

# INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

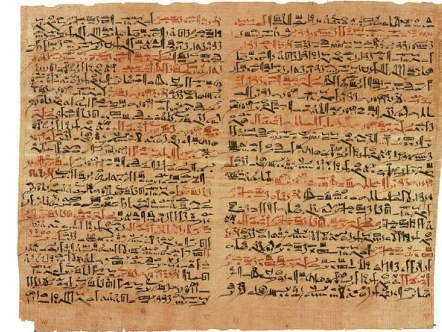
**Dr. André Barcelos**  
**Dr.ª Ana Cebola**  
**Dr. João Varregoso**

**Serviço de Urologia**  
**Director: Dr. Carrasquinho Gomes**

# Introdução Histórica

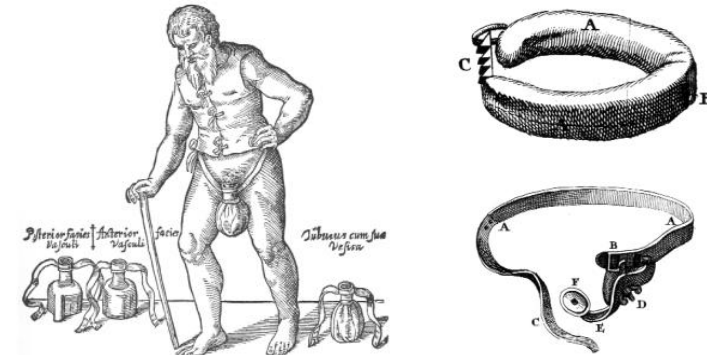
## □ 1ª descrição Incontinência Urinária

- 1700 AC – Antigo Egito
  - Papiro de Smith



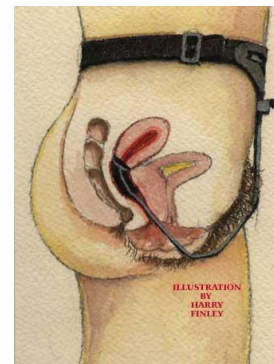
## □ Causas mais comuns

- Traumas pavimento pélvico – partos
- Lesões medulares pós traumáticas



## □ Terapêutica

- “Mel e petróleo para empurrar o útero para dentro”
- Plicatura de Kelly – Howard Kelly, 1913
  - 1ª correção cirúrgica eficaz IU



# Incontinência Urinária

## International Continence Society (ICS)

Perda involuntária de urina pelo meato uretral que representa um problema higiênico e social para o doente

**Sintoma  $\neq$  Patologia**

# Incontinência Urinária

## □ Muito prevalente!

♀ 20 – 39 anos	♀ 40 – 59 anos	♀ 60 – 79 anos	♀ > 80 anos
6.9%	17.2%	23.3%	31.7%

2005-2006 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), Nygaard et al

- 50-70% não relatam queixas
  - 6-9 anos até procurarem apoio médico
  - 50-84% dos idosos residentes em Lares ou UCC
- 
- 2 vezes mais frequente em ♀
  - ↓ Qualidade de Vida
    - Autoestima, Ansiedade, Embaraço, etc..
  - ↑ Custos na Saúde
    - \$12.2 bilhões/ano (EUA)

# Fisiologia da Micção

## □ Processos Fisiológicos

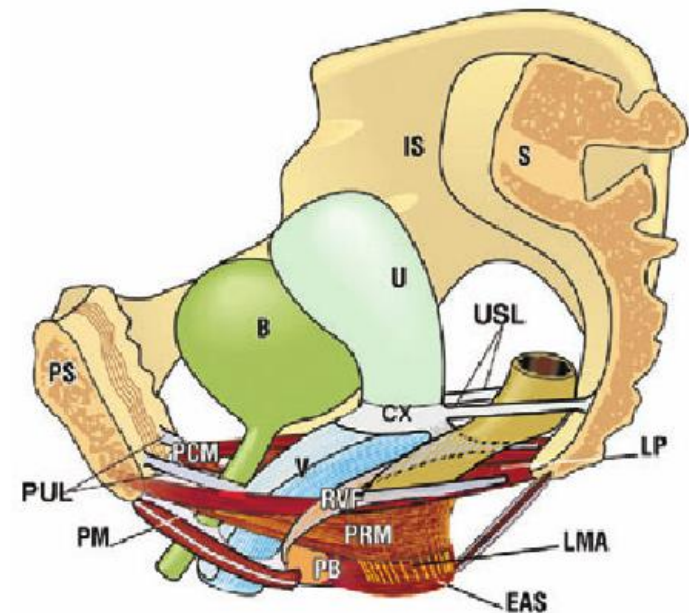
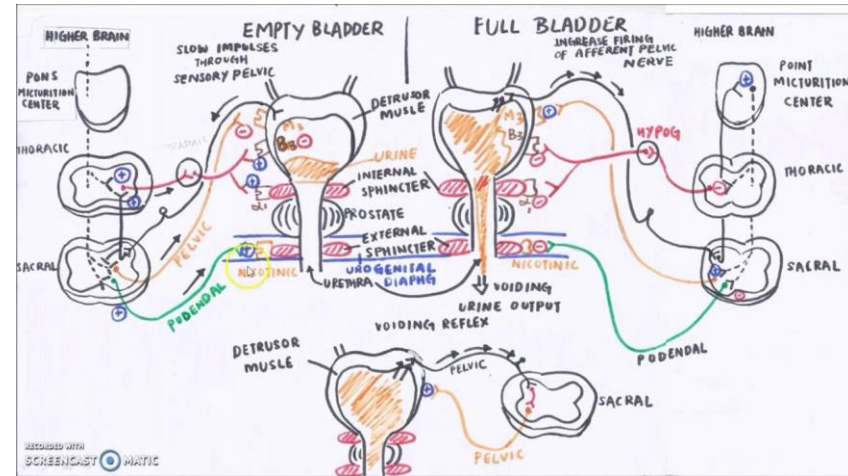
### ▣ Integridade Neurológica

- Núcleos da Ponte
- Vias aferentes e eferentes
- Neurotransmissores
- Receptores Detrusor
  - $\alpha 1$ ,  $\beta 3$  e M3

## □ Processos Funcionais

### ▣ Integridade Anatomia Pavimento Pélvico

- Órgãos Pélvicos
- Ligamentos Pélvicos
- Musculatura Pélvica



# Teorias Funcionais

Conceito do Colo Vesical aberto  
Howard Kelly, 1913

Conceito de Hiper mobilidade Cérvico-Uretral  
Victor Bonney, 1923

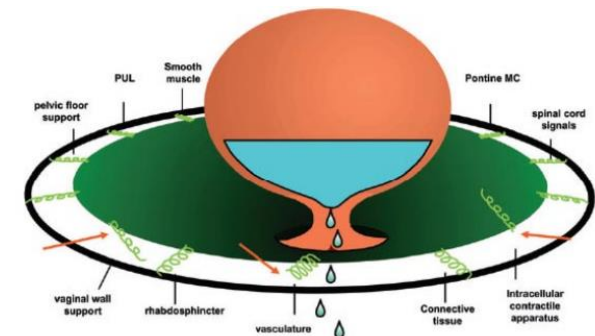
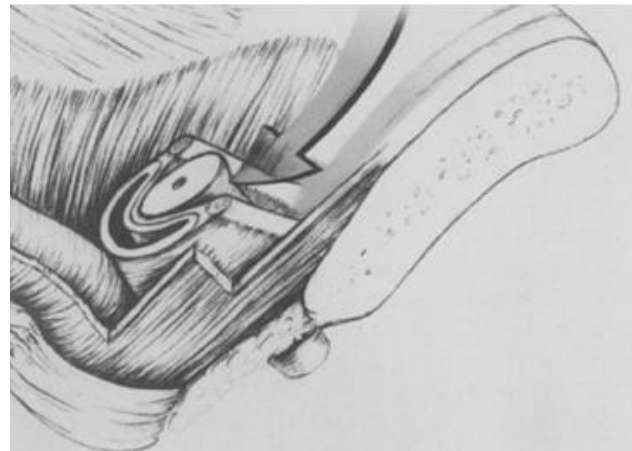
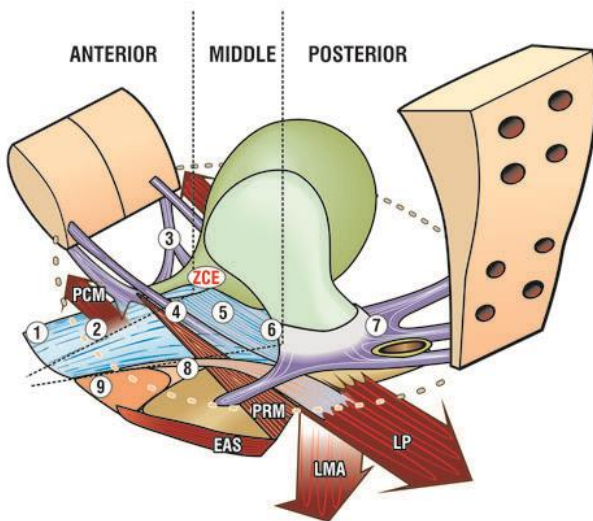
Conceito da transmissão da pressão intra-abdominal  
Enhoring, 1961

Conceito da Deficiência Intrínseca do Esfincter  
E. McGuire, 1977

**Teoria Integral**  
Papa Petros, 1990

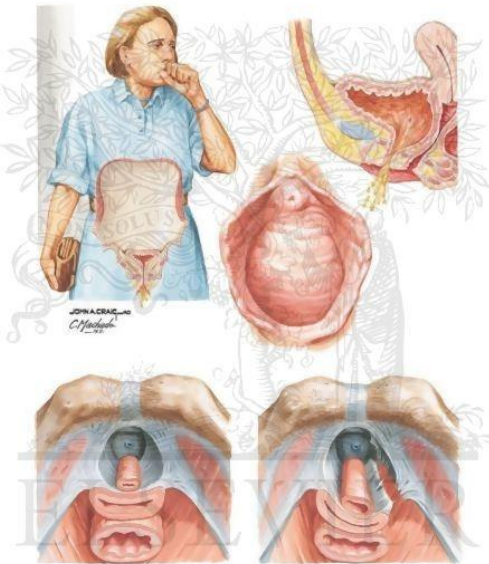
**Teoria do “Hammock”**  
John Delancey, 1994

**Teoria do Trampolim**  
Daneshgari, 2006



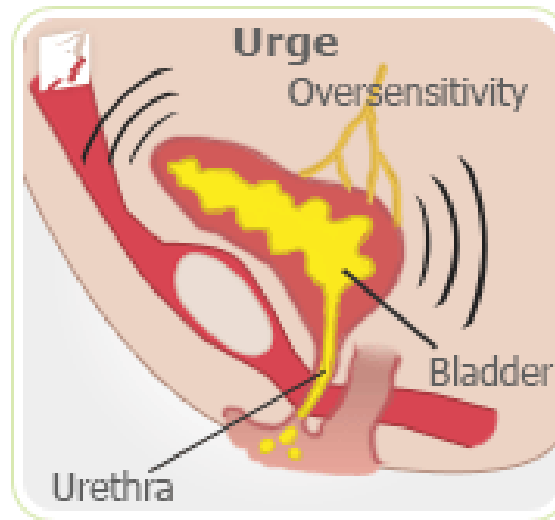
# Incontinência Urinária

## Incontinência de Esforço

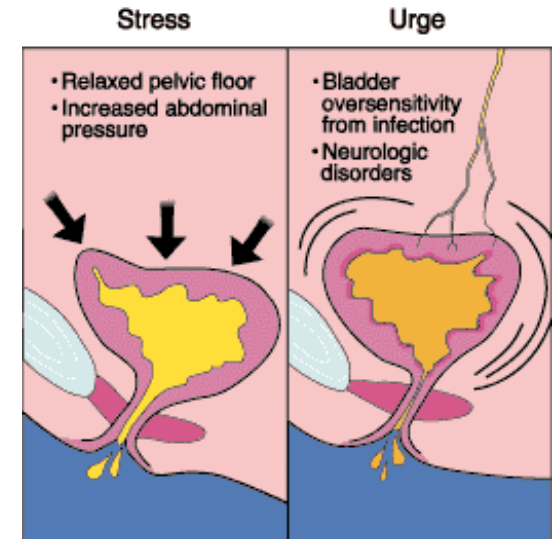


© ELSEVIER, INC. - NETTERIMAGES.COM

## Incontinência de Urgência



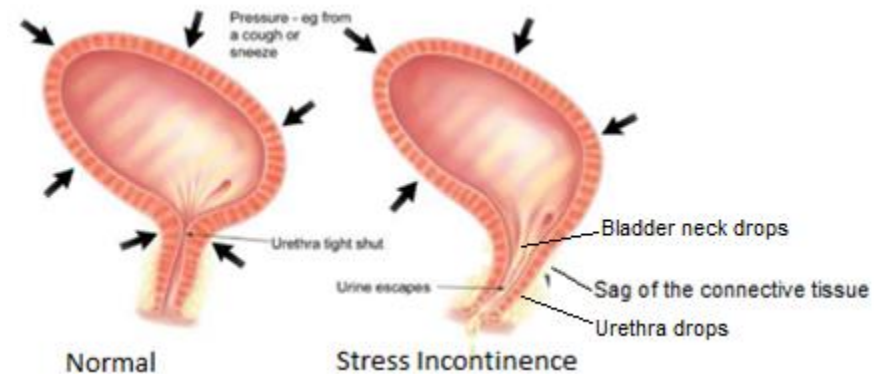
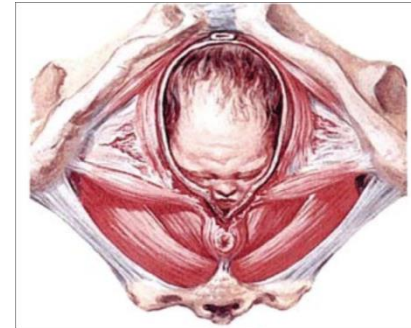
## Incontinência Mista



# Incontinência de Esforço

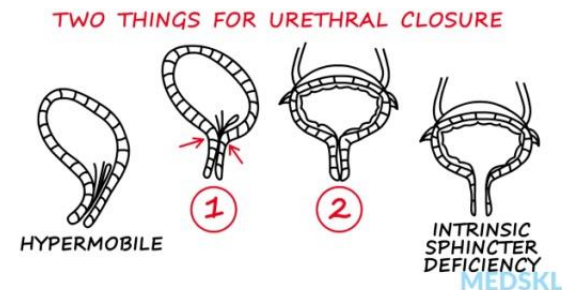
## □ Hiper mobilidade da Uretra

- Mais comum
- Partos múltiplos
- Trauma ou Cirurgias Pélvicas
- Estrogénio!



## □ Deficiência Intrínseca do Esfincter

- Trauma ou Cirurgias Pélvicas
- RT ou lesão neurológica
- Estrogénio!



# Incontinência de Urgência

## □ Hiperatividade do detrusor

### □ Iniciação prematura do reflexo da micção

- Sensibilidade mais elevada à actividade neurológica

### □ Baixa compliance vesical

- Cistite Intersticial, Cistite Rádica

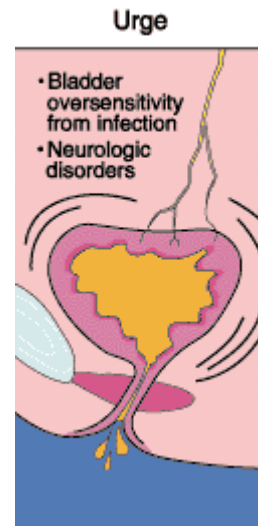
### □ Irritativas

- ITU, Neoplasia Bexiga, Litíase Vesical

### □ Neuromusculares

- AVC, Lesões corticais e medulares, Patologia Neurodegenerativa, Neuropatia Diabética

### □ Idiopático



# Anamnese

- Factores de Risco
  - ▣ Obesidade
  - ▣ Idade
    - Menopausa
  - ▣ Doenças Crónicas
    - DM, DPOC, Obstipação
  - ▣ Cafeína e Tabaco (??)
  - ▣ Exercício físico intenso (??)
- Factores precipitantes e sintomas associados
  - ▣ Tosse, espirro, esforço físico
  - ▣ Urgência, disúria, história da ITU's
  - ▣ Prolapsos Orgãos Pelvicos
    - 40% tem queixas IUE
- Quantidade e frequência dos episódio de IU
- História obstrétrica, de traumas e cirurgias pélvicas
- Fármacos

**Gerir expectativas da doente**

**Explicar riscos e benefícios da intervenção terapêutica**

# Anamnese

## Questionários validados

Table 2. Urogenital Distress Inventory-6 (Uebersax et al., 1995)

Do you experience, and if so, how much are you bothered by...	Not at all	Slightly	Moderately	Greatly
Frequent urination	0	1	2	3
Leakage related to feeling of urgency	0	1	2	3
Leakage related to physical activity, coughing, or sneezing	0	1	2	3
Small amounts of leakage (drops)	0	1	2	3
Difficulty emptying bladder	0	1	2	3
Pain or discomfort in lower abdominal or genital area	0	1	2	3

### Urinary Distress Inventory (UDI) - 6

Do you experience, and if so, how much are you bothered by:	Not at all	Slightly	Moderately	Greatly
Frequent urination?	0	1	2	3
Urine leakage related to the feeling of urgency?	0	1	2	3
Urine leakage related to physical activity, coughing, or sneezing?	0	1	2	3
Small amounts of urine leakage (drops)?	0	1	2	3
Difficulty emptying your bladder?	0	1	2	3
Pain or discomfort in the lower abdomen/genital area?	0	1	2	3
<b>Has urine leakage or prolapse affected your:</b>	<b>Not at all</b>	<b>Slightly</b>	<b>Moderately</b>	<b>Greatly</b>
Ability to do household chores?	0	1	2	3
Physical recreation such as walking, swimming, or other exercise?	0	1	2	3
Entertainment activities (movies, concerts, etc)?	0	1	2	3
Ability to travel by car or bus more than 30 minutes from home?	0	1	2	3
Participation in social activities outside your home?	0	1	2	3
Emotional health (nervousness, depression, etc)?	0	1	2	3
Feeling frustrated?	0	1	2	3

### Incontinence Impact Questionnaire (HQ) - 7

APPENDIX - ICIQ - SF in Portuguese.

**ICIQ-SF EM PORTUGUÊS**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Hoje: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficariamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**.

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino  Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca  0  
 Uma vez por semana ou menos  1  
 Duas ou três vezes por semana  2  
 Uma vez ao dia  3  
 Diversas vezes ao dia  4  
 O tempo todo  5

4. Gostariamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)

Nenhuma  0  
 Uma pequena quantidade  2  
 Uma moderada quantidade  4  
 Uma grande quantidade  6

5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não interfere Interfere muito

**ICIQ Score: soma dos resultados 3+4+5 = \_\_\_\_\_**

6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).

Nunca   
 Perco antes de chegar ao banheiro   
 Perco quando tusso ou espirro   
 Perco quando estou dormindo   
 Perco quando estou fazendo atividades físicas   
 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo   
 Perco sem razão óbvia   
 Perco o tempo todo

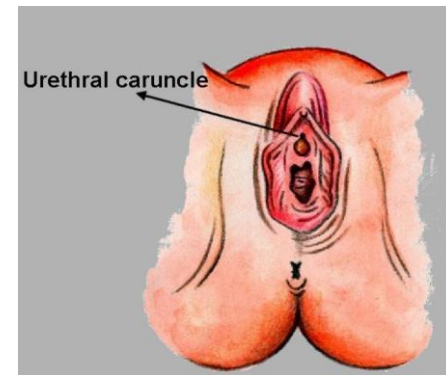
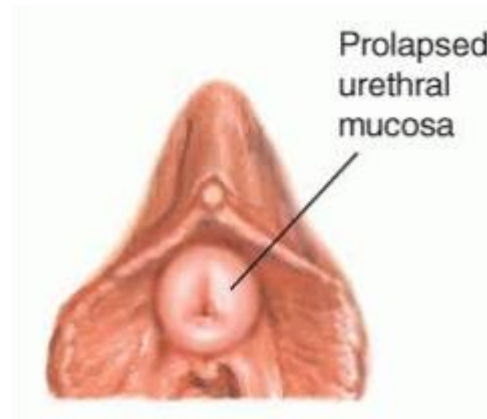
"Obrigado por você ter respondido as questões"

### Incontinence Quality of Life (IQoL) Questionnaire

# Exame Objectivo

## □ Uretra

- Carúncula
- Prolapso uretral
- Posição
- Suporte
- Fístulas



## □ Vulva e Períneo

- Atrofia
- Dermatite
- Integridade do Períneo



# Exame Objectivo

## □ Uretra

### □ “Stress Test”

- Tosse ou manobra de valsalva

### □ Teste de Bonney

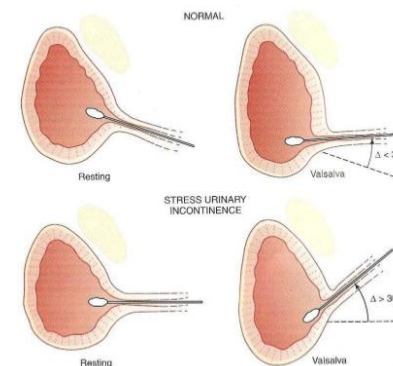
- Cirurgia simulada

### □ Q-tip

- Teste do cotonete

### □ “Pad Test”

- Teste de 1h ou 24h com exercício padronizado
- Ensaios clínicos



# Exame Objectivo

## □ Avaliação de Prolapsos Orgãos Pélvicos

### ▣ POP-Q (ICS/IUGA)

#### ■ Prolapso Parede Anterior

##### ■ Central

- Defeito da fáscia pubo-cervical

##### ■ Paravaginal

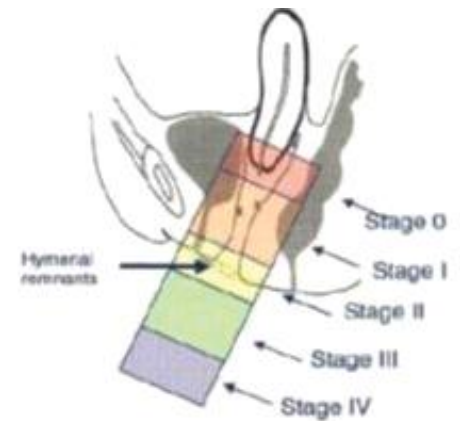
- Defeito da inserção no ATFP (uni/bilateral)

#### ■ Prolapso Segmento Apical

#### ■ Prolapso Parede Posterior

- Defeito fascia recto vaginal

- Deficiência do períneo



# Exames Complementares Diagnóstico

## Estudo Urodinâmico não Invasivo

### Diário miccional

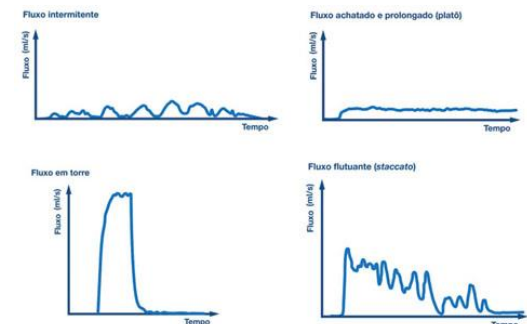
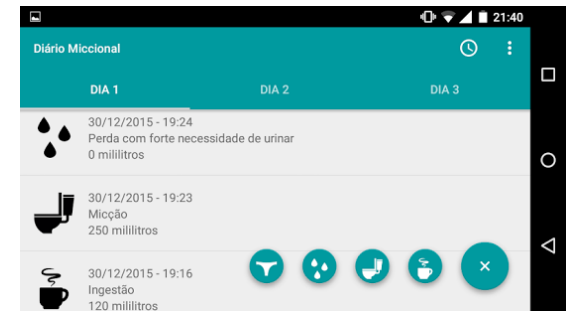
- 3 dias
- Frequência, Volume e Noctúria

### Avaliação do Resíduo pós Miccional

- <50cc normal; >200cc patológico
- Avaliar esvaziamento vesical
  - Importância pré-operatória

### Urofluxometria

- Avaliar esvaziamento vesical
  - Importância pré-operatória



# Exames Complementares Diagnóstico

História de Incontinência Urinária de Esforço

+

Teste de stress positivo

+

Resíduo pós Miccional <50cc

+

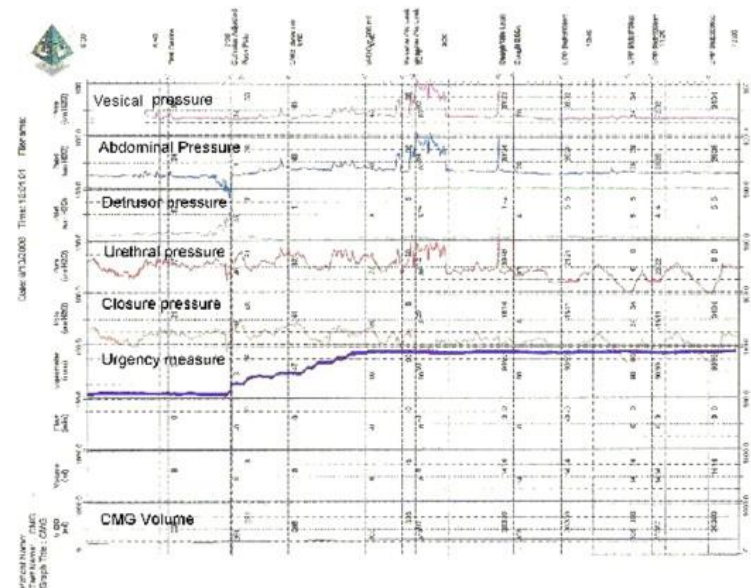
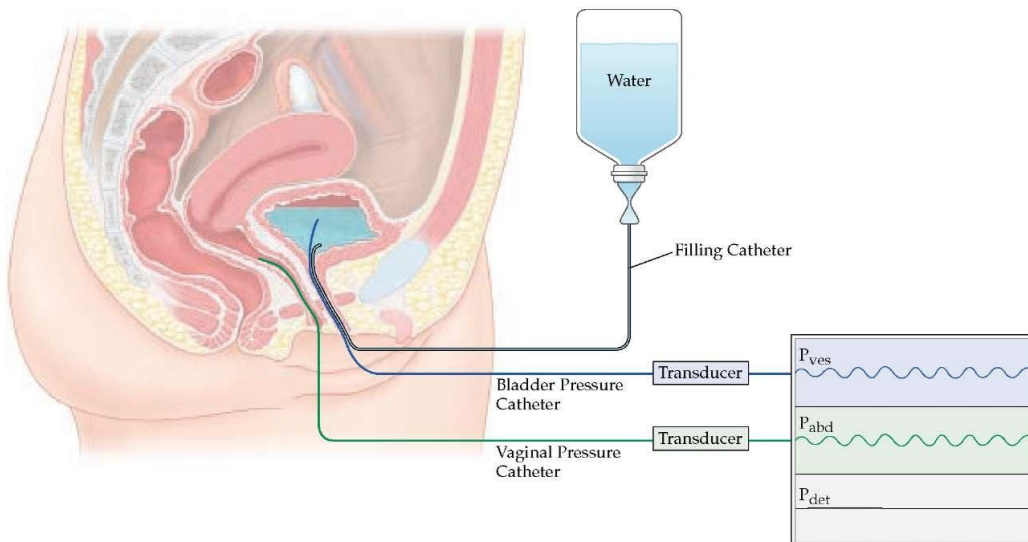
Capacidade Vesical Funcional >400cc

**97% das doentes com IUE comprovada após EUD Invasivos**

# Exames Complementares Diagnóstico

## Estudo Urodinâmico Invasivo

- Avaliação pressão/volume entre bexiga e uretra
- Exame mais completo para avaliação funcional do LUT
- Diagnóstico baseado na fisiopatologia
  - Permite prever pp de complicações pós-operatórias



# Exames Complementares Diagnóstico

- Indicações na **anamnese** para Estudo Urodinâmico Invasivo
  - História complexa ou pouco clara
  - Elevado componente de urgência
  - Sintomas de esvaziamento vesical
  - Insucesso de cirurgia prévia
  - Diabetes Mellitus avançada
  - Suspeita ou presença de afecção neurológica
  - Nuliparas com IUE
  
- Indicações no **exame objetivo** para Estudo Urodinâmico Invasivo
  - Alterações neurológicas objectivadas
  - Resíduo pós miccional elevado (>200cc)
  - IUE após ligeiro aumento de pressão intra-abdominal

# Exames Complementares Diagnóstico

- **Urina II e Urocultura**
- **Cistoscopia**
  - Cistite Intersticial, Carcinoma in situ, Litíase Vesical
- **Ecografia Pavimento Pélvico**
  - Avaliação dinâmica e funcional do pavimento pélvico
- **Ressonância Magnética Pélvica**
  - O melhor método de imagem para avaliar anatomia pélvica
    - Importância pré operatória defeitos complexos

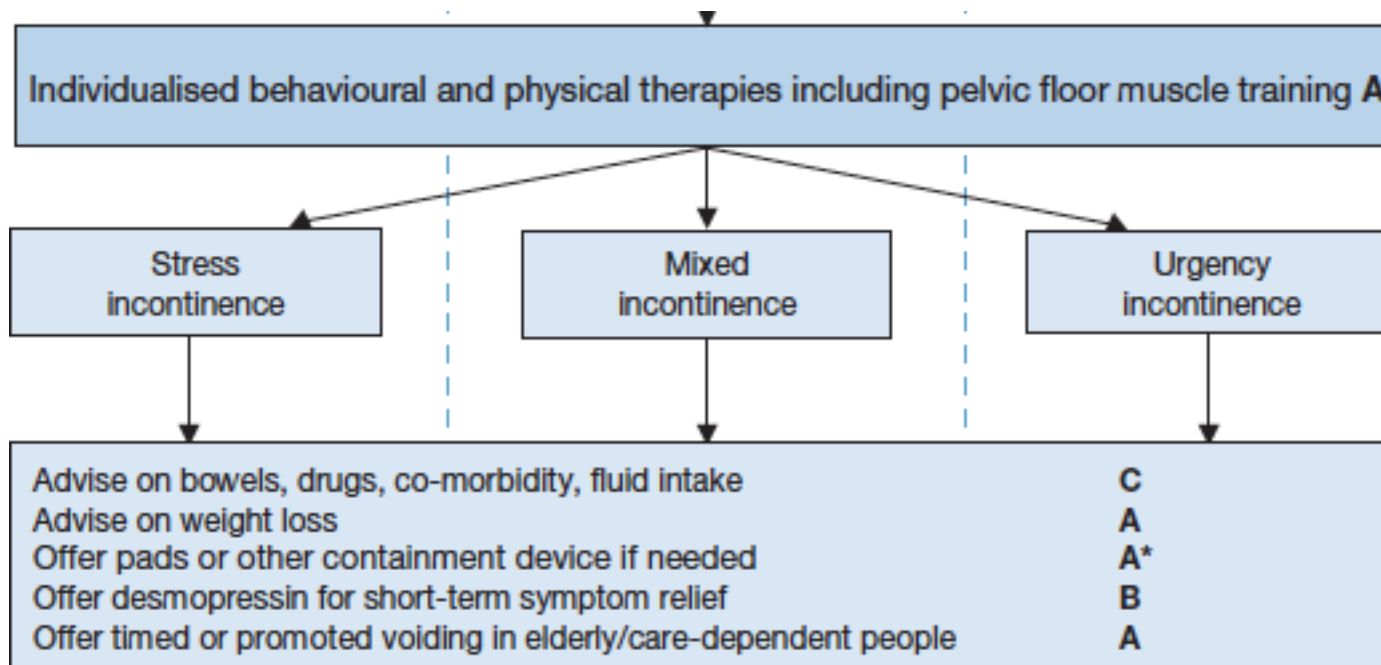


FIGURA 1. Ecografia. Imagem 2D de pavimento pélvico em corte sagital em repouso.  
SP: sínfise púbica; Ur: uretra; B: bexiga; V: vagina; Ut: útero; CA: canal anal; Pr: músculo puborretal

**Não fazem parte da abordagem geral da IU**

# TERAPÊUTICA

1. Incontinência urinária de urgência
2. Incontinência urinária de esforço
3. Incontinência urinária mista



# ALTERAÇÕES ESTILO DE VIDA

OBESIDADE → Factor de risco para todos os tipos de IU

**Perda de peso**

OBSTIPAÇÃO → Associação frequente com IU e POPs

**Alterações comportamentais melhoram ambos**

CAFEÍNA → Diminuição do consumo melhora a urgência e a frequência miccional

**Sem evidência de papel na incontinência**

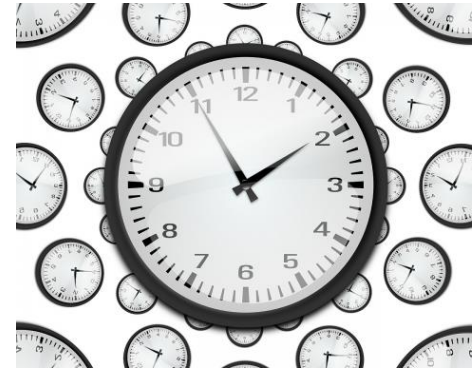
EXERCÍCIO FÍSICO INTENSO, TABAGISMO, INGESTÃO HÍDRICA

**Sem relação demonstrada com etiologia de IU**

# TERAPIAS COMPORTAMENTAIS

## MICÇÃO PELO RELÓGIO

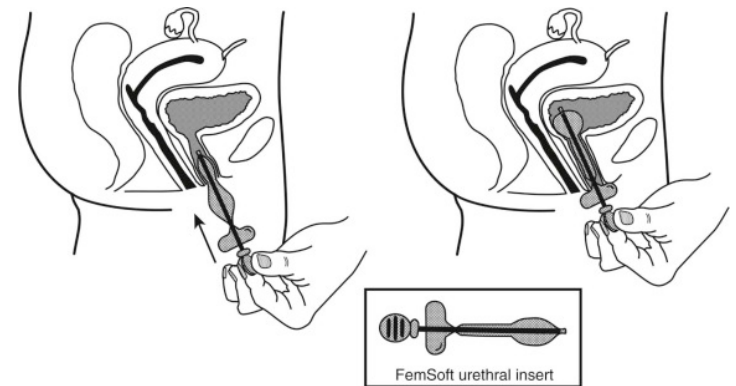
Doentes com compromisso neurológico



## TREINO VESICAL

- ↑ Capacidade vesical
- ↓ Urgência
- ↓ Episódios de incontinência

# MEDIDAS DE CONTENSÃO



# FISIOTERAPIA

## TREINO MUSCULAR DO PAVIMENTO PÉLVICO (TMPP)

### EXERCÍCIOS DE KEGEL

Contração voluntária dos músculos do pavimento pélvico

Desenvolvido para a IU stress

Controlo dos episódios de urgência miccional

## ELECTROESTIMULAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Não é superior ao TMPP

# INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA

Na falência da terapêutica conservadora



Terapêutica farmacológica

## ANTI-MUSCARÍNICOS

Similar eficácia entre os diferentes fármacos

Diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas



- . Liberação lenta vs imediata
- . Prevalência de efeitos adversos

Sem superioridade demonstrada vs terapêuticas conservadoras

*Oxibutinina  
Cloreto de tróspio  
Solifenacina  
Darifenacina  
Propiverina  
Tolterrodina*

# INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA

## EFEITOS ADVERSOS:

- . Xerostomia
- . Obstipação
- . Visão turva
- . Fadiga
- . Disfunção cognitiva



Elevada taxa de abandono



Oxibutinina – maior associação a deterioração cognitiva

Carga total de fármacos com acção anticolinérgica

# INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA

## B<sub>3</sub> AGONISTAS

*Mirabegron*

Relaxamento do detrusor via receptores adrenérgicos

Eficácia similar aos anti-muscarínicos

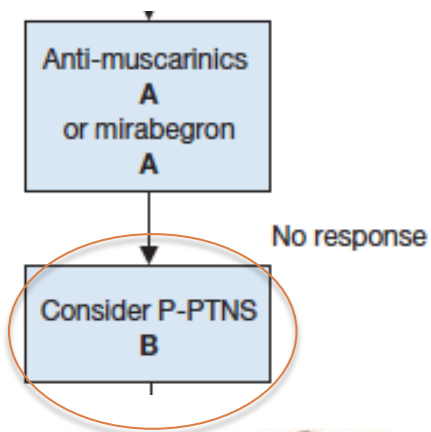
### **EFEITOS ADVERSOS:**

- . HTA
- . Nasofaringite
- . ITU



Evitar nos doente com TA não controlada

# INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA



## ESTIMULAÇÃO PERCUTÂNEA DO NERVO TIBIAL POSTERIOR



Neuromodulação via plexo sagrado (S2-S4)

Mínimo 12 semanas – até 3 anos

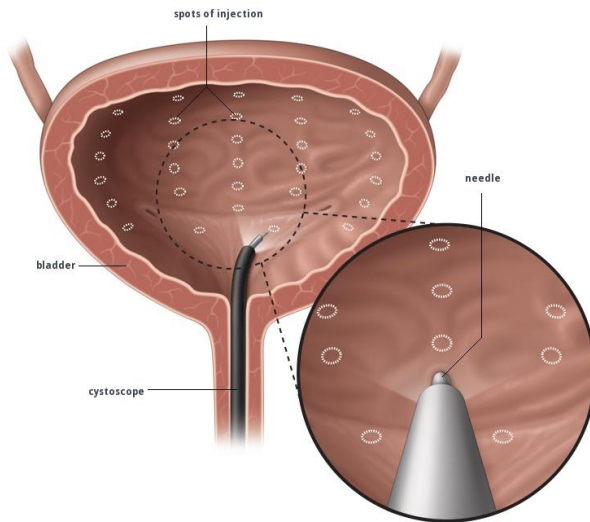
# INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA

Terapêutica cirúrgica



Quando não há resposta às terapêuticas não invasivas

## TOXINA BOTULÍNICA A INTRAVESICAL



Inibe a contração do detrusor



↓ Episódios de urgência

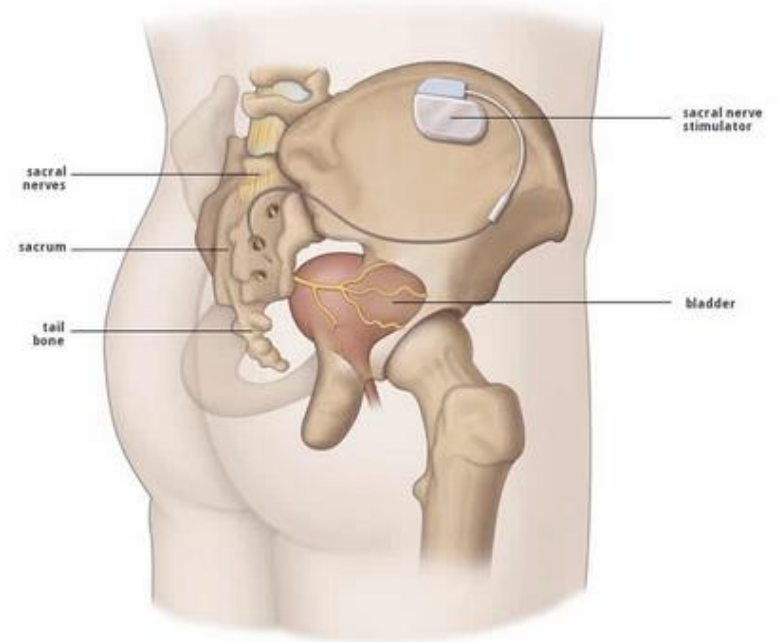
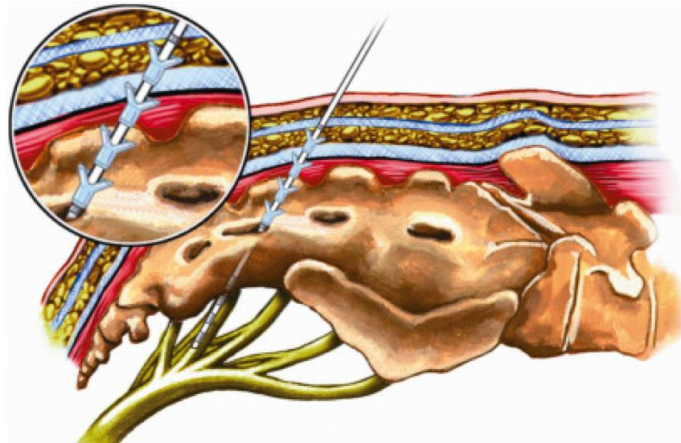
Boa adesão terapêutica

### COMPLICAÇÕES:

- . Hematuria, Disuria
- . ITU
- . Retenção urinária (CIC)

# INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA

## NEUROMODULAÇÃO SAGRADA



# INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

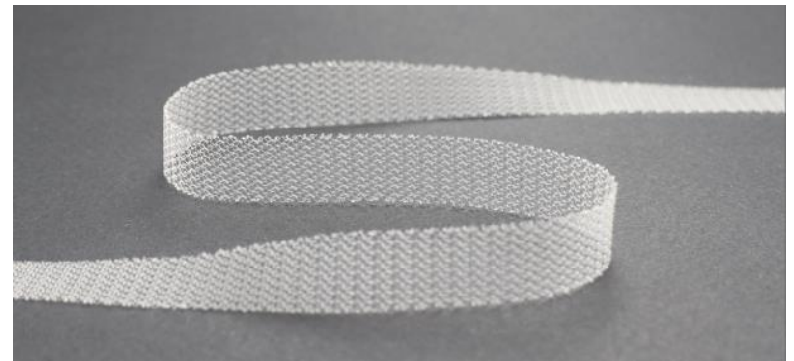
Na falência da terapêutica conservadora



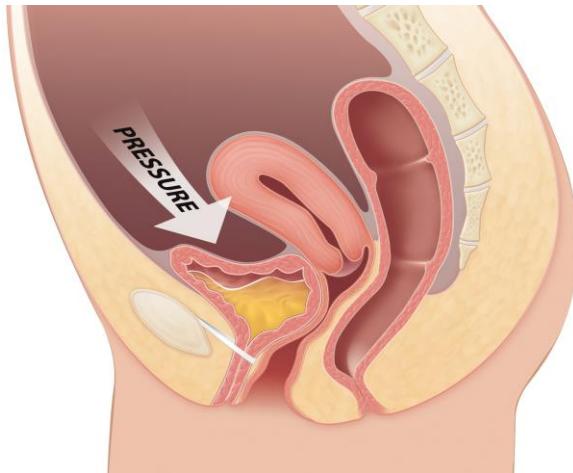
Terapêutica cirúrgica

1ª linha – ***Tension-free vaginal tapes (TVT)***

- . Monofilamentar
- . Não absorvível (ex: polipropileno)
- . Macroporos
- . 1-2cm largura



# INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO



Suporte à uretra durante o esforço

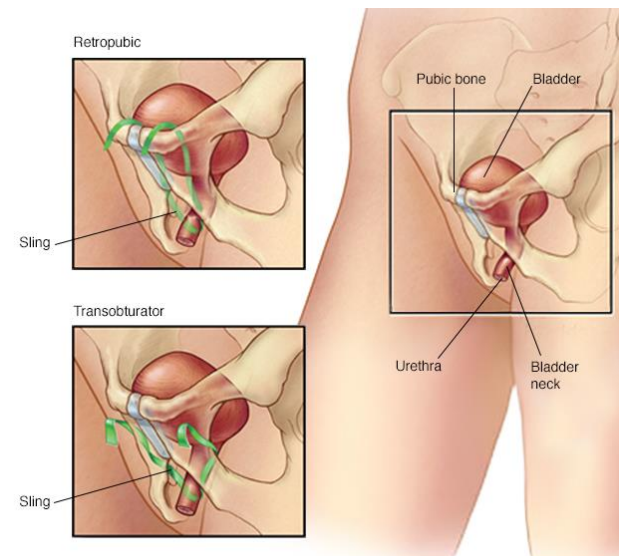


Colo vesical fechado (continente)

1. *Retropúbicas*
2. *Transobturadoras*



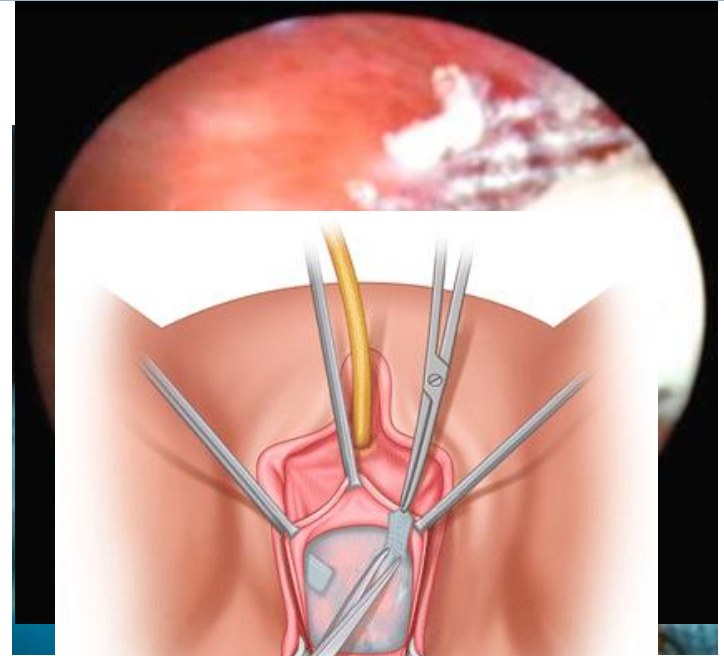
Similar taxa de cura (>90%)  
Diferentes complicações/riscos



# INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

## COMPLICAÇÕES:

- . PERFURAÇÃO DA BEXIGA E/OU URETRA (2.7-23.8%)  
Retropúbica > Transobturadora  
Bexiga > Uretra
- . EXTRUSÃO DA FITA (0.5-8.1%)  
Sintomas inespecíficos
- . OBSTRUÇÃO DO ESAZIAMENTO VESICAL (1-10%)  
Temporária vs Permanente  
CIC vs Correção cirúrgica
- . URGE-INCONTINÊNCIA *DE NOVO* (6%)
- . ITUS (4-15%)
- . DOR PERINEAL / RAIZ DA COXA  
Transobturadora  
Aguda vs crónica
- . DISPAREUNIA
- . HEMORRAGIA
- . COMPLICAÇÕES DA FERIDA CIRÚRGICA



# INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

Na presença de POPs associados



Correcção no mesmo tempo cirúrgico das duas patologias

## TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

### ESTROGÉNIOS TÓPICOS INTRA-VAGINAIS

- . Atrofia vaginal associada
- . Melhoria das queixas de IU a curto prazo
- . Baixo risco de efeitos adversos

### DULOXETINA

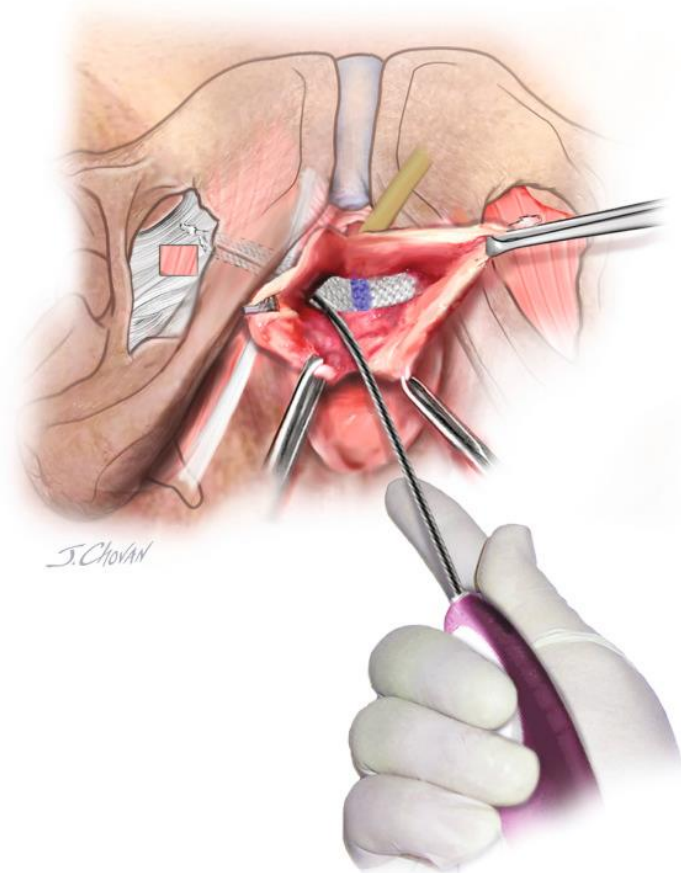
- . Inibidor da recaptação da serotonina e noradrenalina
- . ↑ neurotransmissores na medula sagrada com estimulação do componente motor do N. pudendo



↑ Tónus e força de contracção do musculo estriado do esfíncter urinário

# INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

## *Fitas de incisão única*



Acesso vaginal sem ponto de saída

Fixação na membrana obturadora

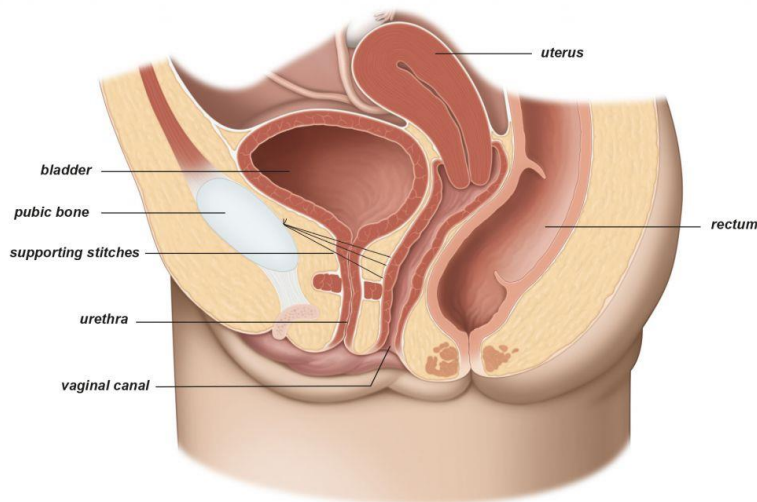
Menos eficazes

Complicações semelhantes às fitas vaginais

(verdadeira incidência ainda desconhecida)

# INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

## Colposuspensão



© 2017 patient.uroweb ALL RIGHTS RESERVED

- . Eficácia igual às fitas
- . Quando os slings não são opção ou como 2ª cirurgia

# INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA

## **Tratar componente mais significativo**

Terapêutica cirúrgica do componente de stress

- . Menor eficácia terapêutica vs IUE pura
- . Resposta do componente de urgência imprevisível



**OBRIGADO**