,5-15mg/dia		
	Solifenacin	5-10mg/dia		
Antidepressivos tricíclicos	Imipramina	10-75mg/ dia	Glaucoma, distúrbios psiquiátricos do tipo mania, doenças cardiovasculares.	Xerostomia, constipação, taquicardia, visão turva, sudorese, cefaléia, desconforto epigástrico.

Eletoestimulação

Para tratamento da IUU são propostas três tipos de eletroestimulação: tibial, sacral e transvaginal.

Na eletroestimulação transvaginal, temos como objetivo inibir a musculatura vesical, diminuindo as contrações e aumentando o tônus do esfíncter uretral estriado, estimulando as fibras de contração lenta. O eletrodo introduzido dentro da vagina e tem sua intensidade ajustada conforme a tolerância da paciente.⁹

A eletroestimulação transcutânea do nervo tibial é feita através da estimulação de suas áreas periféricas, transmitindo impulsos para os nervos sacrais que reflexamente neuromodulam a atividade vesical especialmente através do terceiro nervo sacral. Um ensaio clínico randomizado realizado com 51 pacientes com mais de 60 anos, com incontinência urinária de urgência, comparando exercícios de reforço da musculatura perineal e retreinamento vesical com eletroestimulação do nervo tibial posterior mostrou melhora dos sintomas ou cura em 68% nos casos versus 34,6% nos controles.⁹

A eletroestimulação sacral é realizada através da utilização de um neuromodulador implantável, adjacente a raiz de S3, produzindo pulsos elétricos leves estimulando continuamente os nervos sacrais do trato urinário baixo. É considerado um método invasivo e ainda experimental.⁹

A eletroestimulação de nervo tibial tem como vantagens a baixa incidência de efeitos colaterais e o fato de ter apenas uma contra-indicação, que é o uso de marcapasso.⁹

TRATAMENTO DE TERCEIRA LINHA

Toxina butolínica: Nos últimos anos, a toxina botulínica vem surgindo como opção para o tratamento de algumas disfunções do trato urinário, dentre elas a IUU. Seu mecanismo de ação consiste em causar paralisia flácida ao ser injetada no músculo, inibindo a ação da acetilcolina nas junções colinérgicas pré sinápticas. Seu efeito é transitório e dose dependente.^{8,10}

Seu uso deve ser reservado para pacientes refratárias aos tratamentos de primeira e segunda linha. As contra-indicações relativas ao uso dessa terapêutica incluem uso de aminoglicosídeos, neuropatia motora periférica e doenças neuromusculares como a miastenia gravis.¹⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento ideal para a IUU ainda não está estabelecido. É importante individualizar os casos e personalizar o tratamento, levando em consideração o perfil da paciente e, em especial, suas comorbidades.

É fundamental ressaltar que o melhor tratamento para a incontinência urinária de urgência é aquele com poucos efeitos adversos, minimamente invasivo, de baixo custo e que possibilite, acima de tudo, satisfação e melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *The Lancet* 2006; 367: 57-67.
2. Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aus N Zeal J Obstet Gynecol* 2005; 45:226-32.
3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010; 29(1): 4-20
4. Santos TG dos, & Schreiner L. Incontinência Urinária. In: *Manual de Ginecologia*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p. 109-26.
5. Pellicoli MFA, Schreiner L, Carvalho EZ, Dos Santos TG. Tratamento Conservador da Incontinência Urinária Feminina. *Acta Médica*; 2006. p.600-9. v.1
6. Rosenberg MT, Dmochowski RR. Overactive bladder: Evaluation and management in primary care. *Cleve Clin J Med*. 2005 Feb;72(2):149-56.
7. Manish Gopal, MD, Kevin Haynes, PharmD, Scarlett L. Bellamy, ScD, and Lily A. Arya, Discontinuation Rates of Anticholinergic Medications Used for the Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms. *Obstet Gynecol* 2008;112(6):1311.
8. DuBeau CE. Treatment of urinary incontinence. [Literature review current through: 2013 Jul; updated 2012 Nov 02; cited 2013 Aug 06]. In: *UpToDate* [database on Internet]. Release: 21.6 - C21.96. Waltham (MA): Wolters Kluwer, Ltd. c1992 - . Available from: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-urinary-incontinence? Eng Topic 6881 Version 25.0>.
9. Schreiner L, Santos, TG dos, Knorst MR, et al. Randomized trial of transcutaneous tibial nerve stimulation to treat urge urinary incontinence in older women. *Int Urogynecol J*. 2010 Sep;21(9):1065-70.