

Incontinência Urinária: Propedêutica

Autoria:

Carlos Alberto Ricetto Sacomani

Fernando Gonçalves de Almeida

José Carlos Truzzi

Júlio Resplande

Márcio de Carvalho

Ricardo Simões

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 Stress Incontinence; Incontinence, Urinary Stress; Stress Incontinence, Urinary; Physical Examinations; Medical History Taking; Urodynamics; Bandage. Os artigos foram selecionados após avaliação crítica da força de evidência científica, 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 DE 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:

Destacar as melhores evidências disponíveis relacionadas à propedêutica da incontinência urinária.

INTRODUÇÃO

Incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina objetivamente demonstrável que apresente repercussão social, acarretando problemas de saúde adicionais e, por conseguinte, impactando negativamente a qualidade de vida¹(D). Devido à existência de diferentes tipos e graus de incontinência urinária, portadores desta afecção apresentam sintomas e sinais comuns para cada tipo. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em uma história clínica bem colhida e exame físico detalhado. Ambos fornecem a estrutura para o diagnóstico e tratamento subsequente, embora possa ser confirmado por meios auxiliares de diagnóstico.

1. QUAIS ASPECTOS DEVEM SER AVALIADOS PELA HISTÓRIA CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

Sintomas de incontinência urinária acometem indivíduos de todas as idades e ambos os sexos. A história da incontinência urinária deve informar aspectos relativos ao início dos sintomas, duração, frequência de perdas, gravidade, hábito intestinal, fatores precipitantes, sintomas associados como urgência miccional, frequência urinária, noctúria, hesitação, esvaziamento incompleto, disúria, e descrição do impacto sobre a qualidade de vida, que pode ser avaliada de diversas maneiras, mas somente questionários estruturados podem medir a condição e refletir a visão dos pacientes sobre esta, assegurando consistência e objetividade na avaliação²⁻⁴(B)⁵⁻⁷(C)⁸(D).

Estudo de revisão sistemática demonstrou que a história clínica apresenta baixos valores preditivos em comparação ao diagnóstico urodinâmico final. Identificou-se que pacientes com queixa de perda urinária aos esforços podem ter, na avaliação urodinâmica, o componente de esforço, contrações involuntárias ou mesmo a coexistência de ambos⁹(A). A história clínica consistente com diagnóstico de perda urinária ao esforço, quando comparado ao diagnóstico final obtido por estudo urodinâmico, demonstra sensibilidade de 90% e baixa especificidade (55%), com valor preditivo positivo de 75%, resultando, desta maneira, em elevados índices de resultados falso positivos⁹(A). Neste mesmo estudo observou-se que na predição de hiperatividade do detrusor, os relatos da história estão associados a baixa sensibilidade e especificidade (73% e 52% respectivamente). Da mesma forma, para a incontinência urinária mista a história possui baixa sensibilidade e especificidade (48% e 65% respectivamente)⁹(A).

Outros tópicos importantes que devem ser avaliados são obesidade, *status* hormonal, história obstétrica, tabagismo, ingestão hídrica, atividade física e sexual, medicamentos que atuam no sistema nervoso central e no

trato urinário inferior, além de cirurgia pélvica prévia. Outras condições que levam à incontinência e que devem ser investigadas são infecções do trato urinário, neoplasia vesical, litíase vesical, obstrução infravesical, fatores emocionais e sinais que possam sugerir doenças neurológicas.

Recomendação

A história da incontinência urinária deve incluir questões relativas ao início e curso dos sintomas, frequência de perda, sintomas associados e precipitantes, hábito intestinal, medicamentos em uso e terapias prévias. É de fundamental importância a avaliação do grau de comprometimento da qualidade de vida.

A história do paciente não deve ser o único determinante para o diagnóstico da incontinência de esforço genuína ou hiperatividade do detrusor em virtude do baixo valor preditivo. Seu valor recai sobre a identificação de pacientes que necessitam de investigação.

2. QUAIS ASPECTOS DEVEM SER AVALIADOS NO EXAME FÍSICO E QUAL O SEU VALOR NO DIAGNÓSTICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

Embora a história forneça dados relacionados à incontinência urinária, é frequente não se obter o diagnóstico, uma vez que os sintomas urinários podem ser similares mesmo diante de etiologias diferentes. Isto faz do exame físico parte integrante da avaliação uroginecológica da paciente¹⁰(D). O exame físico faz parte da rotina da investigação ginecológica da mulher incontinente visando reproduzir e caracterizar a incontinência, excluir distúrbios neurológicos, avaliar o suporte pélvico e excluir outras enfermidades pélvicas.

O exame físico da paciente com sintomas de incontinência urinária deve incluir o exame do abdome, dorso, pelve e testes neurológicos. Massas pélvicas devem ser pesquisadas uma vez que podem determinar efeitos compressivos sobre a bexiga. A mulher deve ser examinada na posição de litotomia e ortostática, de preferência com a bexiga cheia¹¹(D). A demonstração clínica da perda urinária ao esforço em mulheres encaminhadas ao estudo urodinâmico por história compatível de incontinência urinária de esforço (IUE), ocorreu em apenas 41% dos casos com o diagnóstico final de IUE, pura ou mista. Além disso, 32% das pacientes com este sinal apresentavam outro diagnóstico que não a IUE¹²(C). Outro estudo analisando a acurácia da perda urinária ao esforço, concluiu que este sinal clínico esteve presente em 59% das mulheres com diagnóstico final de IUE ao estudo urodinâmico. Além disso, 38% apresentavam outro diagnóstico como hiperatividade detrusora¹³(B).

A integridade do períneo e a força muscular são pesquisadas por meio da inspeção estática e dinâmica. O exame vaginal, com avaliação das paredes vaginais e colo do útero, é realizado utilizando-se espéculo. Importante investigar sinais de deprivação estrogênica, fístula e cicatrizes. Devem ser inspecionadas as paredes vaginais para identificar distopias pélvicas e outras

lesões que podem estar associadas a incontinência urinária como divertículos uretrais. Por meio do toque retal testa-se a força da parede vaginal posterior e a presença de retocele ou enterocele, bem como o tônus do esfíncter anal. Nesse momento, é pesquisado o reflexo bulbocavernoso, rastreando alterações neurológicas. O fórnice vaginal posterior, o colo do útero e anexos devem ser palpados para verificar presença de tumores ou outras alterações. Distopias vaginais devem ser avaliadas e classificadas segundo recomendação da Sociedade Internacional de Continência¹⁴(D). Na presença de cistocele de alto grau e prolapso uterino, a redução para sua posição anatômica pode revelar incontinência urinária de esforço.

Recomendação

O exame físico têm importância no manejo da incontinência urinária, porém, não deve ser utilizado como único método diagnóstico.

3. QUAL É O PAPEL DESEMPENHADO PELA AVALIAÇÃO URODINÂMICA NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO E DESFECHO TERAPÊUTICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO?

Os principais objetivos do estudo urodinâmico são determinar a causa dos sintomas, avaliar a função do detrusor e esfíncteres e identificar fatores de risco para o comprometimento do trato urinário superior. É o estudo funcional do trato urinário baixo, compreendendo as fases de enchimento e esvaziamento vesical, avaliados pelas medidas das pressões vesical, uretral e abdominal. As informações obtidas a partir do estudo urodinâmico podem confirmar ou alterar o diagnóstico clínico, e, com base na história clínica e exame físico, influenciar a escolha da intervenção. A avaliação urodinâmica é frequentemente realizada antes da correção cirúrgica da incontinência urinária de esforço, apesar da ausência de dados que demonstrem ser este exame fundamental. O papel do estudo urodinâmico na IUE tem sido fortemente debatido, como atestado pelo grande número de estudos publicados sobre este tema nos últimos anos. No estudo duplo-cego **TOMUS - Trial of Mid-Urethral Slings**, onde pacientes foram randomizadas para tratamento cirúrgico com *sling* retropúbico ou transobturador após realização do estudo urodinâmico, pode-se identificar que o valor do VLPP (Valsalva leak point pressure) não esteve relacionado ao desfecho cirúrgico¹⁵(A). Apesar de revisão sistemática demonstrar que a avaliação urodinâmica pode contribuir para mudança na decisão clínica, não apresenta provas suficientes de que a realização deste exame determine melhores resultados no pós-operatório¹⁶(A).

O estudo multicêntrico randomizado de não inferioridade conhecido como **VALUE - Value of Urodynamic Evaluation**, demonstrou que a adição do estudo urodinâmico à avaliação ambulatorial realizada durante o pré-operatório de pacientes portadoras de incontinência urinária de esforço não complicada não determinou, em comparação àquelas submetidas apenas à avaliação ambulatorial, alteração no sucesso do tratamento, considerado como desfecho primário após 12 meses de seguimento e analisado por intermédio do questionário UDI - *Urogenital Distress Inventory* e escala PGI-I - *Patient Global Impression of Change* (taxa de sucesso do tratamento de

76,9% [203 de 264 mulheres] no grupo estudo urodinâmico-avaliação ambulatorial, e 77,2% [200 de 259 mulheres] no grupo submetido à avaliação ambulatorial apenas)¹⁷(A). Curioso notar, no entanto, que apesar do estudo urodinâmico, conduzido após a avaliação ambulatorial, determinar mudança no diagnóstico clínico em 57% dos casos, raramente determinou modificação no plano terapêutico inicialmente proposto, contribuindo para alteração ou modificação da cirurgia inicialmente planejada em apenas 5,4 e 6,8% dos casos respectivamente¹⁸(A).

Em concordância a estes achados, o estudo **VUSIS - Value of Urodynamics before Stress Incontinence Surgery**, multicêntrico longitudinal observacional com incorporação de ensaio clínico randomizado de não inferioridade, desenhado para avaliação do estudo urodinâmico na investigação pré-operatória de mulheres com sintomas de incontinência urinária de esforço, identificou que nos casos de IUE não complicada predominante ou mista, o tratamento cirúrgico imediato, não demonstrou inferioridade ao tratamento conduzido de acordo com os achados da avaliação urodinâmica¹⁹(A).

Recomendação

O estudo urodinâmico determina mudança no diagnóstico clínico, entretanto, com pouca frequência, contribui para mudança no plano terapêutico proposto inicialmente.

4. QUAL É O VALOR DESEMPENHADO PELO TESTE DO ABSORVENTE (PAD-TEST) NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

Trata-se de exame não invasivo de avaliação objetiva e indireta da perda urinária. Consiste na colocação de protetor (absorvente), com peso previamente aferido, junto ao meato uretral externo e após período de tempo variável, no qual a paciente realiza algumas manobras de esforço, é retirado e pesado novamente. A diferença nos pesos caracteriza a perda de urina.

Estudo analisando a aplicabilidade, adesão e reprodutibilidade do *pad-test* de uma hora na avaliação objetiva da incontinência urinária identificou sensibilidade de 94% e especificidade de 45% para qualquer perda urinária em comparação à avaliação urodinâmica²⁰(B). Outro estudo prospectivo, analisando a concordância dos achados do *pad-test* de 48 horas comparados aos resultados obtidos a partir do estudo urodinâmico, identificou sensibilidade de 92% e especificidade de 72% no diagnóstico da incontinência urinária de esforço²¹(B).

Recomendação

O teste do absorvente é método simples e útil em estimar a gravidade da incontinência urinária, podendo ser utilizado na monitorização dos efeitos terapêuticos e documentação da perda de urina quando esta não é verificada na clínica ou na avaliação urodinâmica. Apesar dos elevados valores de

sensibilidade encontrados, em virtude da falta de padronização, mais estudos que apresentem os dados de forma adequada são necessários.

5. QUAL É O VALOR DESEMPENHADO PELO "TESTE DO COTONETE" (Q-TIP TEST) NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO?

O *Q-tip test* foi introduzido em 1971 por Crystle e cols. com o objetivo de determinar qual procedimento cirúrgico seria o mais apropriado para o tratamento de pacientes com incontinência urinária de esforço²²(C). Consiste na inserção de haste flexível com ponta de algodão na uretra da paciente e, durante manobra de esforço, observa-se o grau de mobilidade do colo vesical (ângulo da junção uretrovesical). Esses investigadores relataram que o movimento da haste com o esforço revelaria o grau de rotação axial uretral e da junção uretrovesical.

Dois estudos analisaram a capacidade do *Q-tip test* na avaliação da medida do ângulo formado entre a haste e o plano horizontal para diagnóstico da incontinência urinária de esforço em comparação à avaliação urodinâmica. Ambos os trabalhos apresentaram dados de forma que permitissem o cálculo da sensibilidade e especificidade, no entanto, diferentes pontos de corte foram utilizados para classificação de resultado positivo. Considerando o ponto de corte ≥ 35 graus observou-se sensibilidade de 75% e especificidade de 58%. Já com ponto de corte ≥ 30 graus, a sensibilidade e especificidade foram ambas iguais a 53%^{23,24}(B).

Recomendação

O *Q-tip test* sozinho não se sustenta como teste diagnóstico. Quando apresenta resultado positivo, o diagnóstico de incontinência urinária de esforço genuína é possível, embora não absoluta. Teste negativo não afasta o diagnóstico de incontinência urinária de esforço.

6. QUAL É O VALOR DESEMPENHADO PELO DIÁRIO MICCIONAL NO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA?

O diário miccional é importante teste que fornece informação imparcial sobre o ritmo miccional do paciente, podendo ser confrontado com a história clínica. Trata-se de registro de todos os dados relacionados à ingestão de líquidos, necessidade de urinar e eventuais perdas urinárias. Importantes variáveis podem ser extraídas do diário miccional como débito urinário diurno e noturno, capacidade vesical funcional, número de micções durante o dia e a noite e o número de episódios de incontinência urinária. Testes de validação têm demonstrado que o diário de 24 horas é suficiente para a maioria dos propósitos, mas no período de três dias, é mais preciso.

Estudo retrospectivo analisando o emprego do diário miccional de sete dias para diagnóstico da incontinência urinária em mulheres com queixa de perda de urina aos esforços, identificou que em 81% das 555 mulheres com sintomas sugestivos de IUE genuína e que apresentavam diário miccional normal demonstraram, ao estudo urodinâmico, diagnóstico de incontinência

urinária²⁵(B).

Recomendação

O diagnóstico da incontinência urinária de esforço não pode ser realizado com segurança a partir da história clínica (mesmo que sugestiva), ou afastado mesmo quando da presença de diário miccional normal.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
2. Lagro-Janssen AL, Debruyne FM, van Weel C. Value of the patient's case history in diagnosing urinary incontinence in general practice. *Br J Urol* 1991;67:569-72.
3. Ouslander J, Staskin D, Raz S, Su HL, Hepps K. Clinical versus urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population. *J Urol* 1987;137:68-71.
4. Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:73-82.
5. Korda A, Krieger M, Hunter P, Parkin G. The value of clinical symptoms in the diagnosis of urinary incontinence in the female. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1987;27:149-51.
6. Kujansuu E, Kauppila A. Scored urological history and urethrocystometry in the differential diagnosis of female urinary incontinence. *Ann Chir Gynaecol*. 1982;71:197-202.
7. Sandvik H, Hunnskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:497-9.
8. Blaivas JG. Female lower urinary tract symptoms: pharmacotherapeutic consequences. *BJU Int* 2000;86 Suppl 2:1-9.
9. Jensen JK, Nielsen FR Jr, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1994;83(5 Pt 2):904-10.
10. Julian TM. Physical examination and pretreatment testing of the incontinent woman. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:663-71.
11. Flisser AJ, Blaivas JG. Evaluating incontinence in women. *Urol Clin North Am* 2002;29:515-26.
12. Haylen BT, Sutherst JR, Frazer MI. Is the investigation of most stress incontinence really necessary? *Br J Urol* 1989;64:147-9.
13. Carey MP, Dwyer PL, Glenning PP. The sign of stress incontinence--should we believe what we see? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1997;37:436-9.
14. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.

15. Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, Kenton K, Norton PA, Sirls LT, et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med* 2010;362:2066-76.
16. Glazener CM, Lapitan MC. Urodynamic studies for management of urinary incontinence in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;1:CD003195.
17. Nager CW, Brubaker L, Litman HJ, Zyczynski HM, Varner RE, Amundsen C, et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. *N Engl J Med* 2012;366:1987-97.
18. Sirls LT, Richter HE, Litman HJ, Kenton K, Lemack GE, Lukacz ES, et al. The effect of urodynamic testing on clinical diagnosis, treatment plan and outcomes in women undergoing stress urinary incontinence surgery. *J Urol* 2013;189:204-9.
19. van Leijssen SA, Kluivers KB, Mol BW, Hout Ji, Milani AL, Roovers JP, et al. Value of urodynamics before stress urinary incontinence surgery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2013;121:999-1008.
20. Jørgensen L, Lose G, Andersen JT. One-hour pad-weighing test for objective assessment of female urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1987;69:39-42.
21. Versi E, Orrego G, Hardy E, Seddon G, Smith P, Anand D. Evaluation of the home pad test in the investigation of female urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:162-7.
22. Crystle CD, Charme LS, Copeland WE. Q-tip test in stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1971;38:313-5.
23. Bergman A, McCarthy TA, Ballard CA, Yanai J. Role of the Q-tip test in evaluating stress urinary incontinence. *J Reprod Med* 1987;32:273-5.
24. Montz FJ, Stanton SL. Q-Tip test in female urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1986;67:258-60.
25. James M, Jackson S, Shepherd A, Abrams P. Pure stress leakage symptomatology: is it safe to discount detrusor instability? *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:1255-8.