

Bexiga hiperativa

Cássio Riccetto

Disciplina de Urologia - Unicamp



Qual o diagnóstico provável ?

- Mulher, 65 anos, menopausa há 15 anos sem TRH
- Há 12 anos: urgência, 10 micções/dia e 3/noite
- Incontinência de urgência: 3 absorventes por dia
- Constipação crônica: 1 evacuação a cada 4 dias
- Antecedentes: diabetes controlado, G3P3
- Exame Físico: cistocele II. Teste esforço negativo





Conceito



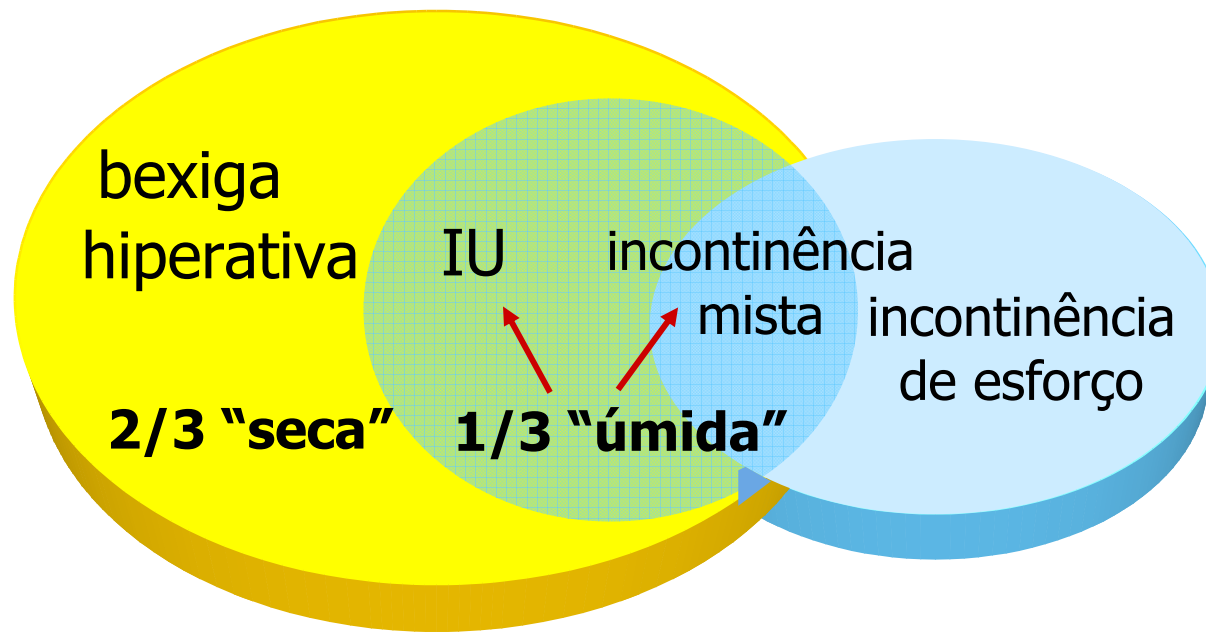
International Continence Society, 2002

- Síndrome caracterizada por urgência e aumento da freqüência urinária, com ou sem incontinência

International Continence Society, 2002

- Hiperatividade detrusora idiopática
... ocorre em paciente sem evidência de neuropatia
- Hiperatividade detrusora neurogênica
... determinada por distúrbio neurológico evidente

Conceito



Heron Report 2003. Milsom I et al., BJU Int 2001; 87:760-6
Stewart WF et al., World J Urol 2003; 20: 327-336



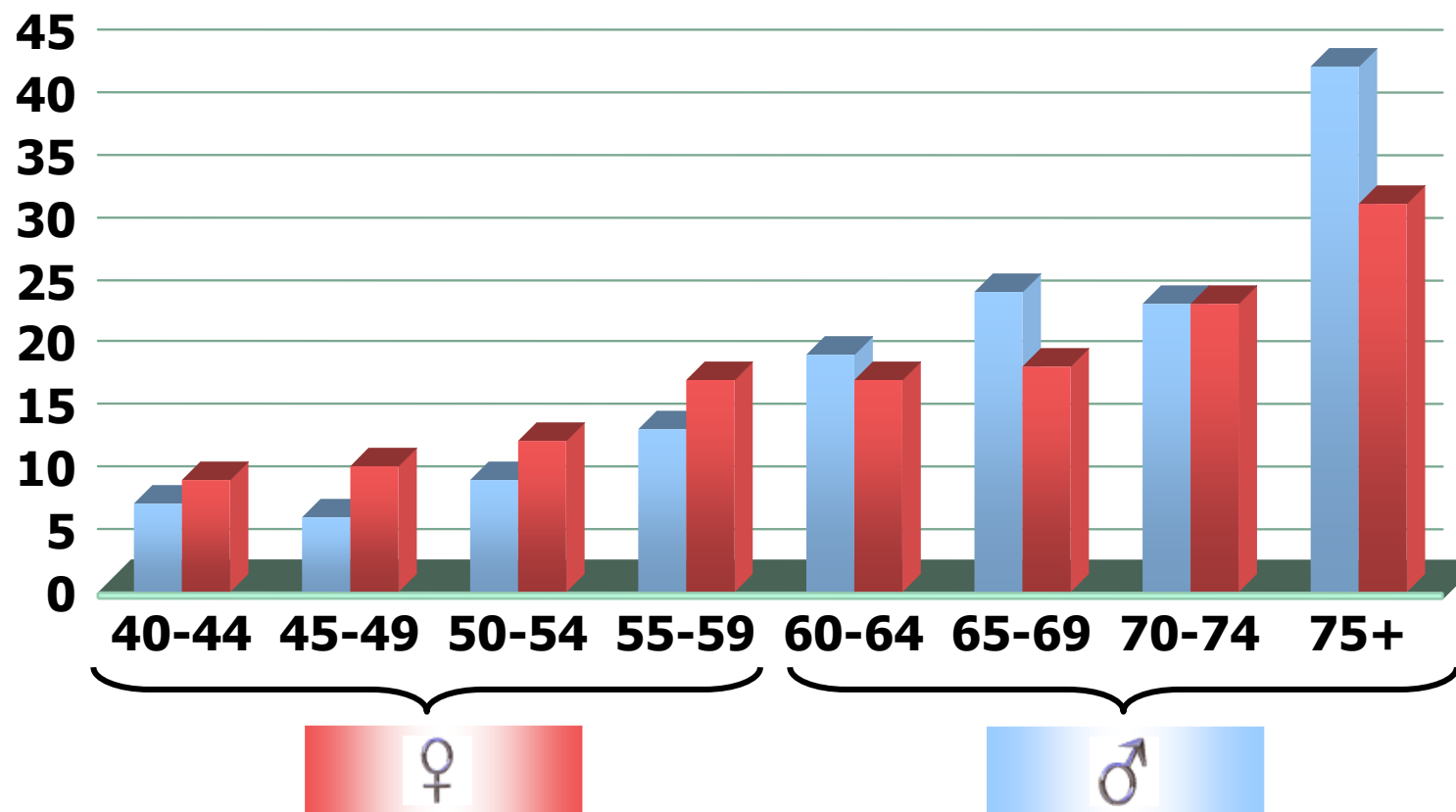
Caso clínico: Antecedentes

- Comorbidades
- Constipação ?
- *Status* hormonal ?
- Paridade ?



Prevalência

EUROPA





Como investigar essa paciente ?

- História: urgência, com ou sem perda urinária, polaciúria e nictúria
- Exame físico: dermatite amoniaca, prolapso

Opcionais

- Diário Miccional
- Questionários de qualidade de vida
- Teste das fraldas (*Pad test*)





Diário miccional

- Identifica e quantifica os sintomas
- Orienta os pacientes em relação ao tipo de perda urinária. Volume urinado indica capacidade vesical
- Avaliação dos resultados e evolução dos tratamentos clínicos e cirúrgicos





Questionários ?

- Padronizar a anamnese
- Avaliar queixas pouco valorizadas
- Incluir aspectos da qualidade de vida
- Controle objetivo do tratamento



Diagnósticos diferenciais

Incontinência
de esforço

Bexiga

Obstrução

Hiperativa

Cistite

Intersticial

Poliúria

Infecção

cis vesical

Diagnóstico diferencial

SINTOMAS	BEXIGA HIPERATIVA	IUE*
Urgência miccional	Sim	Não
Aumento da frequência com urgência	Sim	Raramente
Perda urinária com atividade física, tosse, espirro	Não	Sim
Quantidade de urina na perda	Variável	Pequena
Habilidade para chegar ao toalete em tempo	Não	Sim
Incontinência durante o sono	Sim	Raramente
Noctúria	Sim	Às vezes

***IUE – Incontinência Urinária de Esforço**

Modificado de Abrams P. et al



Exames subsidiários ?

Obrigatório

- Urinálise

Opcionais

- Ultra-sonografia
- Estudo urodinâmico
- Uretrocistoscopia



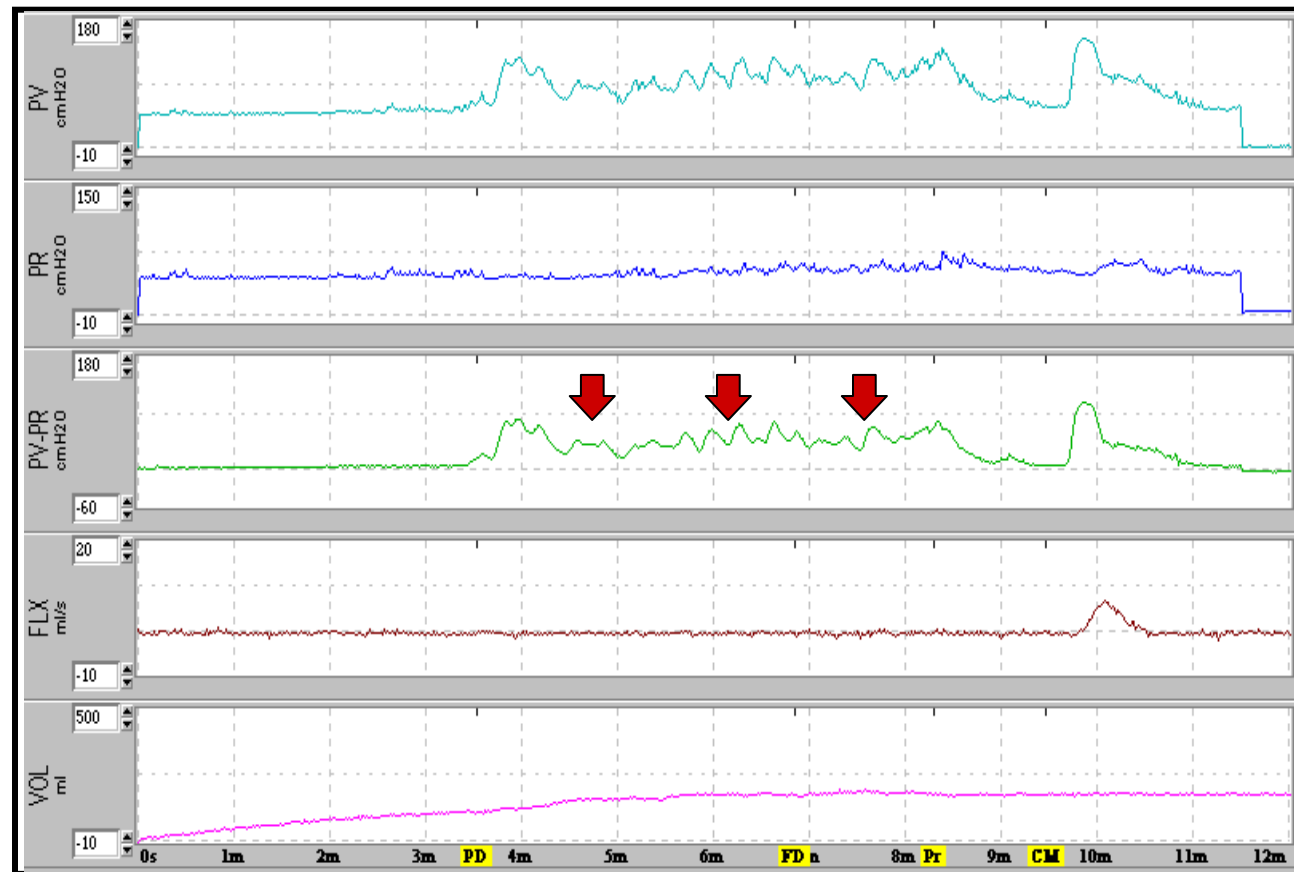


Urodinâmica e Bexiga Hiperativa

- Contração vesical durante o enchimento (hiperatividade detrusora)
- Alterações da sensibilidade vesical
- Cerca de 50% dos exames são normais

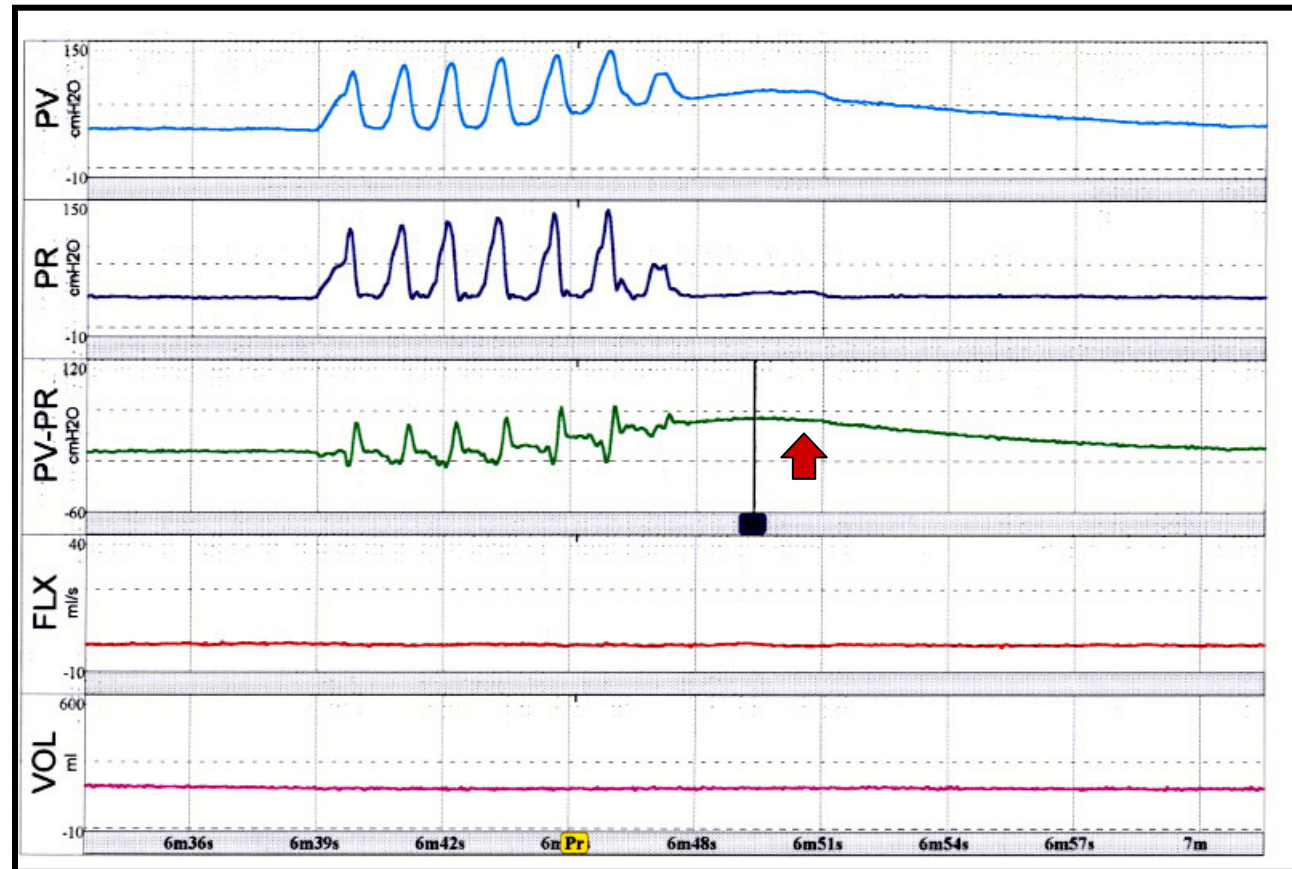
Urodinâmica e Bexiga Hiperativa

Contrações espontâneas



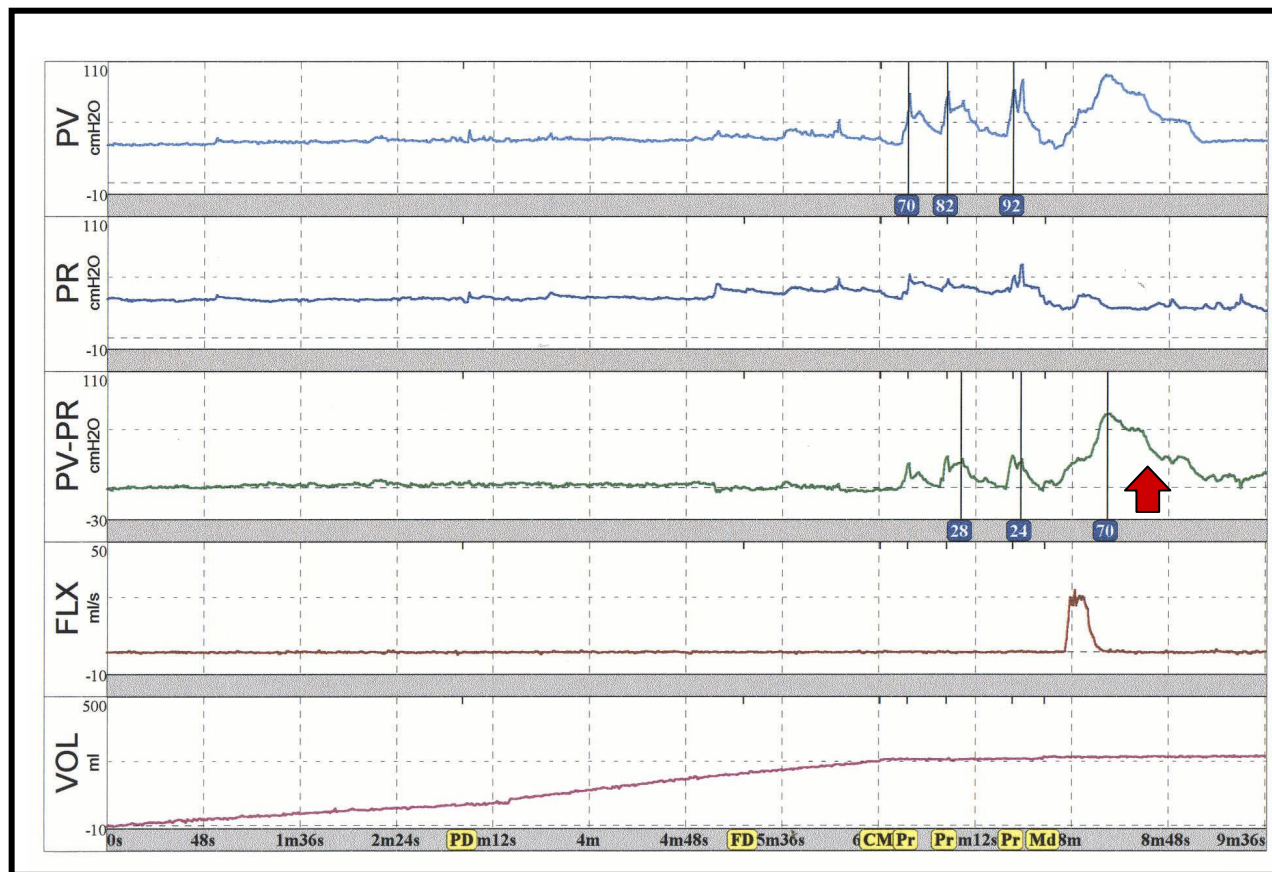
Urodinâmica e Bexiga Hiperativa

Pós manobras
Provocativas
(tosse)



Urodinâmica e Bexiga Hiperativa

Pós miccional





Diagnóstico da Bexiga Hiperativa

- Diagnóstico predominantemente clínico
- Principais sintomas: frequência >, urgência com ou sem perda urinária
- Excluir doenças locais e metabólicas
- Estudo urodinâmico é indicado em casos selecionados

Como tratar ?

- Inibir a urgência miccional
- Aumentar intervalo miccional
- Diminuir episódios de perda involuntária

**Qualidade
de vida**

**Complicações
urológicas**





Medidas comportamentais

Conceitos Básicos

- Micção em horários
- Inibição da urgência
- Programação da ingestão de fluídos





Anticolinérgicos

Oxibutinina	Retemic [®]
Tolterodina	Detrusitol [®]
Propantelina	Probantine [®]
Dariferacina	Enablex [®]
Trospio	Não disponível
Propiverina	Não disponível
Solefenacina	Não disponível





Anticolinérgicos

Contraindicações (M2 e M3)

- Alteração esvaziamento gástrico/transito intestinal
- Glaucoma ângulo agudo não controlado
- Hipersensibilidade à droga





Receptores muscarínicos

- M1: cérebro (córtex, hipocampo), glândulas, gânglios simpáticos
- M2: coração, músculo liso
- M3: músculo liso, glândulas, vasos sanguíneos, TGI, cérebro
- M4: SNC, pulmões
- M5: SNC, íris





Caso clínico

E se o anticolinérgico falhar ?



Por que os anticolinérgicos falham ?

- Contrações não autonômicas
- “Up regulation” receptores M3 / M2*
- Origem miogênica
- Idiossincrasias



Medicamentos segunda linha

- Tricíclicos: imipramina, amitriptilina
- Alfa-bloqueadores
- Flavoxato



Caso clínico

E se falharem também ?

Drogas intravesicais

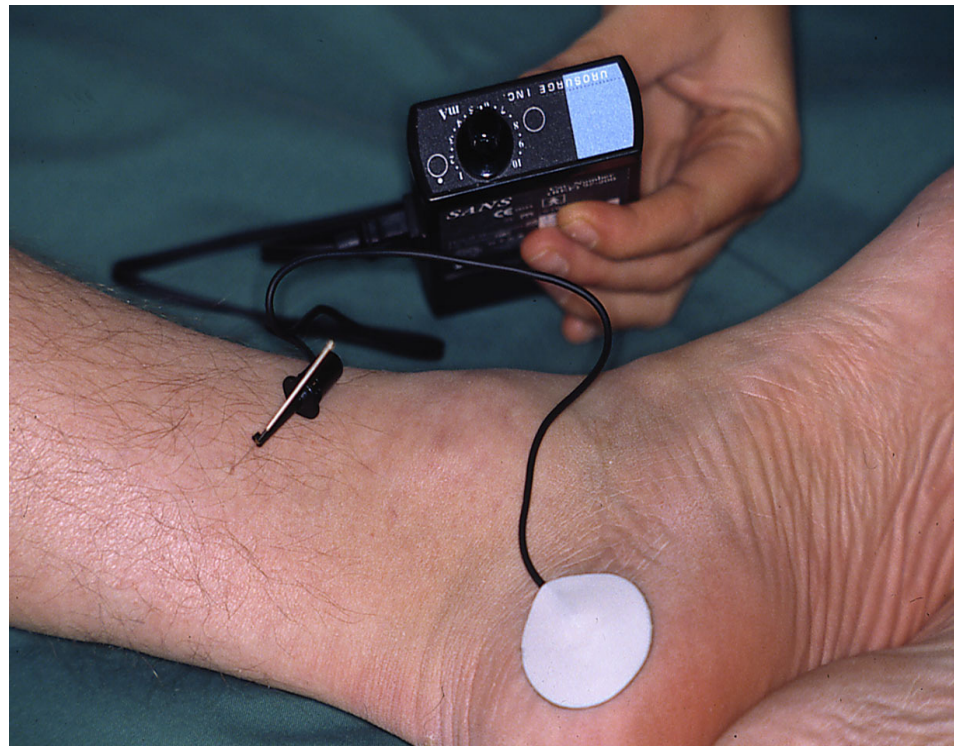
- Oxibutinina
- Toxina botulínica



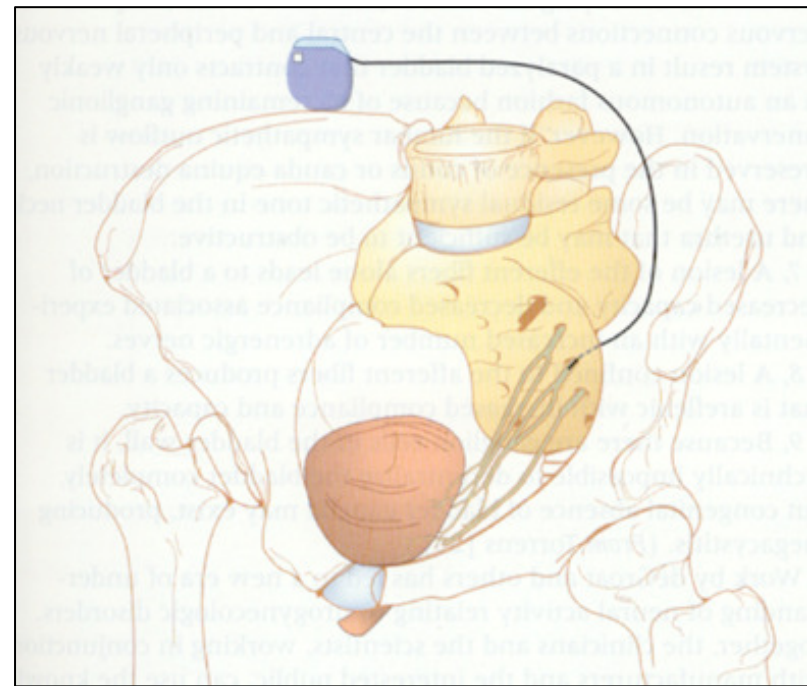
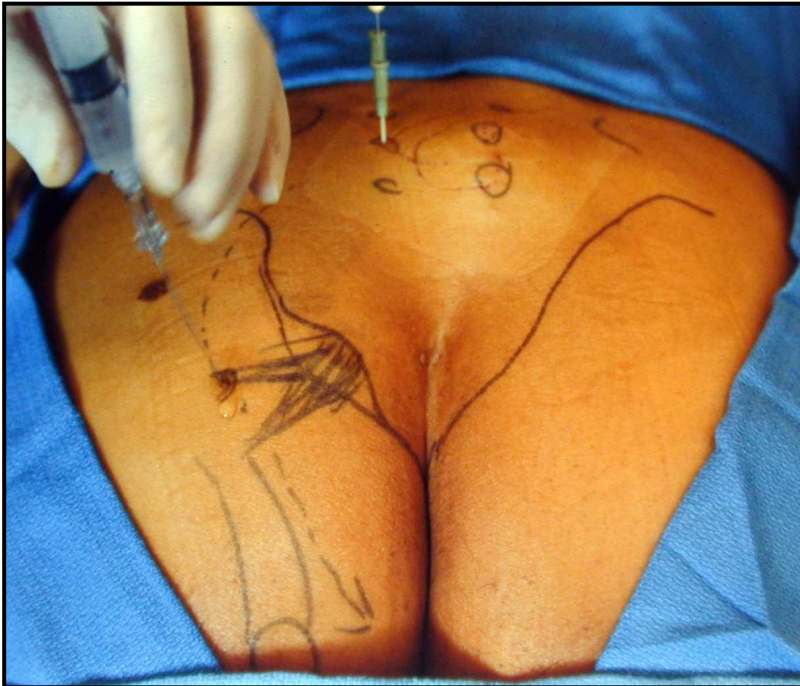
Estimulação n. tibial posterior

Princípio: Nervo tibial contém fibras L4 – S3

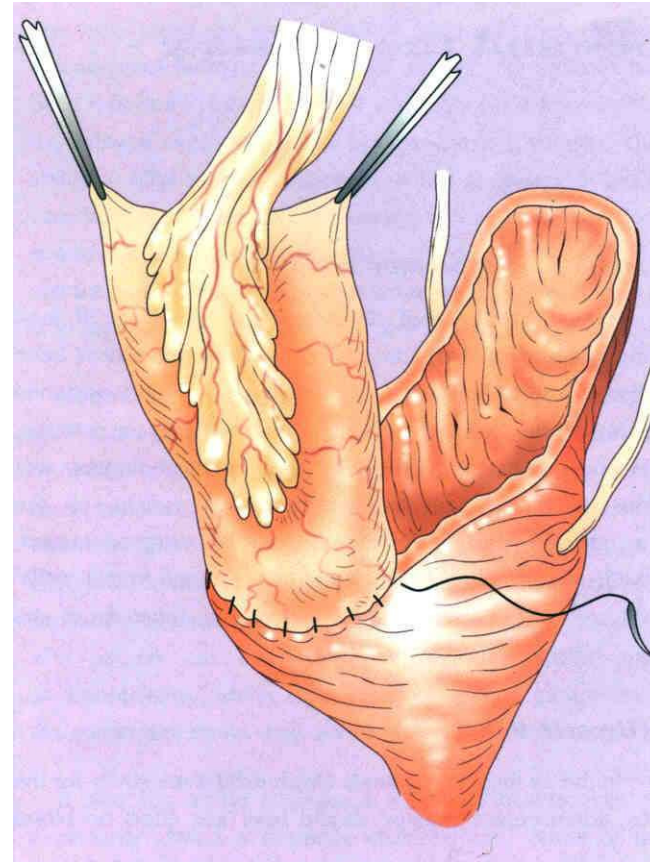
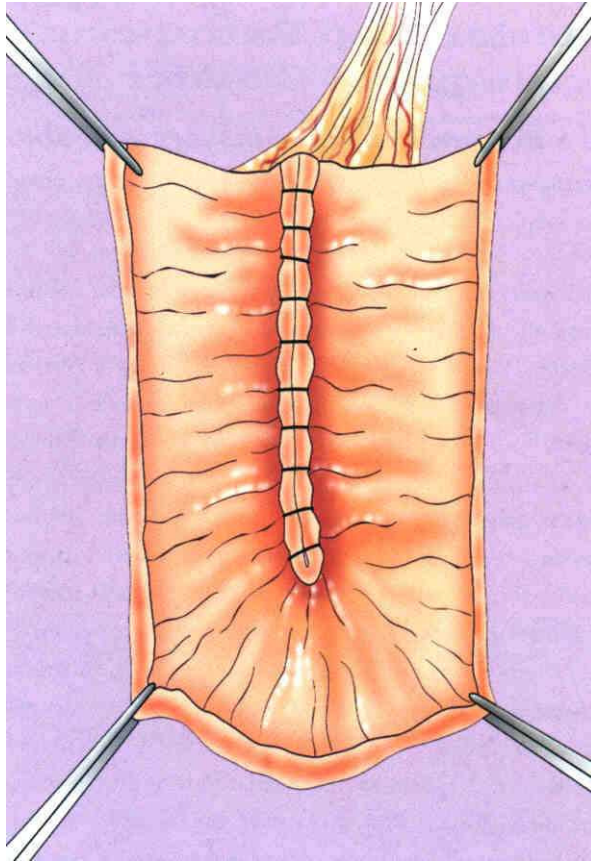
- Ativação neurônios **simpáticos** inibitórios (n. hipogástrico)
- Inibição neurônios **parassimpáticos** (n. pélvico)



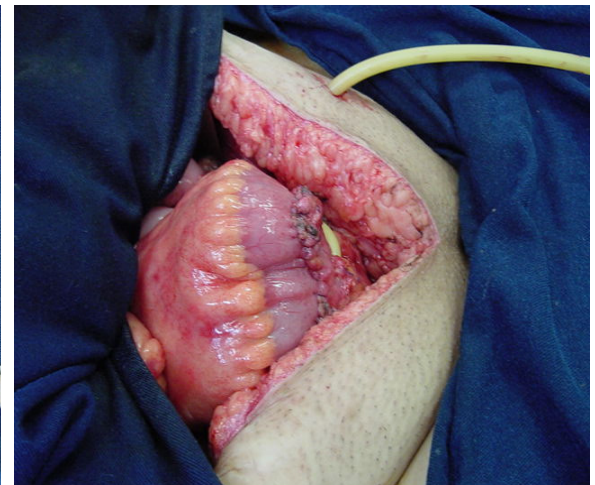
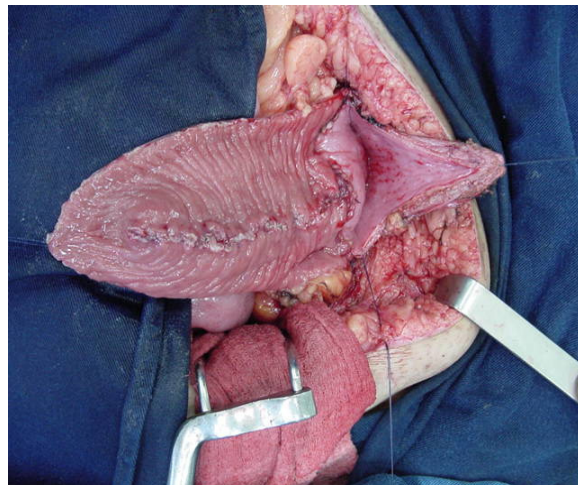
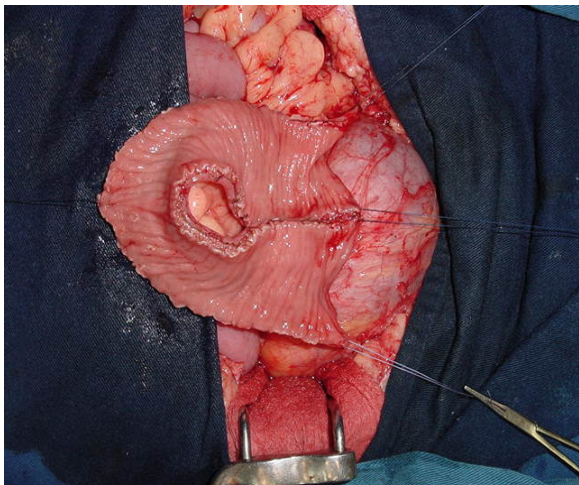
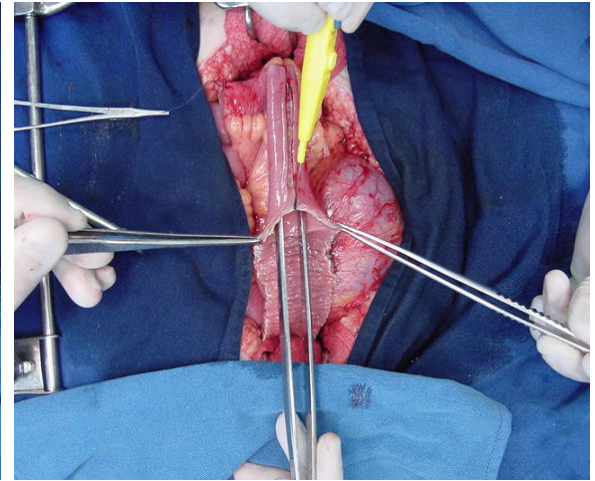
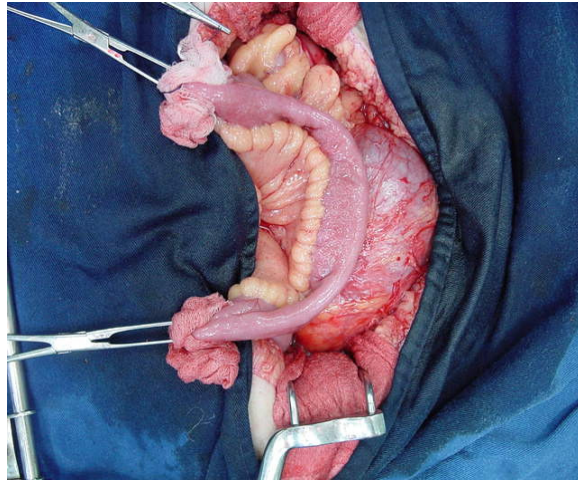
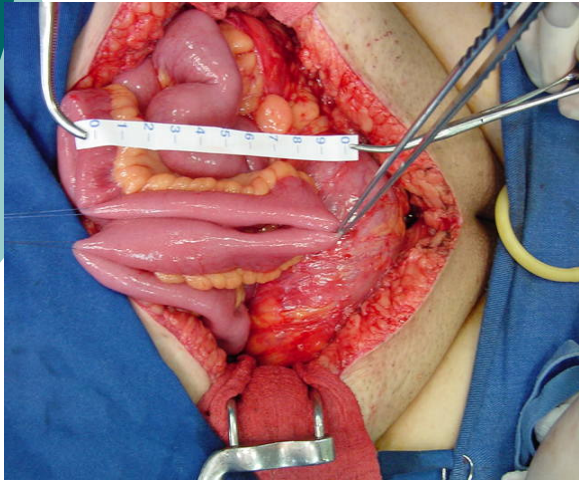
Neuromodulação sacral



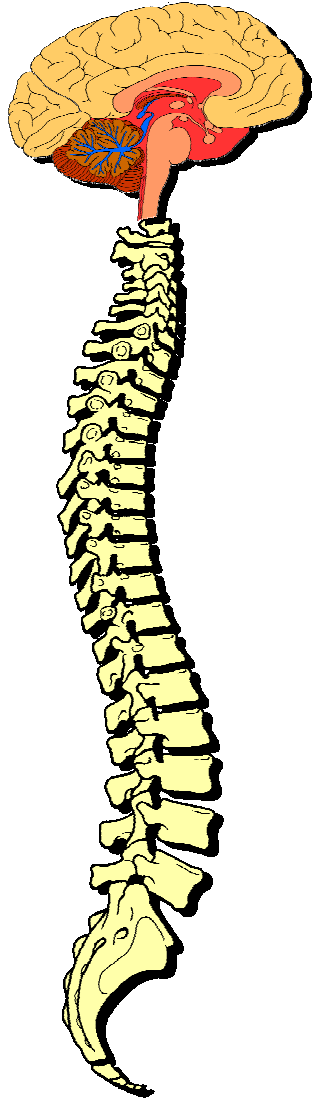
Enterocistoplastia



Enterocistoplastia



Perspectivas



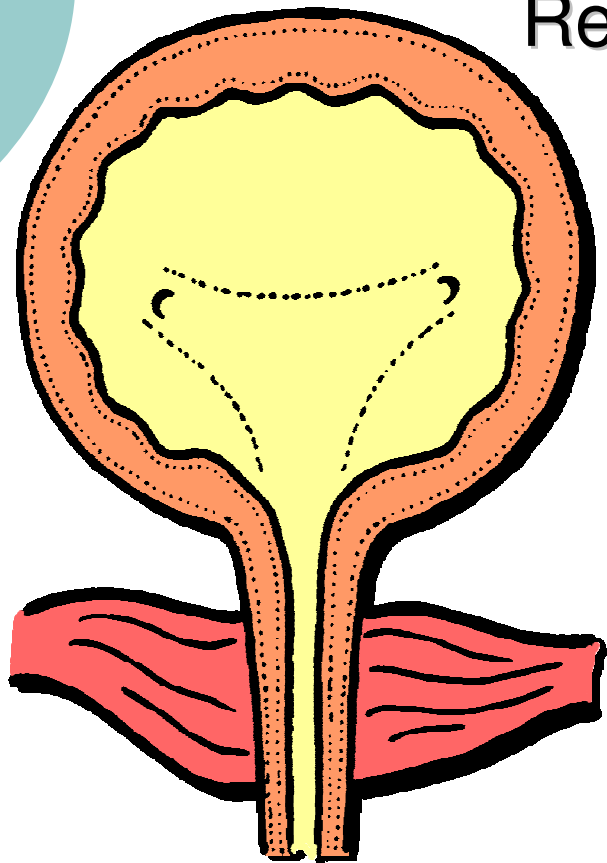
Alvos centrais

Receptores: adrenérgicos α 1,2
dopaminérgicos D2
endotelina ET_A
encefalina δ
GABA
glutamato
5-HT
taquicininas



Perspectivas

Alvos periféricos



Receptores β_3 adrenérgicos

endotelina ET_A

óxido nítrico

P2X

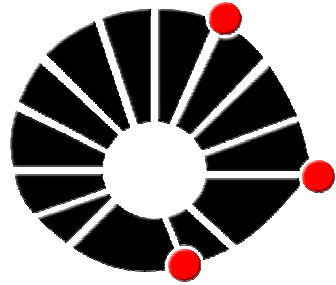
canais K e Ca

antagonistas PGE

vaniloides

purinérgicos ($P2X_3$)

canabinoides (CB1, CB2)



Bexiga hiperativa

Muito obrigado