

Bexiga Hiperativa Idiopática: Tratamento Conservador não-medicamentoso

Autoria:

Geraldo Cavalcanti

João L Amaro

Luís Augusto Seabra Rios

Márcio Averbek

Ricardo Simão

Sílvia Henrique Maia de Almeida

Wanderley M Bernardo

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DA EVIDÊNCIA:

A revisão bibliográfica de artigos científicos dessa diretriz foi realizada na base de dados MEDLINE, Cochrane e SciELO. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou palavras-chaves (MeSH terms) agrupadas nas seguintes sintaxes: Urinary Incontinence, Urge; Urinary Reflex Incontinence; Incontinence, Urinary Reflex; Urinary Urge Incontinence; Urge Incontinence; Incontinence, Urge; Electric Stimulation Therapy; Exercise Therapy; Biofeedback; Muscle Contraction. Os artigos foram selecionados após avaliação crítica da força de evidência científica por especialistas em ginecologia, sendo utilizadas para as recomendações as publicações de maior força. As recomendações foram elaboradas a partir de discussão no grupo. Toda a diretriz foi revisada por grupo especializado independente em diretrizes clínicas baseadas em evidências.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DA EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Oferecer um guia prático, adequado à realidade brasileira, destacando as melhores evidências disponíveis relacionadas ao tratamento conservador não medicamentoso da bexiga hiperativa idiopática.

INTRODUÇÃO

A síndrome da bexiga hiperativa (BH) é definida pela sociedade internacional de continência (ICS) como uma síndrome clínica caracterizada pela presença de urgência miccional, frequentemente associada a aumento da frequência e noctúria, acompanhada ou não de incontinência urinária, na ausência de fatores metabólicos, infecciosos ou locais¹. Por sua vez, hiperatividade do detrusor, refere-se a um diagnóstico urodinâmico que se caracteriza por contrações involuntárias do detrusor durante a cistometria, podendo ser neurogênica ou idiopática.

A prevalência de sintomas de BH na população adulta de ambos os sexos chega a 17%, sendo que na mulher, durante o menacme, apresenta prevalência entre 8 a 50%, aumentando com a idade e atingindo até 80% das idosas institucionalizadas²⁻⁴. Na população masculina, a bexiga hiperativa está muitas vezes associada à hiperplasia prostática benigna (HPB) e consequente obstrução infravesical.

As causas da BH não estão bem estabelecidas, mas são provavelmente de origem multifatorial, incluindo causas neurogênicas (esclerose múltipla, Parkinson, doença vascular cerebral, Alzheimer) e não neurogênicas como obstrução vesical, prolapso genital, anormalidades nos receptores vesicais, músculos do assoalho pélvico, além de fatores comportamentais⁵.

A bexiga hiperativa compromete sobremaneira a qualidade de vida, sendo este impacto maior em comparação às pacientes com queixa de incontinência urinária de esforço, qualquer que seja o questionário utilizado para a avaliação⁶.

As principais modalidades terapêuticas perfazem o tratamento farmacológico, considerado como tratamento padrão, e as terapias conservadoras, objeto de análise desta diretriz. O tratamento conservador desta condição requer uma abordagem integrada, incluindo intervenções no estilo de vida (terapia comportamental), exercícios da musculatura do assoalho pélvico com ou sem o biofeedback, treinamento vesical, cones vaginais e eletroestimulação perineal ou periférica do nervo tibial⁷.

1. NO QUE CONSISTE O TRATAMENTO COMPORTAMENTAL E QUAIS SÃO OS SEUS EFEITOS SOBRE A BEXIGA HIPERATIVA?

A terapia comportamental sintetiza um grupo de tratamentos baseados na ideia de que o indivíduo com incontinência urinária pode ser treinado ou reeducado para uma nova condição e desenvolver estratégias para diminuir ou eliminar a incontinência urinária. Atualmente, é recomendada como primeira linha no tratamento da incontinência urinária, sendo de fácil

aplicação, de baixo custo, porém dependente da compreensão, motivação e adesão do paciente, bem como elevado nível de motivação e do incentivo por parte do terapeuta.

Intervenções comportamentais podem ser conceitualmente divididas em duas categorias: a primeira inclui hábitos que podem ser modificados para aliviar os sintomas vesicais, e a segunda inclui técnicas de treinamento visando o ensino de habilidades para controlar sintomas de disfunção da bexiga. Desta forma, o tratamento comportamental compreende o diário miccional, reeducação vesical, exercícios do assoalho pélvico (com ou sem biofeedback), estratégias para o controle do desejo miccional e orientações para dieta e ingesta hídrica⁸(D).

Recomendação

Intervenções comportamentais podem ser facilmente incorporadas no cotidiano de pacientes que possuem capacidade cognitiva e funcional preservadas. Embora os sintomas relacionados à bexiga hiperativa e incontinência urinária de esforço podem ser tratados com sucesso utilizando abordagens não farmacológicas, elas requerem considerável motivação por parte do paciente, sendo as taxas de abandono do tratamento elevadas.

ORIENTAÇÕES PARA A DIETA E INGESTA HÍDRICA

Medidas dietéticas potencialmente úteis para o tratamento desta condição incluem redução da ingestão de fluídos, cafeína, alimentos ácidos e álcool, além da orientação como perda de peso e cessação do tabagismo⁹(D)^{10,11}(B)^{12,13}(C). Em ensaio clínico randomizado, pacientes foram orientados a aumentar ou diminuir a ingestão de líquidos, seguindo um regime de fluido predeterminado. Neste estudo, foi verificado que os indivíduos que reduziram o consumo diário de líquido em 25% obtiveram uma melhora significativa com redução na frequência urinária, urgência e noctúria¹⁴(B). Todavia, apesar de reduzir a intensidade das perdas urinárias e dos demais sintomas da bexiga hiperativa, a restrição da ingesta hídrica não deve ser recomendada pelo fato de contribuir para a desidratação, constipação e o aparecimento de infecções urinárias¹⁵(D).

Com relação à obesidade, estudo de coorte prospectivo que monitorou os sintomas de bexiga hiperativa após a perda de peso de mulheres com obesidade mórbida (IMC médio de 47,5) submetidas a cirurgia bariátrica, identificou, no período de seguimento médio de 1,7 anos, redução significativa na frequência e perda urinária de qualquer grau, bem como melhora no escore de questionário que avalia o impacto da incontinência urinária (IIQ-7)¹⁴(B).

Recomendação

Evidências correlacionando modificação no estilo de vida, por meio da orientação para a dieta e ingesta hídrica, e melhora nos sintomas de bexiga hiperativa ainda são escassas. Tabagismo (passado e presente), excesso de peso, e consumo de alimentos contendo cafeína têm sido citados como fatores de risco para sintomas relativos a bexiga hiperativa, podendo ser

recomendado a perda de peso e redução na ingestão de cafeína nestes pacientes.

A redução na ingesta hídrica determina melhora significativa na qualidade de vida de mulheres com queixa de incontinência urinária de esforço ou bexiga hiperativa apesar de não ser recomendada.

REEDUCAÇÃO VESICAL

A reeducação vesical é uma alternativa de tratamento para as mulheres portadoras de bexiga hiperativa, tendo por objetivo a aquisição de maior controle sobre o reflexo da micção. Com mecanismo de ação ainda não bem compreendido, apresenta como hipótese mais aceita o aumento da eficiência da inibição cortical e facilitação da oclusão uretral, bem como modulação dos impulsos aferentes corticais.

Os principais componentes da reeducação vesical consistem no estabelecimento de micções de horário, em intervalos definidos, bem como nas modificações dietéticas (como visto anteriormente) e de reabilitação do assoalho pélvico, com ou sem biofeedback.

Para a implementação da reeducação vesical é imprescindível o uso do diário miccional, por meio do qual a monitorização será realizada. Identifica-se o intervalo inicial entre as micções e orienta-se as pacientes a reprimir ao máximo possível a urgência e a micção nos intervalos. Desta maneira, o intervalo inicial deve ser aumentado gradativamente até atingir um período de três a quatro horas entre as micções¹⁶(**B**).

Com este regime, gradualmente, incrementa-se a capacidade da bexiga, podendo-se reduzir o número de episódios de urgência e incontinência urinária de urgência. Todavia, para que isto se torne possível, é necessário o comprometimento dos pacientes que precisam manter um registro escrito, na forma de diário miccional, onde podem verificar a melhora ou piora dos sintomas^{17,18}(**D**).

Mulheres com diagnóstico ao estudo urodinâmico de incontinência urinária de esforço (n=88), bexiga hiperativa ou incontinência urinária mista (n=35) foram randomizadas para programa de reeducação vesical ou acompanhamento sem implementação da reeducação vesical (grupo controle). Após período de seis semanas, o grupo que havia sido submetido à intervenção relatou melhora significativa nos episódios de incontinência urinária em detrimento ao grupo controle (12% reportaram ausência de perda de urina e 75% relataram redução em 50% na queixa de incontinência urinária)¹⁹(**B**).

Todavia, apesar da eficácia da reeducação vesical tenha sido investigada durante mais de três décadas, as evidências relacionadas a esta abordagem ainda são limitadas, como apresentado em revisão sistemática que concluiu por resultados considerados ainda provisórios, em virtude da qualidade variável dos estudos²⁰(**A**).

Recomendação

A reeducação vesical é uma alternativa de tratamento para as mulheres portadoras de bexiga hiperativa, não acarretando efeitos colaterais. Embora haja a necessidade da realização de mais ensaios clínicos controlados, a associação da reeducação vesical e melhora nos sintomas relacionados à bexiga hiperativa merece atenção.

EXERCÍCIO DA MUSCULATURA PÉLVICA COM OU SEM BIOFEEDBACK

A cinesioterapia ou exercícios da musculatura pélvica (EMP) tem como princípio as contrações voluntárias e repetitivas do assoalho pélvico, aumentando a força muscular e, conseqüentemente, a continência urinária pelo estímulo da atividade do esfíncter uretral. Os exercícios são efetivos para a urge-incontinência na medida em que reforçam o reflexo de contração do assoalho pélvico, causando inibição da contração do detrusor²¹(C).

Diminuições na quantidade de perda urinária, frequência miccional, urgência e noctúria têm sido observadas em ensaios clínicos utilizando-se de 6 a 8 semanas de exercícios da musculatura pélvica e treinamento vesical, cujos efeitos se mantiveram após 6 meses do seu início²²(B)²³(A). Os sintomas miccionais relacionados à bexiga hiperativa bem como a intensidade das perdas urinárias também melhoraram em mulheres com incontinência urinária mista (IUM) utilizando-se da cinesioterapia orientados de forma verbal ou com recursos de áudio²⁴(B).

O impacto do exercício da musculatura pélvica associada ao biofeedback também foi analisado em ensaio clínico que randomizou mulheres (55 aos 92 anos) com urge-incontinência ou portadoras de incontinência urinária mista a período de 8 semanas de exercícios perineais associados ou não ao biofeedback. Neste estudo, apesar de o biofeedback ter sido associado a alta satisfação por parte das pacientes, foi possível constatar que independentemente da associação ou não dos exercícios da musculatura pélvica ao biofeedback, melhoras significativas dos episódios de incontinência urinária foram observados em ambos os grupos, sem no entanto apresentar diferença no que concerne a capacidade vesical ou qualidade de vida²⁵(A).

Recomendação

A realização de exercícios da musculatura pélvica pode promover melhora nos sintomas relacionados à bexiga hiperativa, podendo ser recomendado como tratamento conservador de primeira linha nestes pacientes. O uso concomitante do biofeedback não demonstrou melhora nos resultados em detrimento aos pacientes submetidos apenas a cinesioterapia.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA PERIFÉRICA DO NERVO TIBIAL

Iniciado na década de 80, a estimulação elétrica periférica do nervo tibial posterior (PTNS) consiste na estimulação elétrica transcutânea com auxílio

de eletrodos na região do nervo tibial posterior. Atua por meio da ativação dos reflexos inibitórios pelos aferentes dos nervos pudendos. Desta maneira, a atividade vesical fica inibida por meio da despolarização somática das fibras aferentes sacral e lombar, via nervo tibial posterior, que é proveniente de uma ramificação do nervo isquiático²⁶(C)²⁷(D). Estudos têm apresentado melhoras nos parâmetros cistométricos após o uso da estimulação transcutânea do nervo tibial, o que levam a conclusão de que pode ser uma opção benéfica no tratamento da bexiga hiperativa^{28,29}(B).

Todavia, apesar dos resultados satisfatórios apresentados com o uso da eletroestimulação, a heterogeneidade das amostras estudadas tem contribuído para a dificuldade na comparação dos resultados publicados, além do que, os resultados em longo prazo ainda não foram estabelecidos^{30,31}(A).

Recomendação

A estimulação elétrica periférica do nervo tibial pode ser considerada como uma alternativa no tratamento da bexiga hiperativa, entretanto mais estudos controlados são necessários, o que não impede seu uso na prática diária.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA PERINEAL

Estudos clínicos acerca da eletroestimulação para o tratamento da bexiga hiperativa são de difícil interpretação pelo fato de não haver uma padronização quanto às características (forma, duração, frequência e intensidade do pulso) e à localização (endovaginal, anal ou perineal) do estímulo, bem como quanto à duração do tratamento.

Apesar disso, alguns autores demonstram que mulheres com comprovada hiperatividade detrusora se beneficiam da eletroestimulação vaginal quando comparadas com placebo³²(B). Estudo comparativo evidenciou taxa de cura/melhora clínica subjetiva de 51,4% com a eletroestimulação vaginal em pacientes com sintomas de bexiga hiperativa, comparáveis à cinesioterapia assistida ou não com biofeedback³³(B). Entretanto, a efetividade da eletroestimulação vaginal como monoterapia em pacientes com incontinência urinária mista tem sido contestada em estudo clínico que demonstrou resultados semelhantes ao grupo controle³⁴(A).

Recomendação

A estimulação elétrica perineal pode ser utilizada em pacientes com bexiga hiperativa.

REFERÊNCIAS

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4-20.
2. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*. 2006;50:1306-14.
3. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003;20:327-36.
4. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001;87:760-6.
5. Wein AJ, Rackley RR. Overactive bladder: a better understanding of pathophysiology, diagnosis and management. *J Urol* 2006;175(3 Pt 2):S5-10.
6. Davila GW, Neimark M. The overactive bladder: prevalence and effects on quality of life. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45:173-81.
7. Wein AJ. Diagnosis and treatment of the overactive bladder. *Urology* 2003;62(5 Suppl 2):20-7.
8. Giarenis I, Cardozo L. Management of refractory overactive bladder. *Minerva Ginecol* 2013;65:41-52.
9. Ouslander JG. Management of overactive bladder. *N Engl J Med*. 2004;350:786-99.
10. Hashim H, Abrams P. How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU Int*. 2008;102:62-6.
11. Tähtinen RM, Auvinen A, Cartwright R, Johnson TM 2nd, Tammela TL, Tikkinen KA. Smoking and bladder symptoms in women. *Obstet Gynecol* 2011;118:643-8.
12. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2000;96:85-9.
13. Lohsiriwat S, Hirunsai M, Chaiyaprasithi B. Effect of caffeine on bladder function in patients with overactive bladder symptoms. *Urol Ann* 2011;3:14-8.
14. Vella VL, Jaffe W, Lidicker J, Meilahn J, Dandolu V. Prevalence of urinary symptoms in morbidly obese women and changes after bariatric surgery. *J Reprod Med*. 2009;54:597-602.
15. Beetz R. Mild dehydration: a risk factor of urinary tract infection? *Eur J Clin Nutr*. 2003;57 Suppl 2:S52-8.
16. Burgio KL, Locher JL, Goode PS. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:370-4.
17. Wyman JF, Fantl JA. Bladder training in ambulatory care management of urinary incontinence. *Urol Nurs* 1991;11:11-7.
18. Wyman JF. Treatment of urinary incontinence in men and older women:

the evidence shows the efficacy of a variety of techniques. *Am J Nurs.* 2003;Suppl:26-35. Review. PubMed PMID: 12612491.

19. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265:609-13.

20. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD001308.

21. Shafik A, Shafik IA. Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol* 2003;20:374-7.

22. Aslan E, Komurcu N, Beji NK, Yalcin O. Bladder training and Kegel exercises for women with urinary complaints living in a rest home. *Gerontology.* 2008;54:224-31.

23. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD005654.

24. Nygaard IE, Kreder KJ, Lepic MM, Fountain KA, Rhomberg AT. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1 Pt 1):120-5.

25. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG, Roth DL, Richter HE, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2293-9.

26. Piacentini F, Prati R, Gandellini G, Prati A. [Influence of transcutaneous stimulation (TENS) of the posterior tibial nerve on various cysto-manometric parameters in patients with neurologic bladder. Initial data on 6 patients]. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1986;57:109-13.

27. Lindström S, Fall M, Carlsson CA, Erlandson BE. The neurophysiological basis of bladder inhibition in response to intravaginal electrical stimulation. *J Urol* 1983;129:405-10.

28. Amarenco G, Ismael SS, Even-Schneider A, Raibaut P, Demaille-Wlodyka S, Parratte B, et al. Urodynamic effect of acute transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in overactive bladder. *J Urol* 2003;169:2210-5

29. Kabay SC, Yucel M, Kabay S. Acute effect of posterior tibial nerve stimulation on neurogenic detrusor overactivity in patients with multiple sclerosis: urodynamic study. *Urology* 2008;71:641-5.

30. Levin PJ, Wu JM, Kawasaki A, Weidner AC, Amundsen CL. The efficacy of posterior tibial nerve stimulation for the treatment of overactive bladder in women: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2012;23:1591-7.

31. Burton C, Sajja A, Latthe PM. Effectiveness of percutaneous posterior tibial nerve stimulation for overactive bladder: a systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2012;31:1206-16.

32. Berghmans B, van Waalwijk van Doorn E, Nieman F, de Bie R, van den Brandt P, et al. Efficacy of physical therapeutic modalities in women with proven bladder overactivity. *Eur Urol* 2002;41:581-7.

33. Wang AC, Wang YY, Chen MC. Single-blind, randomized trial of pelvic floor muscle training, biofeedback-assisted pelvic floor muscle training, and electrical stimulation in the management of overactive bladder. *Urology.* 2004;63:61-6.

34. Amaro JL, Gameiro MO, Kawano PR, Padovani CR. Intravaginal electrical stimulation: a randomized, double-blind study on the treatment of mixed

urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:619-22.