

Disfunção Urinária em Paciente Portadora de Esclerose Múltipla

Urinary Dysfunction In Patient With Multiple Esclerose

Ana Márcia Pinheiro Fria¹, Bruna Araújo Cuzzati¹, Gabriela Andrade Piemonte Lopes², Renata Aparecida de Oliveira Lima²

RESUMO

Objetivo. Apresentar o tipo de disfunção urinária presente em uma paciente portadora de Esclerose Múltipla e avaliar a qualidade de vida da mesma. **Método.** Trata-se de um estudo de caso realizado com uma mulher de 33 anos. Foi avaliado o tipo de disfunção urinária utilizando uma ficha de avaliação fisioterapêutica, uma avaliação física para avaliar a força da musculatura do assoalho pélvico, e posteriormente foi aplicado um questionário de qualidade de vida, o King's Health Questionnaire (KHQ's). **Resultados.** A queixa de perda urinária da paciente foi aos mínimos esforços. Dentre os valores obtidos através do questionário de qualidade de vida, obteve-se nos domínios de impacto de incontinência um escore de 66,66 pontos, medidas de gravidade escore de 33,33 pontos, percepção geral da saúde escore 25 pontos, e limitação física/social escore 16,66 pontos. Nos demais domínios obteve-se um score zero pontos. **Conclusão.** Apresentamos uma mulher portadora de EM com disfunções urinárias e sua repercussão na qualidade de vida. Este tipo de avaliação em paciente com EM é importante, para, posteriormente, direcionar um tratamento fisioterapêutico e novos estudos relacionados a esse assunto.

Unitermos. Qualidade de vida, Esclerose Múltipla, Incontinência Urinária.

Citação. Fria AMP, Cuzzati BA, Lopes GAP, Lima RAO. Disfunção Urinária em Paciente Portadora de Esclerose Múltipla.

ABSTRACT

Purpose. Introduce the type of urinary dysfunction in one patient with multiple sclerosis assessing their quality of life. **Method.** This is a case conducted with a woman of 33 years. We evaluated the type of urinary dysfunction using a physiotherapy evaluation form, a physical evaluation to assess the strength of the pelvic floor muscles, and later a questionnaire for quality of life was filled, the King's Health Questionnaire (KHQ's). **Results.** The urinary loss of the patient was on minimal exertion. Among the values obtained through the quality of life was filled questionnaire, was obtained in the areas of impact of incontinence a score of 66.66 points, measures of severity score of 33.33 points, general health perception score of 25 points, and physical/social limitation score 16.66 points. In the other fields scored 0 points. **Conclusion.** Present a woman with MS and urinary dysfunction and its impact on quality of life. This type of evaluation in patients with MS is important for later direct to a physical therapy and new studies related to this subject.

Keywords. Quality of life, Multiple Sclerosis, Urinary Incontinence.

Citation. Fria AMP, Cuzzati BA, Lopes GAP, Lima RAO. Urinary Dysfunction In Patient With Multiple Esclerose.

Pesquisa realizada na Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente-SP, Brasil.

1. Discentes do curso de fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente-SP, Brasil.

2. Fisioterapeutas, Mestre, docentes do departamento de fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente-SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Renata Aparecida de Oliveira Lima

Rua José Bongiovani, 700

Fone: 3229-1000 (PABX) - Cidade Universitária
CEP 19050-9000, Presidente Prudente-SP, Brasil.

E-mail: renatalima@unoeste.br

Relato de Caso

Recebido em: 01/06/12

Aceito em: 05/03/13

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença do Sistema Nervoso Central (SNC), onde há uma degeneração da substância branca em que ocorre destruição da mielina (proteína fundamental na transmissão do impulso nervoso)¹ por auto anticorpos, diminuindo assim o impulso nervoso^{2,3}.

Nos estágios iniciais da doença, há o aparecimento de uma reação imune celular mediada por células T, determinando assim a inflamação e desmielinização, acometendo o SNC, com predominância de nervo óptico, medula cervical, o tronco cerebral e a substância branca periventricular⁴.

A causa da EM ainda é desconhecida, no entanto, estudos revelam causas do tipo anomalias imunológicas, mielinólise (destruição da bainha de mielina)⁵ por enzimas e infecções produzidas por um vírus latente ou lento⁶. A EM acomete principalmente adulto jovem, na faixa etária de 20 a 40 anos, sendo raro o aparecimento da doença antes da puberdade e após os 60 anos de idade⁷.

O diagnóstico da EM baseia-se nos sintomas apresentados pelo paciente, o tempo de aparecimento e sinais ao exame físico. Como diagnóstico complementar, a ressonância nuclear magnética do cérebro e da medula espinhal é considerada um exame padrão-ouro para demonstrar as placas na substância branca, mais comumente periventricular e em múltiplos locais na medula espinhal⁸.

A EM é mais comum em indivíduos brancos, e sendo considerada rara em orientais, negros e índios⁹. Essa enfermidade tem menor prevalência e incidência na América Latina, principalmente no Brasil, pois é mais comum em climas temperados do que em climas tropicais⁶.

A forma de evolução clínica da EM foi subdividida em surto-remissão, secundariamente progressiva, primariamente progressiva, progressiva recorrente^{2,10}. Quando se fala em EM deve levar em conta características básicas da doença, como por exemplo: os sintomas de apresentação e forma de evolução. Vários sintomas relacionados ao SNC podem ser apresentados, mas os principais são: perda aguda de visão unilateral, tetraplegia ou paraplegia aguda, hemiplegia, ataxia, alterações sensitivas e sintomas urinários¹⁰⁻¹².

Na EM as alterações miccionais associadas podem

apresentar-se num aspecto, desde hipocontratibilidade detrusora e retenção urinária até hiperatividade detrusora, incontinência, sintomas irritativos e dissinergia (alterações musculares ou de grupos musculares que trabalham em concordância)^{13,14}. As disfunções urinárias em pacientes portadores de EM tendem a ser frequentes, sendo que, 90% dos pacientes vão apresentar queixas do trato urinário, e 70% vão apresentar uma hiperatividade detrusora⁷. Dos sintomas apresentados, o mais frequente é o de urgência, que abrange um total de 83% dos pacientes¹⁵⁻¹⁷.

Alguns estudos associam as alterações miccionais a uma diminuição das atividades sociais e pessoais, devido ao constrangimento e desconforto que esses indivíduos sofrem devido a essa disfunção, levando muitas vezes ao isolamento social^{13,14,18-20}.

O objetivo deste estudo foi apresentar uma paciente portadora de EM e avaliar o tipo de disfunção urinária e sua qualidade de vida.

MÉTODO

Participou do estudo uma paciente do sexo feminino portadora de EM clinicamente diagnosticada com queixa de disfunção urinária que frequenta a Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista-UNOESTE, na cidade de Presidente Prudente-SP. Este estudo foi previamente aprovado no comitê de ética em pesquisa da Unoeste sob resolução 196/96 (protocolo nº. 667).

Utilizamos uma ficha de avaliação fisioterapêutica para disfunção urinária, que consistiu em analisar qual a queixa principal da paciente, em que tipo de esforço que esta paciente tem perda de urina, como por exemplo, tossir, riso, cócoras, a frequência miccional durante o dia e a noite, o número de gestações que a paciente teve, entre outros. Foi feita uma anamnese (perguntas sobre o dia a dia da paciente, e sua queixa principal) e uma avaliação física para avaliar a força da musculatura do assoalho pélvico.

A avaliação funcional consistiu na visualização da genitália externa, verificando a presença ou ausência de contração voluntária visível da musculatura do assoalho pélvico ao comando verbal, ou seja, a visualização do movimento do períneo para dentro durante a contração do músculo do assoalho pélvico²¹.

A musculatura do assoalho pélvico foi avaliada

através de uma palpação vaginal, em que o examinador introduz o dedo médio e indicador no introito vaginal, onde são avaliados os tipos de graus de contração que a paciente apresenta que consiste em: Grau 0 – sem contração perineal visível, nem a palpação (consiste na ausência de contração muscular); Grau 1 – sem contração perineal visível e discreta contração a palpação; Grau 2 – contração perineal fraca, tanto visivelmente quanto a palpação; Grau 3 – contração perineal presente e visível, porém aplicado à resistência durante a palpação se torna opositora; Grau 4 – contração perineal presente e visível, porém não resiste mais do que 5 segundos quando aplicado a resistência durante a palpação; Grau 5 – contração perineal presente e visível, durante a palpação resiste a mais de 5 segundos quando aplicado a resistência¹⁶.

Foi aplicado o questionário de qualidade de vida, King's Health Questionnaire (KHQ's), específico para pacientes com disfunções urinárias, validado em português por Tamanini *et al.*²¹. O KHQ é composto de 30 perguntas, que são divididas em 9 partes, onde foi analisada respectivamente a percepção de saúde, o impacto que a IU causa no indivíduo, limitações para realizar certos tipos de atividades, limitação para com o meio social, relações pessoais, estados emocionais, como que é o sono do indivíduo relacionado à IU (se esta atrapalha o sono). Além dessas questões, também foram analisadas as frequências de micção de indivíduo, se este sente dor ou desconforto ao urinar, se durante atividade sexual ocorre perda involuntária de urina e também qual a frequência de micção no período noturno²¹⁻²³.

As respostas variam de 0 a 100, considerando-se que, quanto maior o valor obtido, pior é a qualidade de vida do indivíduo.

RESULTADOS

Relato do Caso

A paciente apresentava diagnóstico clínico de EM, 33 anos de idade, casada, cor parda, sendo sua profissão do lar, com 57 Kg, 1,50 de altura, IMC= 25,33 Kg/m². Relata ser ativa sexualmente, não relata perda de urina durante este ato, mas relata apresentar perda urinária a mínimos esforços (risco, cócoras e espirro), apresentando também dificuldades na eliminação da urina e sente ardor no ato de micção. Ao exame físico, faz uso da musculatu-

ra acessória (glúteos e adutores de quadril), o que significa que precisa da musculatura adjacente para um controle dos MAP. O grau de contração AFA que a paciente obteve foi grau 1, ou seja, função perineal objetiva ausente e contração reconhecível somente à palpação.

Os valores obtidos através do questionário de qualidade de vida (KHQ's), obteve-se nos domínios de impacto de incontinência um escore de 66,66 pontos, medidas de gravidade escore de 33,33 pontos, percepção geral da saúde escore 25 pontos e limitação física/social escore 16,66 pontos. Nos domínios limitação de AVD's, relações pessoais, sono/disposição e emoção, obteve-se escores 0 (zero) pontos, o que significa que o problema urinário não interfere no respectivo domínio.

DISCUSSÃO

Das pacientes com EM, 84% apresentam limitações funcionais que podem levar a múltiplas incapacidades, como a disfunção sexual e vesical apresentando grande impacto no convívio social, profissional, familiar, ou seja, na qualidade de vida das mulheres de todas as idades, a qual tem causado significativa morbidade entre as mesmas^{17,24}.

Aproximadamente 80% dos pacientes portadores da EM apresentam incontinência urinária²⁰. Outros estudos relatam que entre 75% e 90% dos pacientes com EM vão apresentar este sintoma em algum período da doença, o que sugere que a presença da IU está diretamente ligada à evolução da doença²⁵. Outras pesquisas também referem que a disfunção do trato urinário na EM progride juntamente com a doença²⁶. Sintomas urinários ocorrem com maior frequência em casos com mais de quatro anos de diagnóstico da EM e, além disso, a urgência miccional parece ser o sintoma urinário mais comum apresentado pelos pacientes^{20,26}.

Diversos estudos demonstram que pacientes portadores de EM apresentam impacto negativo em relação ao domínio limitação física no questionário de qualidade de vida, se comparado com pessoas normais¹⁷.

Diferentemente do encontrado neste estudo, o pior fator que esta paciente relacionou é o impacto da incontinência obtendo o maior escore, pois a mesma relata que a incontinência urinária tem afetado em média proporção. O menor escore foi sobre a limitação física/social,

pois o seu problema urinário não a impede de sair de casa, não interferindo completamente a relação com a família.

Na literatura existem algumas divergências quanto à prevalência deste sintoma. As disfunções urinárias em pacientes portadores de EM tendem a ser frequentes, sendo que, 90% dos pacientes vão apresentar queixas do trato urinário, e 70% vão apresentar uma hiperatividade detrusora⁷. No presente estudo, a paciente apresentou uma diminuição da força muscular dos músculos do assoalho pélvico, e não uma instabilidade detrusora, tendo assim menos impacto na qualidade de vida.

Dos sintomas apresentados, o mais frequente é o de urgência, que abrange um total de 83% dos pacientes¹⁵⁻¹⁷.

CONCLUSÃO

O resultado do presente estudo apresentou uma paciente com EM e incontinência urinária de esforço, pela fraqueza da musculatura do assoalho pélvico (MAP), o que difere da literatura. A mesma perde urina ao realizar atividades de baixa intensidade como tossir, espirrar, cócoras, mudança de decúbito e rir.

REFERÊNCIAS

1. Silwa JA, Cohen BA. Esclerose Múltipla In: Delisa JA, Gans BM. Tratado de medicina de reabilitação. São Paulo: Manole, 2001, p.1307-23.
2. Tipos e formas de esclerose múltipla (Endereço na Internet). Brasil: Comitê Brasileiro de Tratamento e Pesquisa da Esclerose Múltipla (BCTRIMS). (atualizado em 04/2012; acessado em: 16/04/2012). Disponível em: <http://www.bctrims.org.br/?o=tipos>.
3. Brasileiro Filho G. Bogliolo: Patologia geral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.916-8.
4. Rodrigues IF, Nielson MBP, Marinho AR. Avaliação da fisioterapia sobre o equilíbrio e a qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. Rev Neurocienc 2008;16:269-74.
5. Finkelsztejn A, Cristovam RA, Moraes GS, Lopes MGSM, Silva AV, Garcia MS, et al. Clinical features of multiple sclerosis in the south of Brazil. Arq Neuropsiquiatr 2009;67:1071-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000600021>
6. França AS. Esclerose múltipla. Arq. Neuropsiquiatr 2005;63:190-2. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2005000100045>
7. Almeida LHRB, Rocha FC, Nascimento FCL, Campelo LM. Ensinar e aprendendo com portadores de esclerose múltipla: relato de experiência. Rev Bras Enferm 2007;60:460-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400020>
8. Bicalho OJ, Rocha MA Fº, Faria Neto NA. Disfunções Miccionais em Doenças Neurológicas: Infecções-Inflamatórias-Degenerativas (Endereço na Internet). Brasil : Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina(atualizado em 06/2012, acessado em 06/2012. Disponível em : http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/16-DisfMicciNeuro.pdf
9. Andreoli MD. CECIL Medicina Interna Básica.. 5ª edição Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002, p.886-90.
10. Figueira FFA. Corpus Callosum Index: A practical method for long-term follow-up in multiple sclerosis. Arq Neuropsiquiatr 2007;65:932-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000600001>
11. Finkelsztejn A. Neuroinflammation in multiple sclerosis: evidence for autoimmune dysregulation, not simple autoimmune reaction. Clin Neurol Neurosurg 2006;108:241-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2005.11.006>
12. Nogueira LAC, Nobrega FR, Lopes KN, Thuler LCS, Alvarenga RMP. The effect of functional limitations and fatigue on the quality of life in people with multiple sclerosis. Arq Neuropsiquiatr 2009;67:812-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000500006>
13. Vasconcelos AG, Haase VG, Lima EP, Lana-Peixoto MA. Maintaining quality of life in multiple sclerosis (Fact, fiction, or limited reality?). Arq Neuropsiquiatr 2010;68:723-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000500010>
14. Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: the impact of disability, gender and employment status. Qual Life Res 2006;15:259-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-005-0891-6>
15. Silva TO, Monteiro LA. Perturbações miccionais da esclerose múltipla. Acta Urológica 2006;23:61-7.
16. Contreras Ortiz O, Coya Nuñez F, Ibañez G. Evaluación funcional del piso pélvico femenino (clasificación funcional). Bol Soc Latinoam Uroginecol Cir Vaginal 1994;1:5-9.
17. Pavan K, Miguez PB, Marangoni BEM, Tilbery CP, Lianza S. Comportamento da incontinência urinária em pacientes com esclerose múltipla e sua influência na qualidade de vida. Med Reabil 2010;29:1-5.
18. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. Rev Bras Enferm 2009;62:51-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100008>
19. Tozun M, Ayrançi U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. Gynecol Obstet Invest 2009;67:241-9. <http://dx.doi.org/10.1159/000209310>
20. Higa R, Lopes MHB, Turato ER. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. Rev Latino-Am Enfermagem 2008;16:779-86.
21. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. Rev Saúde Públ 2003;37:203-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000200007>
22. Rodrigues IF, Nielson MBP, Marinho AR. Avaliação da fisioterapia sobre o equilíbrio e a qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. Rev Neurocienc 2008;4:269-74.
23. Borello-France DF, Zyczynski HM, Downey PA, Rause CR, Wister JA. Effect of pelvic-floor muscle exercise position on continence and quality-of-life outcomes in women with stress urinary incontinence. Phys Ther 2006;86:974-86.
24. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. Rev Esc Enferm USP 2006;40:34-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100005>
25. Henze T. Managing Specific symptoms in people with multiple sclerosis. Int MS J 2005;12:60-8
26. Haslam C. Managing bladder symptoms in people with multiple sclerosis. Nurs Times 2005;101:48-52.