

REVISÃO ABERTA

Urgência e urge-incontinência em mulheres após seis meses de AVC

Urinary urgency and urge-incontinence in women after 6 months of stroke

Clarisse Potasz¹

1. Terapeuta Ocupacional, Setor de Neuro-Sono da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

Síntese.

O artigo pretende estudar a incontinência urinária em mulheres que sofreram acidente vascular isquêmico, bem como a topografia da lesão¹. Foram estudadas 91 mulheres usando-se o King's Health Questionnaire para avaliação dos sintomas urinários e o teste do Mini-Mental para avaliação de sintomas cognitivos. Ambos os testes são validados no Brasil. A topografia da lesão foi determinada por exame de imagem com tomografia computadorizada. O grupo inicial foi dividido em dois subgrupos: mulheres continentares e mulheres incontinentes, que após terem sido usados os critérios de exclusão (resultado do Mini-mental e sintomas urinários prévios), foi formado por 41 mulheres com sintomas de incontinência urinária e 37 mulheres continentares. No grupo estudado, 45% das mulheres apresentavam incontinência urinária. No entanto, não se conseguiu nesta pesquisa, associar sintomas urinários com topografia da lesão.

Introdução.

O tema – incontinência urinária (IU) – está bem delimitado na introdução com uma boa explicação sobre o funcionamento da bexiga. A importância do assunto fica clara pela alta prevalência do problema e pelas conseqüências na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Os autores apresentam uma minuciosa descrição da circuitaria neural e do funcionamento da bexiga bastante informativa. Uma alternativa para esta exposição seria a substituição por uma figura, facilmente encontrada nos bancos de dados da internet, juntando tão somente uma explicação sucinta sobre o sistema urinário.

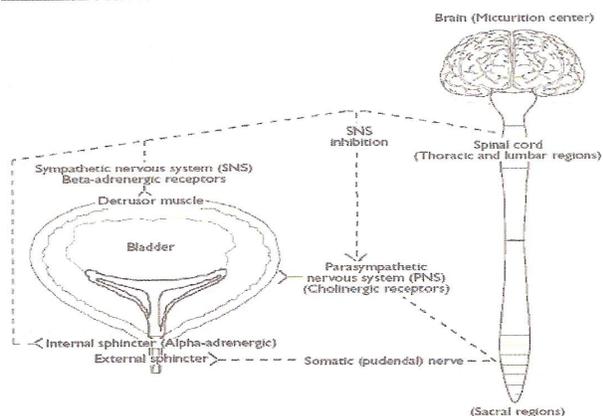
Um exemplo²:

Figure 1 Basic bladder anatomy and physiology. (Adapted from references 1–3, 12–14, 16, 81, and 88.)

A ilustração, mais uma explicação curta, seriam mais eficientes e proporcionariam aos autores mais espaço para discorrer sobre as prevalências do problema nos estudos realizados pelo mundo^{3,6}.

No final da introdução, os autores acertadamente descrevem os objetivos do estudo: “verificar a frequência das queixas urinárias e a topografia da lesão isquêmica do AVEI, nos casos de bexiga hiperativa neurogênica decorrente do AVEI”. Há, no entanto certa confusão neste aspecto, uma vez que neste trecho são citadas como foco da pesquisa a prevalência de queixas urinárias numa determinada população e a topografia da lesão cerebral. Os autores não mencionam o estudo da associação entre queixa urinária e local de lesão, mas nos resultados estes dados aparecem, deixando o leitor confuso. A descrição dos objetivos do estudo deve estar de acordo com os resultados apresentados para que o leitor se prepare para o que vai ler, e possa entender a função daquela determinada pesquisa.

Uma ressalva quanto à nomenclatura deve ser feita: os autores usam a denominação “acidente vascular encefálico isquêmico” para definir a patologia estudada. Muitos autores vêm usando este termo para descrever a doença popularmente conhecida como “derrame cerebral”. A Sociedade de Doença Cerebrovascular, em 1996, convencionou porém que esta patologia deve ser chamada de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.

Método.

Os testes descritos são adequados para a resposta do problema: as queixas urinárias foram avaliadas usando-se o King's Health Questionnaire, com a adequada identificação dos sintomas necessários para o diagnóstico do problema. Este questionário é bastante usado na literatura internacional^{7,8} para avaliar a qualidade de vida e problemas urinários, tendo sido validado em português o que o torna um instrumento adequado para a população em estudo. As mulheres que apresentaram IU foram avaliadas ainda pelo mini-exame do estado mental (MEEM), outro instrumento usado amplamente na literatura para avaliação da cognição^{9,11}. Parece-nos porém que este método de avaliação da cognição seria mais adequado para testes rápidos em situações onde o paciente precisa ser avaliado momentaneamente. Os autores poderiam ter empregado testes neuropsicológicos, como os usados por Tatemichi et al.¹², onde os pacientes são avaliados funcionalmente em seis domínios cognitivos principais: memória (verbal e visual), orientação, habilidade de linguagem, habilidade visuo-espacial, pensamento abstrato e atenção.

Por outro lado, não foram avaliados as funções físicas e níveis de independência dos pacientes estudados. O índice de Barthel^{12,14} muito conhecido entre pesquisadores que lidam com problemas funcionais, poderia ter sido utilizado para se verificar o nível de independência das mulheres do estudo. Impedimentos nas funções do dia a dia, como restrições à locomoção e incapacidade de usar o banheiro independentemente, podem ter constituído vieses importantes neste grupo. As restrições à locomoção são consideradas um dos fatores causadores de IU em pacientes idosos ou naqueles que apresentem algum tipo de patologia que possa interferir na marcha. Outro importante instrumento de avaliação, o Stroke Severity Scale¹⁵, também poderia ser usado com estas pacientes, para tornar o grupo mais uniforme. Seria interessante ainda conhecer o nível sócio educacional das pacientes estudadas.

As condições de moradia, o número de anos de estudo, podem influenciar a atitude do paciente em relação a alguma limitação que possa apresentar. Por exemplo, pessoas com mais anos de estudo e melhores condições financeiras, com restrições físicas que interferissem em seu acesso às facilidades sanitárias, estariam mais prontas a buscar ajuda especializada e adaptar seu ambiente às suas dificuldades, diminuindo talvez o número de queixas de IU. Além do mais, pacientes com mais acesso a informação, mostrariam maior compreensão do problema e de suas causas, tendendo a discutir mais abertamente suas dificuldades com seu médico. Isto facilita o diagnóstico e permite um tratamento eficiente, com remissão mais rápida dos sintomas^{16,17}. Outro ponto a se pensar ainda com relação às condições sócio-culturais, diz respeito às respostas a testes neuropsicológicos. O nível sócio-cultural pode influenciar as respostas nestes testes. Ainda que estes instrumentos não tenham sido usados neste estudo, as respostas das pacientes para o teste aplicado podem ter variado em função de seus anos de educação formal e de suas condições sócio-culturais, bem como a percepção do problema de saúde^{9,18}.

Um fator que chama atenção neste estudo é o fato de ter sido realizado somente com pacientes do sexo feminino. A literatura não refere maior prevalência em mulheres para IU após acidente vascular cerebral (AVC)^{3,5}. Os critérios de inclusão e exclusão são claros, e não deixam dúvidas ao leitor.

A análise estatística do estudo fornece resultados claros e facilmente inteligíveis. Porém os autores citam o uso do teste do Qui-quadrado para verificar a relação entre IU e topografia da lesão. Novamente aqui, lembramos que este objetivo não está descrito na introdução. O leitor que ainda não chegou até os resultados, confunde-se quanto ao uso deste teste específico. Os autores também não citam outros métodos, que provavelmente foram utilizados para valores de média e desvio padrão, porcentagens, etc. Também não são citados os testes realizados para a comparação das médias das idades, descritas nos resultados. O uso do teste t de Student seria uma escolha lógica para o estudo destes números caso os dados fossem paramétricos. A ausência destas informações dificulta a replicação do estudo.

Resultados e Discussão.

A apresentação dos resultados está perfeitamente adequada; as tabelas e gráficos ajudam na compreensão do quadro. No entanto os autores indicam logo no início da descrição dos resultados que “Não houve diferença significativa em relação às idades entre os grupos”, indicando em seguida à Figura 1. Esta figura descreve na realidade a frequência dos sintomas urinários na amostra e deveria ter sido indicada no final do segundo parágrafo.

Este parágrafo descreve as porcentagens dos sintomas de IU na amostra, tornando assim repetitiva a adição da figura. Os autores poderiam ter citado no segundo parágrafo apenas que os dados sobre os sintomas urinários da amostra estão descritos na Figura 1.

A alta prevalência (45%) de IU nas pacientes estudadas é um dado interessante uma vez que é maior do que aquela citada por outros artigos na literatura^{2,19,20}. No entanto um estudo que considerou grupos de homens e mulheres com problemas de IU pós AVC, também mostra alta prevalência para o problema⁵.

Por outro lado, as altas incidências de IU geralmente aparecem num primeiro período (aproximadamente três meses) após a instalação do quadro, variando entre 38 e 60%^{3,5}. Normalmente, estes números decrescem com o passar do tempo e a melhora do quadro^{20,21}.

As pacientes deste estudo foram avaliadas após um mínimo de sete meses de ocorrência do AVC, quando a prevalência da IU deveria estar diminuindo.

Não foram avaliados dados que poderia influenciar estes resultados, como o grau de independência (conforme já citado anteriormente); pacientes acometidos por AVC hemisférico, com hemiplegia, déficit proprioceptivo e negligência visual, sem história prévia de incontinência, mostram uma prevalência de 70% em média para IU um mês após a instalação do quadro. Pacientes com seqüelas motoras apenas, como hemiplegia, apresentam uma prevalência de 10% para IU no mesmo período²². Outras características como massa corporal, por exemplo, também poderiam ter sido levadas em consideração. O sobrepeso pode ser uma causa para IU, agravando este sintoma²³. A etnia, bem como a idade também parece influenciar a ocorrência e duração das diversas seqüelas causadas por AVC⁴ incluindo a IU. No grupo estudado, não são dadas informações sobre a etnia das pacientes, e a idade média do grupo incontinente está abaixo daquela encontrada na literatura para pacientes com estes sintomas e tempo de AVC^{5,20}.

Quanto aos sintomas urinários, os dados deste estudo também parecem discordar da literatura. 68.2% das pacientes estudadas apresentaram urge-incontinência; um estudo na literatura que pesquisou a IU em homens e mulheres através de cistometria encontrou este sintoma em 34% dos pacientes um ano após a ocorrência do AVC¹⁹.

Sobreviventes de AVC têm maior chance de apresentar IU quando há paresia e depressão²⁴. Este último aspecto também não foi relatado neste estudo; sintomas depressivos poderiam estar agravando as queixas de IU, o que poderia ser uma explicação para a alta prevalência do problema após 7 meses da instalação da doença.

O resultado que mais chama a atenção neste estudo é a não associação entre IU e topografia da lesão. A urge-incontinência acompanhada de redução na sensação de enchimento da bexiga foi associada com redução da perfusão global do córtex cerebral, mais especificamente das áreas frontais do cérebro, especialmente no hemisfério direito²⁵. Um estudo da literatura mostra que 80% de pacientes com lesões corticais apresentavam também bexiga hiper ativa, e destes pacientes, 60% tinham incontinência. Nesta mesma amostra, os pacientes com lesões talâmicas apresentavam bexiga hiper ativa e disúria¹⁹.

As histórias da micturição de 39 pacientes com AVC agudo de tronco mostraram que após três meses do evento, 49% apresentavam sintomas urinários irritativos e obstrutivos, sendo as mais comuns dificuldades de esvaziamento e aumento na frequência da noctúria. As imagens de ressonância magnética cerebral destes pacientes ficaram mais concentradas na área dorso lateral da ponte, incluindo o núcleo reticular pontino, a formação reticular adjacente ao núcleo parabraquial e o lócus ceruleus.

Estas regiões parecem ser os principais responsáveis pelos tipos supranucleares de disfunção do nervo pudendo; tal fato corresponde ao centro pontino de armazenagem urinária e micção relatados em pesquisas com animais²⁶.

Um estudo que avaliou 45 homens e 15 mulheres, através de pesquisa urodinâmica completa com eletromiografia, em até 72 horas da ocorrência do AVC, mostra que a maioria daqueles que tinham lesões corticais e de cápsula interna, mostravam hiperreflexia do detrusor. 47% destes pacientes tinham retenção urinária, principalmente devido a arreflexia do detrusor.

Em 20 pacientes com enfartos hemorrágicos, 85% tinham arreflexia comparados a somente 10% dos pacientes com enfartos isquêmicos. 100% dos pacientes com infarto cerebelar mostraram arreflexia do detrusor. Houve uma correlação específica entre enfartos cerebelares e hemorrágicos e arreflexia do detrusor²⁷. Um ponto sempre interessante em estudos de prevalência é aquele onde os dados encontrados justificam a criação de políticas públicas de saúde para aquele problema específico. O trabalho que ora temos pela frente, encontrou, por exemplo, uma faixa etária muito abaixo do esperado (58,8 anos). A IU como bem lembra os autores é um problema que interfere na qualidade de vida de seus portadores, dificultando o contato social e o desempenho de uma vida profissional ativa. Um estudo realizado na Austrália em 1998, com mulheres a partir dos 18 anos, mostrou que o custo para o sistema de saúde naquele ano somente para o tratamento da IU foi de \$710.44 milhões, ou \$387 por mulher incontinente, somando \$338.47 milhões em custos de tratamento e \$371.97 milhões em custos pessoais²⁸. Ainda que este estudo não tenha tratado especificamente da IU pós AVC, seus números dão uma idéia dos custos deste problema para a saúde.

Assim, a principal conclusão a que se deve chegar a partir do trabalho que foi realizado com estas pacientes, é que devem ser feitas novas pesquisas, a nível populacional, para se determinar a prevalência de sintomas urinários nos pacientes que sobrevivem a AVCs. Deste modo, será possível sugerir efetivamente a criação de políticas públicas e protocolos de tratamento não somente para diminuir os custos, mas visando também à melhora da qualidade de vida destes pacientes. A reintegração de pessoas com algum tipo de deficiência na sociedade, não somente devolve o indivíduo ao ciclo produtivo, mas evita futuros problemas provocados pela inatividade tanto física como mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Monteiro ES, Gimenez MM, Fontes SV, Fukujima MM, Prado GF. Queixas urinárias em mulheres com infarto cerebral. *Rev Neurocienc* 2009;17:103-7.
- DeMaagd G. Na overview of overactive bladder and its pharmacological management with focus on anticholinergic drugs. *P & T* 2006;31:462-76.
- Gelber DA, Good DC, Laven JL, Verhulst SJ. Causes of Urinary Incontinence After Acute Hemispheric Stroke. *Stroke* 1993;24:378-82.
- Thomas TM, Plyma TKR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *British Med J* 1980;281:1243-5.
- Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, Stewart J, Rudd AG, Howard R, et al. Estimates of the Prevalence of Acute Stroke Impairments and Disability in a Multiethnic Population. *Stroke* 2001;32:1279-84.
- Brocklehurst JC, Andrews K, Richards B, Laycock PJ. Incidence and correlates of incontinence in stroke patients. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:540-2.
- Okamura K, Usami T, Nagahama K, Maruyama S, Mizuta E. "Quality of Life" Assessment of Urination in Elderly Japanese Men and Women with Some Medical Problems Using International Prostate Symptom Score and King's Health Questionnaire. *Eur Urol* 2002;41:411-9.
- Bugg GJ, Kiff ES, Hosker G. A new condition-specific health-related quality of life questionnaire for the assessment of women with anal incontinence. *BJOG* 2003;108:1057-67.
- Patel MD, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CD. Cognitive impairment after stroke: clinical determinants and its associations with long-term stroke outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:700-6.
- Folstein MF, Folstein SF, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;1-7.
- Tatemichi TK, Desmond DW, Stem Y, Paik M, Sano M, Bagiella E. Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1994;57:202-7.
- Wade DT, Skilbeck CE, Hewer RL. Predicting Barthel ADL score at 6 months after an acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1983;64:24-8.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
- Foulkes MA, Wolf PA, Price TR, Mohr JP, Hier DB. The Stroke Data Bank: Design, Methods, and Baseline Characteristics. *Stroke* 1988;19:547-54.
- Hom J, Reitan RM. Generalized cognitive function after stroke. *J Clin Exp Neuropsychol* 1990;12:644-54.
- Adams RL, Boake C, Crain C. Bias in neuropsychological test classification related to education, age, ethnicity. *J Consult Clin Psychol* 1982;50:143-5.
- Heaton RK, Grant I, Matthews CG. Differences in neuropsychological test performance associated with age, education, and sex. In: Grant I, Adams KM (eds). *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders: clinical methods and empirical findings*. New York: Oxford, 1986, p.100-20.
- Murayama K, Katsumi T, Ikeda M, Ishikura A. Clinical study of voiding disorders in patients with cerebrovascular accidents. *Hinkokika Kiyō* 1991;37:1243-8.
- Patel M, Coshall C, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CD. Recovery from poststroke urinary incontinence: associated factors and impact on outcome. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1229-33.
- Patel M, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CDA. Natural History and Effects on 2-Year Outcomes of Urinary Incontinence After Stroke. *Stroke* 2001;32:122-7.
- Reding MJ, Winter SW, Hochrein SA, Simon HB, Thompson MM. Urinary Incontinence After Unilateral Hemispheric Stroke: A Neurologic-Epidemiologic Perspective. *Neurorehab Neural Repair* 1987;1:25-30.
- Subak LL, Whitcom E, Hen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174:190-5.
- Jørgensen L, Engstad T, Jacobsen BK. Self-Reported Urinary Incontinence in Noninstitutionalized Long-Term Stroke Survivors: A Population-Based Study. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:416-20.
- Griffiths D. Clinical studies of cerebral and urinary tract function in elderly people with urinary incontinence. *Behav Brain Res* 1998;92:151-5.
- Sakakibara R, Hattori T, Yasuda K, Yamanishi T. Micturitional disturbance and the pontine tegmental lesion: urodynamic and MRI analyses of vascular cases. *J Neurol Sci* 1996;141:105-10.
- Burney TL, Senapati M, Desai S, Choudhary ST, Badlani GH. Acute cerebrovascular accident and lower urinary tract dysfunction: a prospective correlation of the site of brain injury with urodynamic findings. *J Urol* 1996;156:1748-50.
- Doran CM, Chiarelli P, Cockburn J. Economic costs of urinary incontinence in community-dwelling Australian women. *Med J Aust* 2001;174:456-8.