

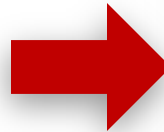
26 DE ABRIL – SEXTA-FEIRA

SESSÃO TELEVOTER UROLOGIA

**TOMÉ LOPES
PALMA DOS REIS**

Principais tipos de incontinência urinária

Tipo	Descrição
Incontinência por imperiosidade (hiperactividade do detrusor)	<p>Perda involuntária de urina imediatamente precedida ou acompanhada por urgência urinária.</p> <p>Resulta de contrações incontroladas do detrusor que suplantam a resistência uretral.</p>



Conceito de “Bexiga Hiper-Activa (BHA)”

Definição da Sociedade Internacional de Continência

Urgência com ou sem incontinência por imperiosidade, normalmente com aumento da frequência diurna e noctúria, na ausência de infecção comprovada ou outra patologia óbvia

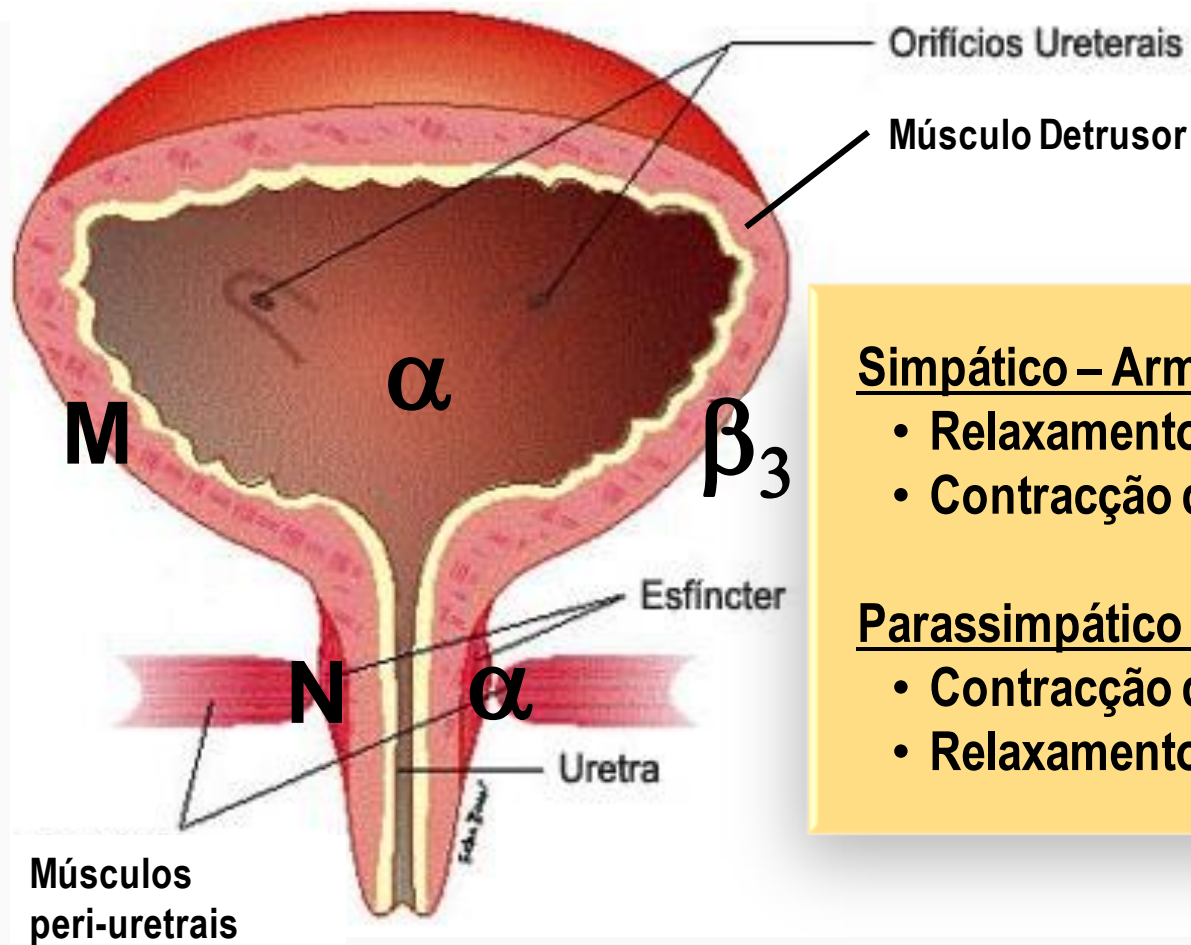
- Na Europa, 17% da população adulta sofre de BHA ²
- Os anti-muscarínicos são o pilar do tratamento farmacológico da BHA³
- No entanto, a persistência com antimuscarínicos pode ser um desafio⁴
- Os doentes podem interromper a medicação devido a uma resposta insuficiente ao tratamento ou a efeitos secundários intoleráveis
- 35% dos doentes nunca regressa para buscar nova medicação para a BHA num sistema “sem pagamento”⁵.
- A taxa de abandono é de 43-83% nos primeiros 30 dias⁶

Lista de irritantes vesicais potenciais

- Todas as bebidas alcoólicas
- Chá, chocolate e café, incluindo o descafeinado,
- Bebidas gaseificadas
- Sumos de maçã e citrinos
- Maçã, pêra, ameixa, uvas, limão, laranja, ananás, morangos
- Tomate e seus derivados
- Picantes
- Vinagre

Bexiga e uretra femininas

Receptores colinérgicos e adrenérgicos



Simpático – Armazenamento

- Relaxamento do detrusor (β_3)
- Contracção do esfíncter uretral (α)

Parassimpático – Esvaziamento

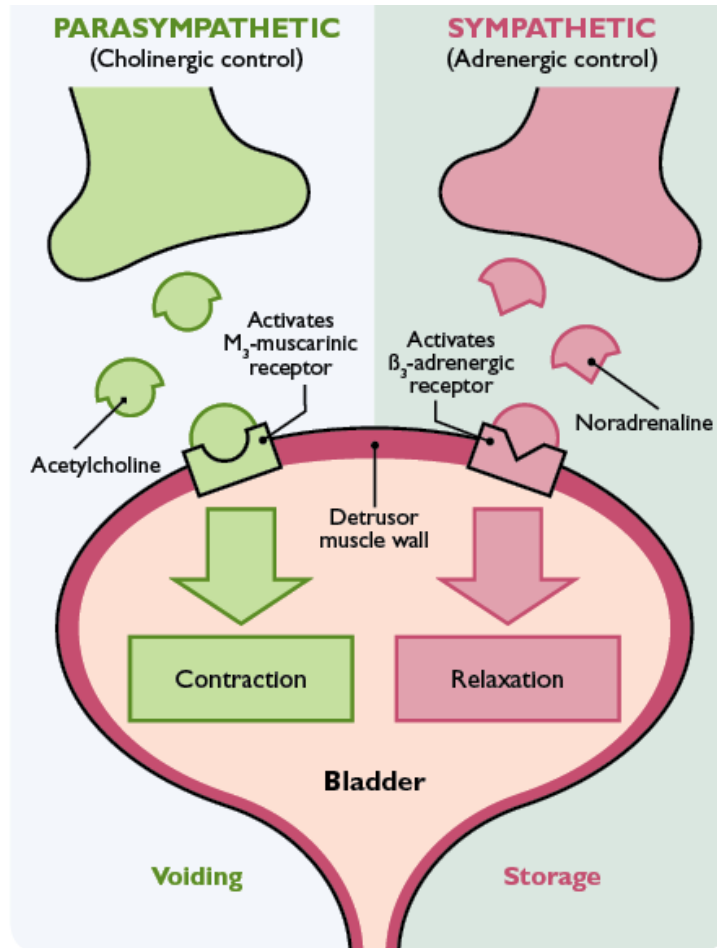
- Contracção do Detrusor (M)
- Relaxamento da Uretra (N)

M – Receptor colinérgico muscarínico
N – Receptor colinérgico nicotínico

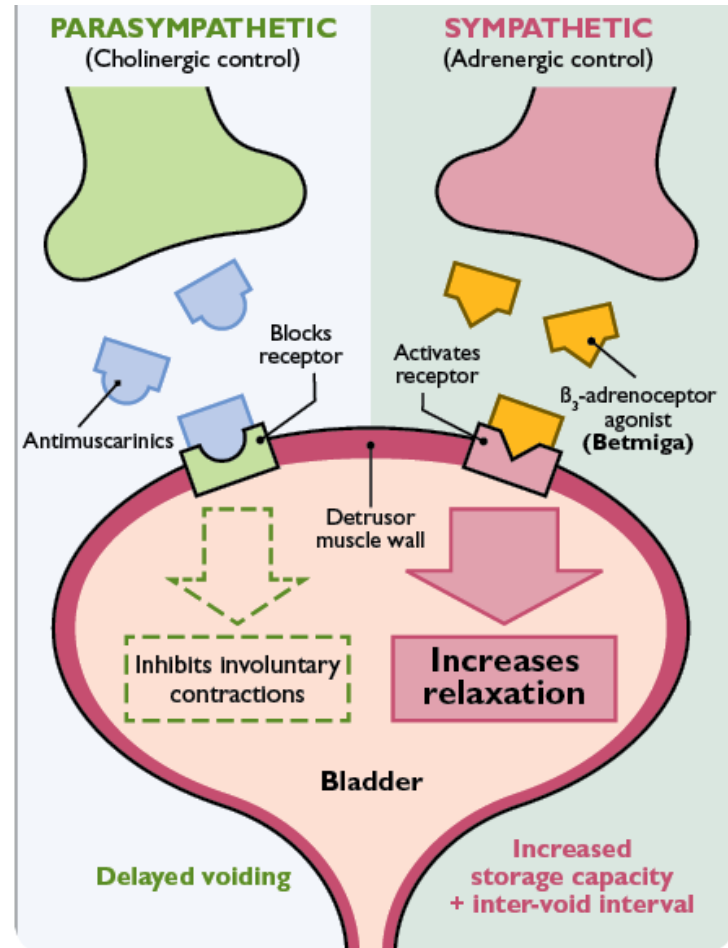
α – Receptor α -adrenérgico
 β – Receptor β -adrenérgico

Mecanismo de acção

Vias nervosas no controlo normal da bexiga



Modo de acção dos tratamentos para a BHA



Incontinência por imperiosidade

Anticolinérgicos

- **Oxibutinina**

- Ainda o tratamento “Padrão” - 5 mg 2xdia
- Frequentemente mal tolerada (xerostomia)
- A Formulação Retard é melhor tolerada mas bastante mais cara e não comparticipada

- **Cloreto de Trospium**

- 20 mg 2xdia
- Melhor tolerado que a oxibutinina
- Eficácia semelhante à da oxibutinina

- **Flavoxato**

- **Propiverina**

- **Tolterodina**

Incontinência por imperiosidade

Anticolinérgicos

- **Antagonistas específicos dos receptores M₃**
 - **Solifenacina** – 5 a 10 mg /dia
 - **Darifenacina** – 7.5 a 15 mg/dia
 - **Fesoterodina** – 4 a 8 mg/dia
 - Não compartilhados!
 - Boa tolerância
 - Eficácia igual à da oxibutinina

Efeitos secundários dos anticolinérgicos

Tonturas



Visão turva



Xeroftalmia



Xerostomia



Taquicardia



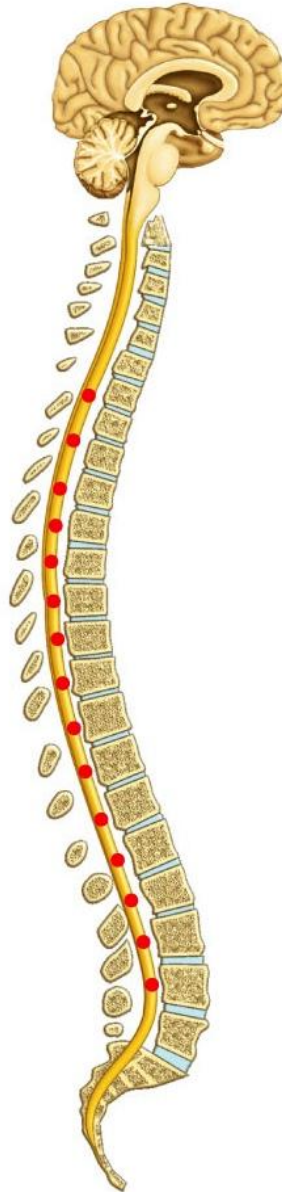
**Dispepsia
Obstipação**



Sonolência

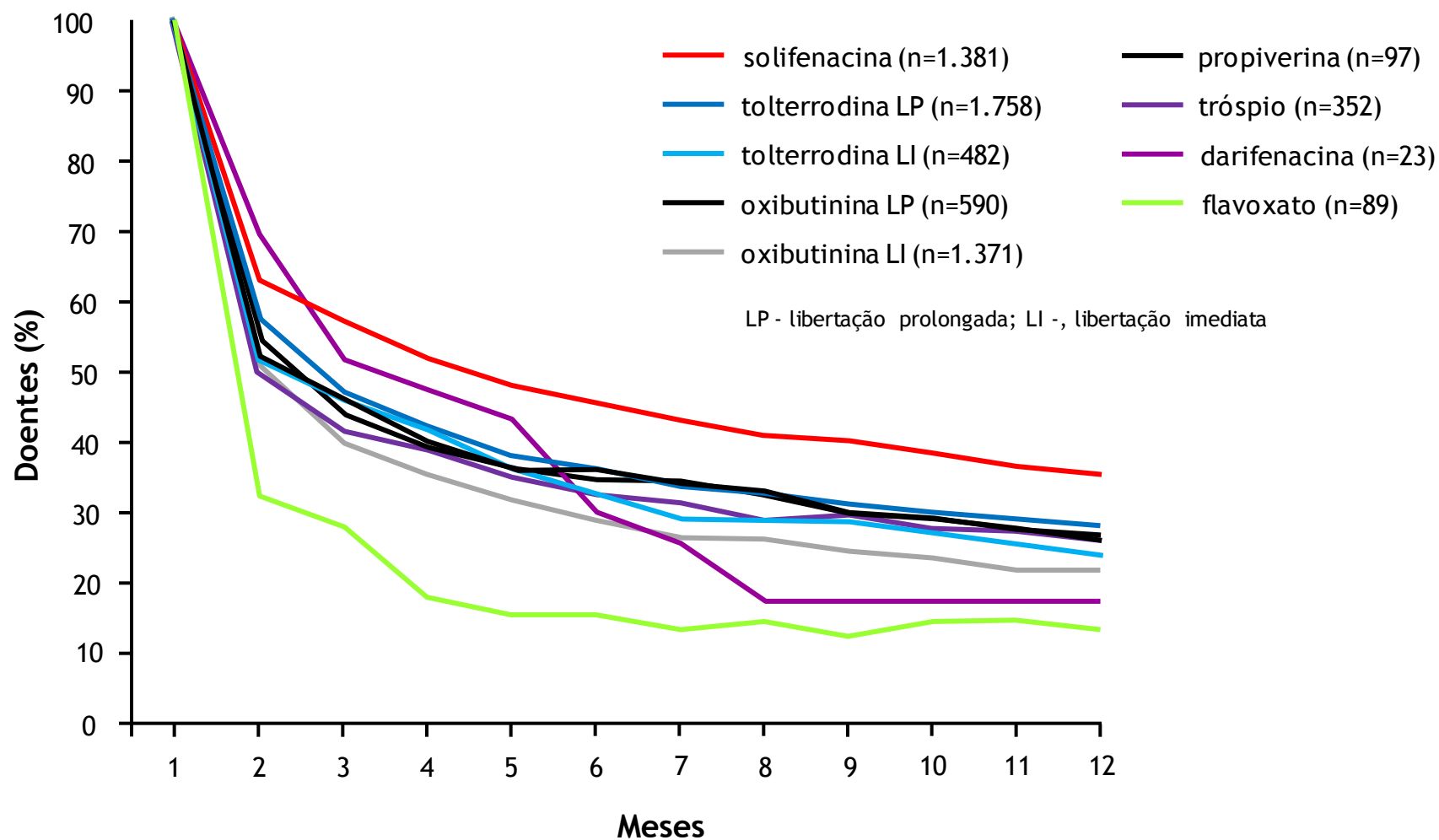


**Alterações
cognitivas**



Incontinência por imperiosidade

Persistência com a medicação anticolinérgica



Incontinência por imperiosidade

Agonistas dos receptores β_3 -adrenérgicos

- Agonista dos receptores β_3 -adrenérgicos
 - Mirabegrom - 50 mg/dia
 - 25 mg/dia em populações especiais

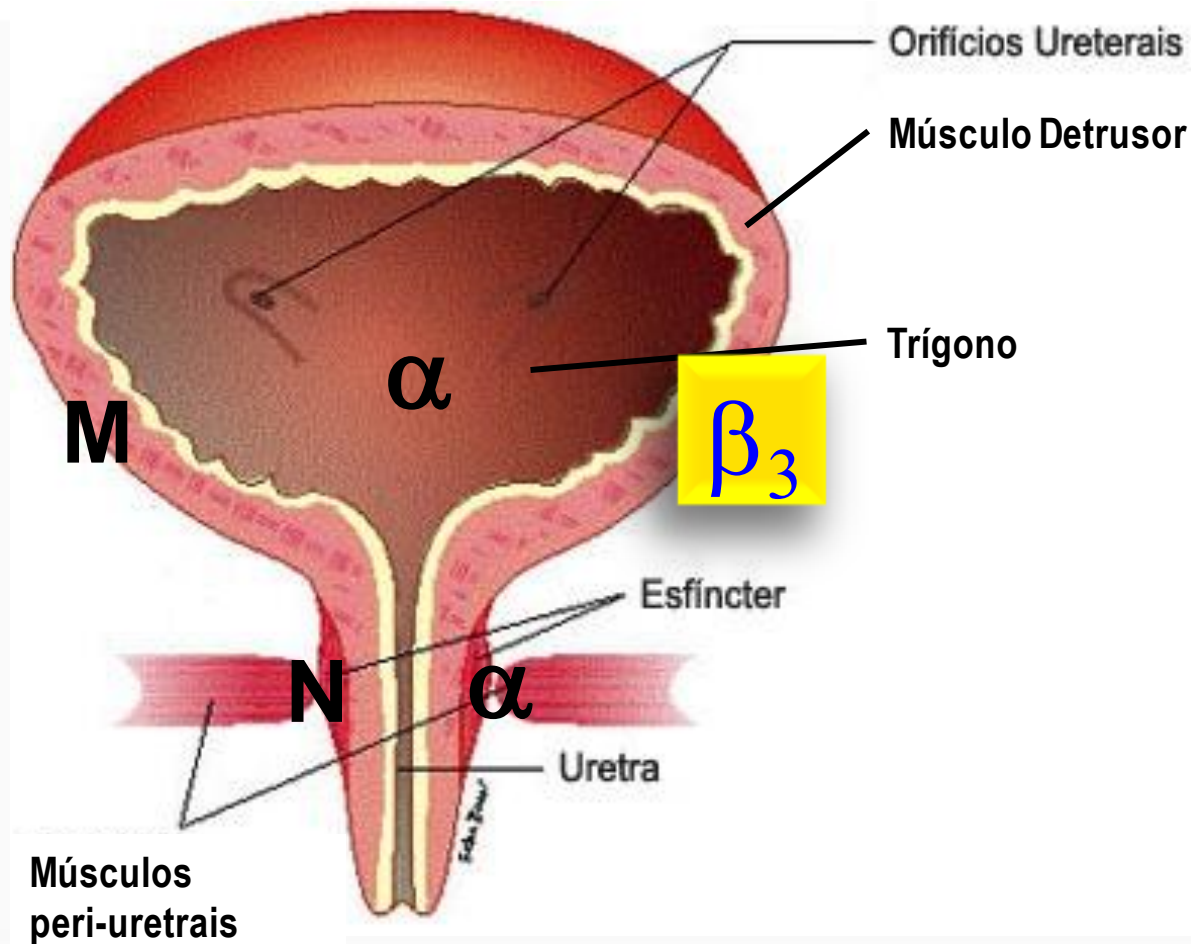
Interação com inibidores potentes da CYP3A
(itraconazol, cetoconazol, ritonavir e claritromicina)

		Inibidores potentes da CYP3A ⁽³⁾	
		Sem inibidor	Com inibidor
Compromisso renal ⁽¹⁾	Ligeiro	50 mg	25 mg
	Moderado	50 mg	25 mg
	Grave	25 mg	Não recomendado
Afeção hepática ⁽²⁾	Ligeira	50 mg	25 mg
	Moderada	25 mg	Não recomendado

Sem contraindicação no glaucoma de ângulo estreito

Bexiga e uretra femininas

Receptores colinérgicos e adrenérgicos



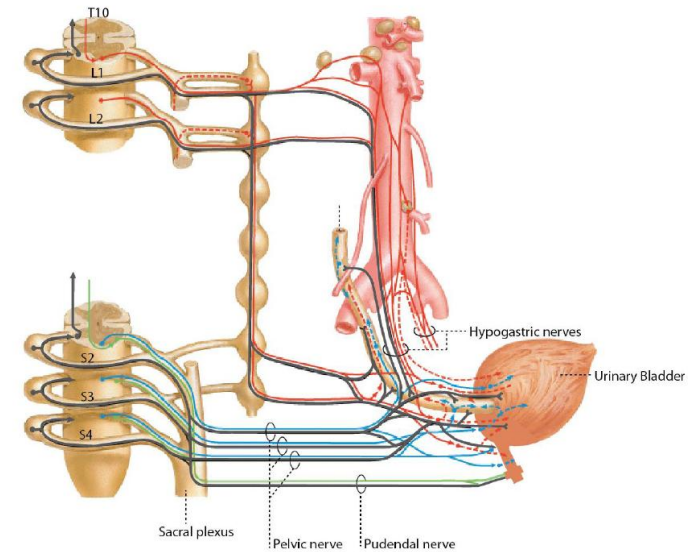
M – Receptor colinérgico muscarínico
N – Receptor colinérgico nicotínico

α – Receptor α -adrenérgico
 β – Receptor β -adrenérgico

Incontinência por imperiosidade

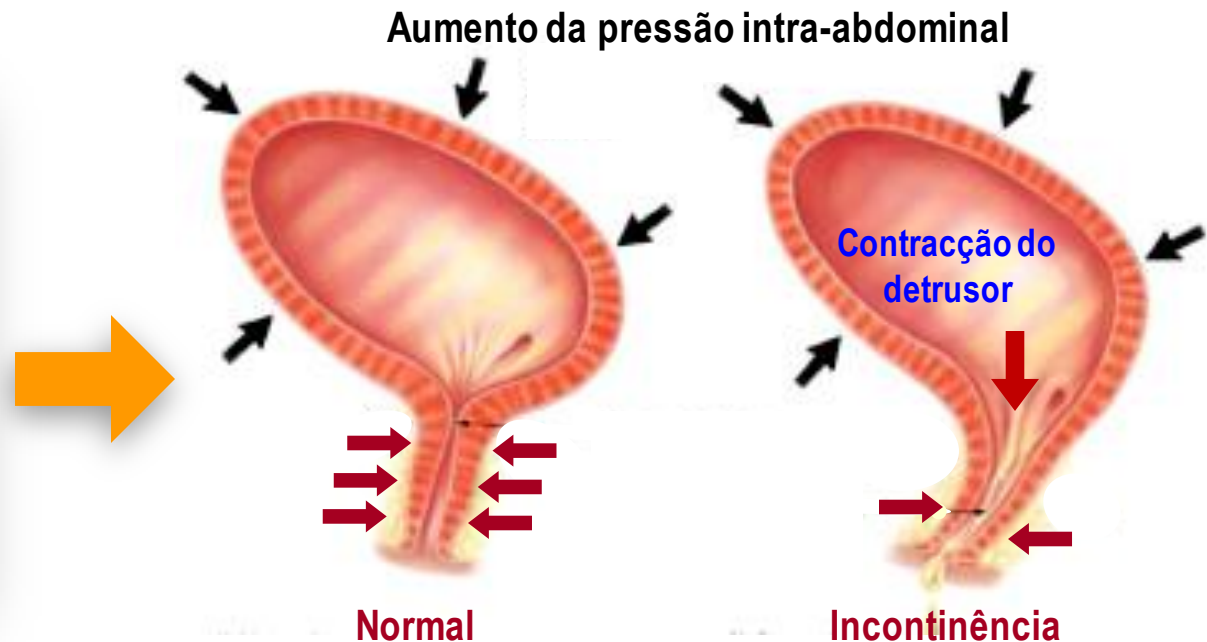
E quando tudo falha?

- **Injecção de Toxina Botulínica**
 - Risco de Retenção Urinária
 - Necessidade de repetição periódica
- **Neuromodulação das Raízes Sagradas Posteriores**
 - Cara



Principais tipos de incontinência urinária persistente

Tipo	Descrição
Incontinência de esforço (stress)	<p>Perda involuntária de urina durante o esforço, com a tosse ou riso.</p> <p>Ocorre quando a pressão intravesical excede a resistência uretral, em situações de aumento da pressão intra-abdominal.</p>



ORIGINAL ARTICLE

Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women

Leslee L. Subak, M.D., Rena Wing, Ph.D., Delia Smith West, Ph.D., Frank Franklin, M.D., Ph.D., Eric Vittinghoff, Ph.D., Jennifer M. Creasman, M.S.P.H., Holly E. Richter, Ph.D., M.D., Deborah Myers, M.D., Kathryn L. Burgio, Ph.D., Amy A. Gorin, Ph.D., Judith Macer, B.Sc., John W. Kusek, Ph.D., and Deborah Grady, M.D., M.P.H., for the PRIDE Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

Obesity is an established and modifiable risk factor for urinary incontinence, but conclusive evidence for a beneficial effect of weight loss on urinary incontinence is lacking.

METHODS

We randomly assigned 338 overweight and obese women with at least 10 urinary incontinence episodes per week to an intensive 6-month weight-loss program that included diet, exercise, and behavior modification (226 patients) or to a structured education program (112 patients).

RESULTS

The mean (\pm SD) age of the participants was 53 \pm 11 years. The body-mass index (BMI) (the weight in kilograms divided by the square of the height in meters) and the weekly number of incontinence episodes as recorded in a 7-day diary of voiding were similar in the intervention group and the control group at baseline (BMI, 36 \pm 6 and 36 \pm 5, respectively; incontinence episodes, 24 \pm 18 and 24 \pm 16, respectively). The women in the intervention group had a mean weight loss of 8.0% (7.8 kg), as compared with 1.6% (1.5 kg) in the control group ($P<0.001$). After 6 months, the mean weekly number of incontinence episodes decreased by 47% in the intervention group, as compared with 28% in the control group ($P=0.01$). As compared with the control group, the intervention group had a greater decrease in the frequency of stress-incontinence episodes ($P=0.02$), but not of urge-incontinence episodes ($P=0.14$). A higher proportion of the intervention group than of the control group had a clinically relevant reduction of 70% or more in the frequency of all incontinence episodes ($P<0.001$), stress-incontinence episodes ($P=0.009$), and urge-incontinence episodes ($P=0.04$).

CONCLUSIONS

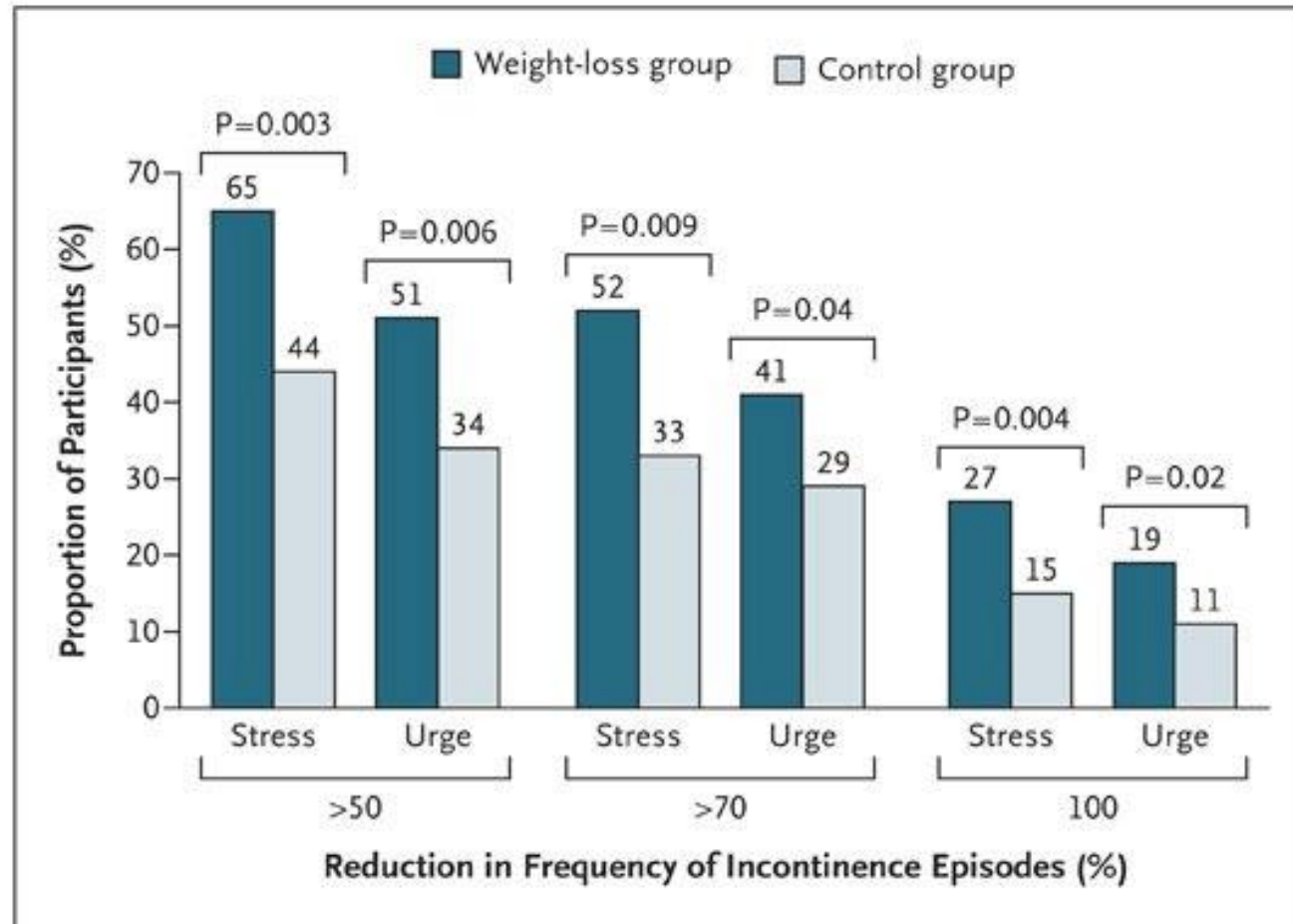
A 6-month behavioral intervention targeting weight loss reduced the frequency of self-reported urinary-incontinence episodes among overweight and obese women as compared with a control group. A decrease in urinary incontinence may be another benefit among the extensive health improvements associated with moderate weight reduction. (ClinicalTrials.gov number, NCT00091988.)

From the University of California, San Francisco, San Francisco (L.L.S., E.V., J.M.C., J.M., D.G.); Miriam Hospital, Providence, RI (R.W.); the Warren Alpert Medical School at Brown University, Providence, RI (R.W., D.M.); the University of Arkansas for Medical Sciences, College of Public Health, Little Rock (D.S.W.); the University of Alabama at Birmingham, Birmingham (F.F., H.E.R., K.L.B.); the Geriatric Research, Education, and Clinical Center, Department of Veterans Affairs, Birmingham, AL (K.L.B.); the University of Connecticut, Storrs (A.A.G.); the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD (J.W.K.); and the San Francisco Veterans Affairs Medical Center, San Francisco (D.G.). Address reprint requests to Dr. Subak at the UCSF Women's Health Clinical Research Center, 1635 Divisadero St., Suite 600, San Francisco, CA 94115, or at subakl@obgyn.ucsf.edu.

*The investigators of the Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) are listed in the Appendix.

N Engl J Med 2009;360:481-90.
Copyright © 2009 Massachusetts Medical Society.

Proportion of Participants with Reductions in the Frequency of Episodes of Stress Incontinence and of Urge Incontinence at 6 Months.

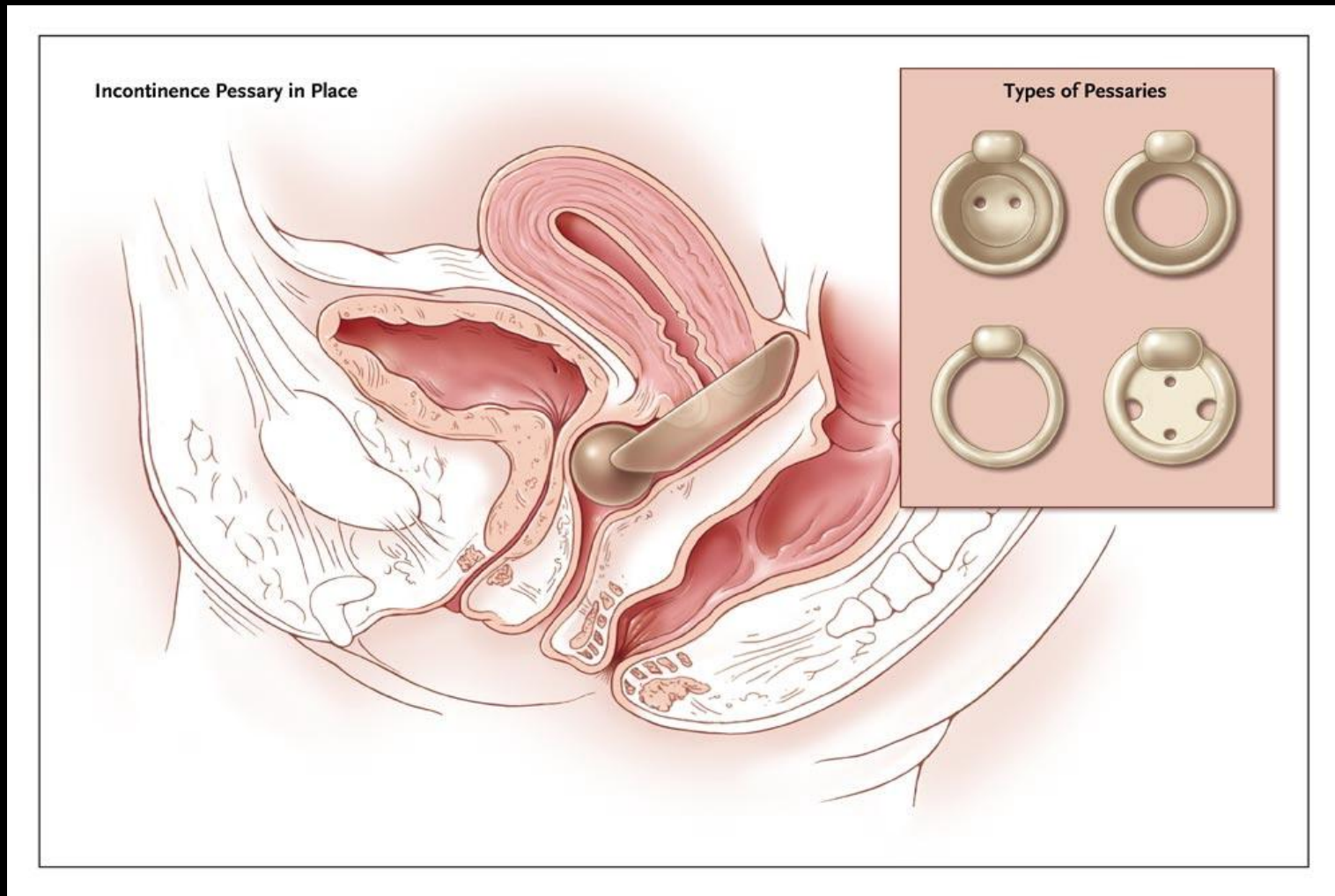


Subak LL et al. N Engl J Med 2009;360:481-490.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Pessaries for Treating Stress Incontinence.



Rogers RG. N Engl J Med 2008;358:1029-1036.

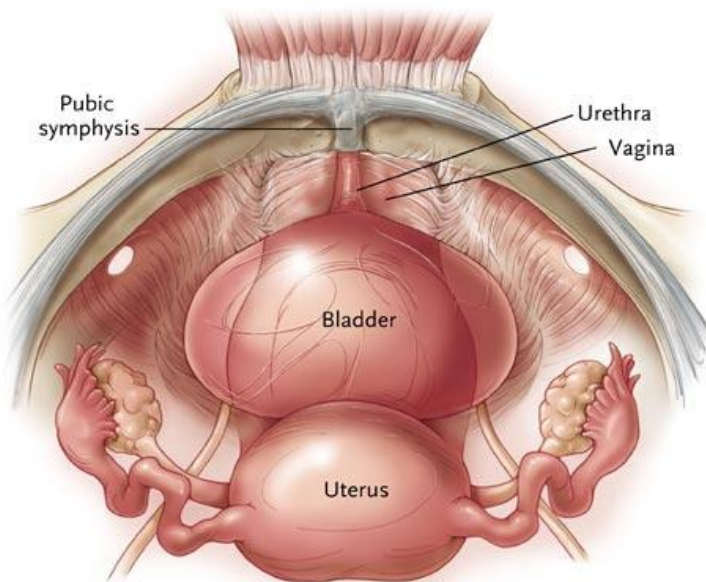


The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

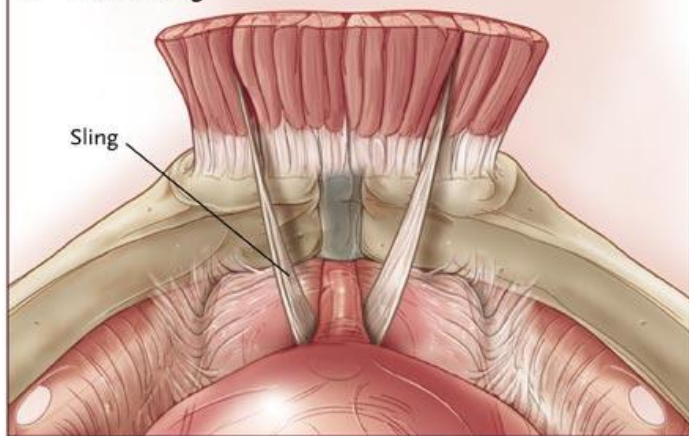
Tipos de Tratamento Cirúrgico

- **Suspensões transvaginais**
- **Suspensões retropúbicas**
- **“Slings”**
- **Injecções periuretrais**
- **Prótese esfinteriana**

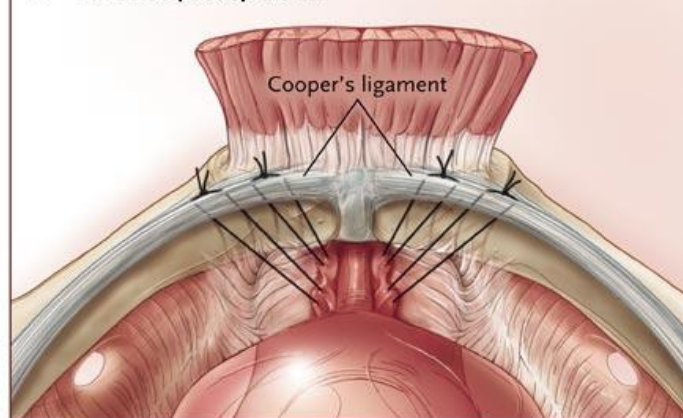
História do Tratamento cirúrgico da incontinência de esforço (Stress)



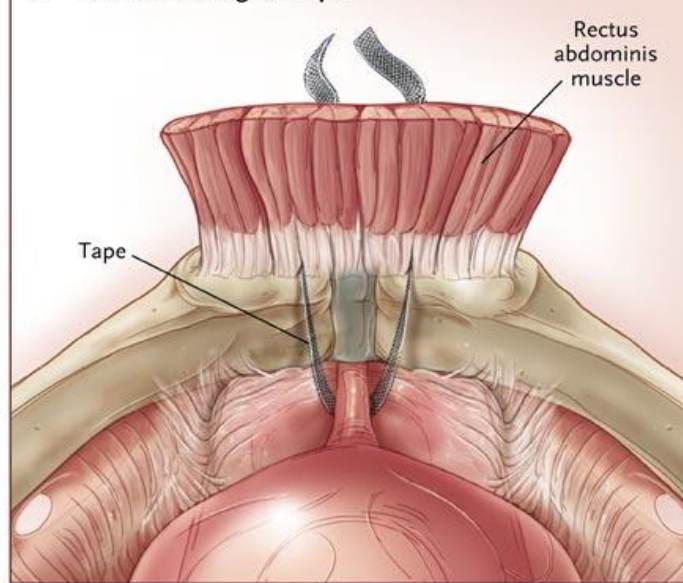
B Fascial Sling



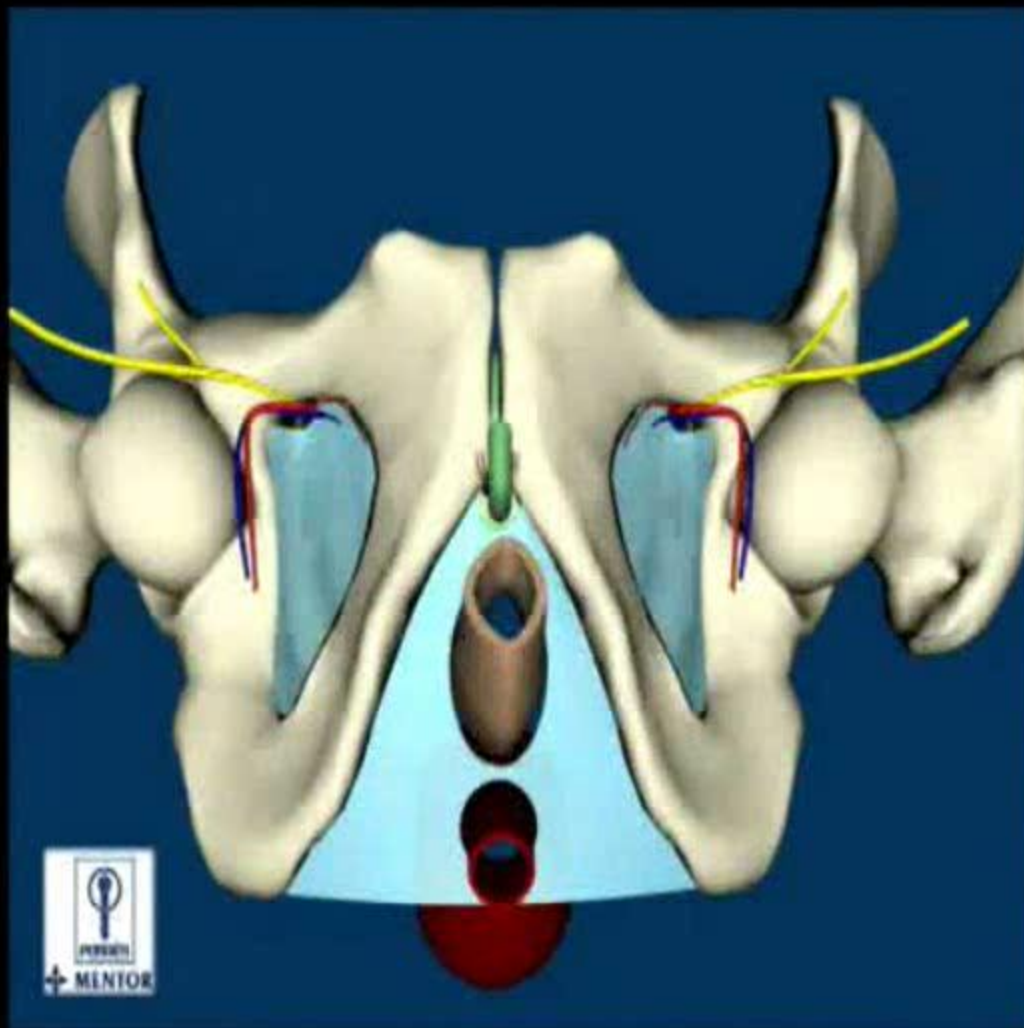
A Burch Colposuspension



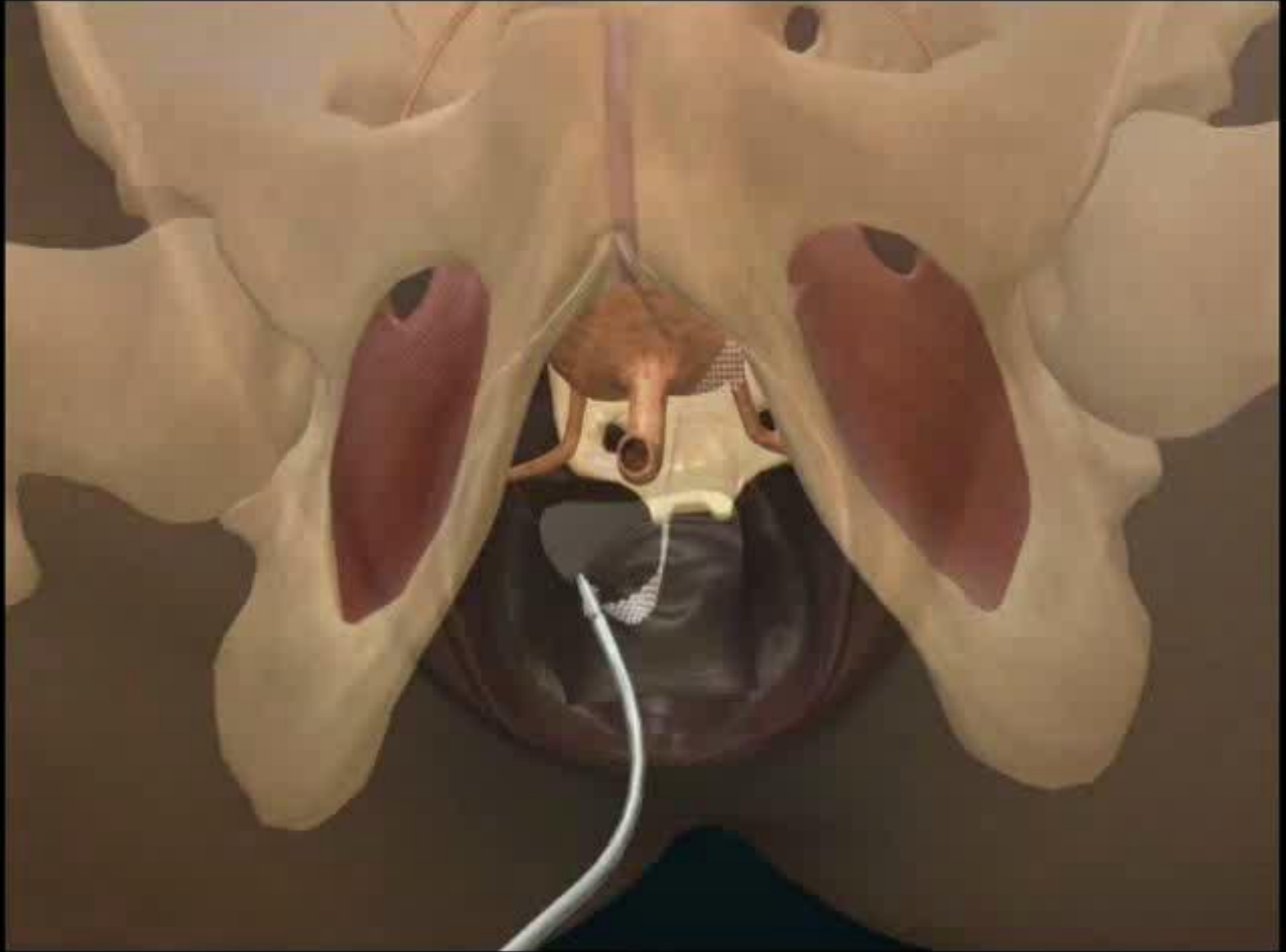
C Tension-free Vaginal Tape



TOT – TransObturator Tape - Standard actual



Minislings

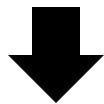


Incontinência urinária na mulher

Incontinência por imperiosidade



Hiperactividade do detrusor

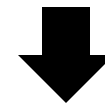


Tratamento médico

Incontinência de esforço



Defeito anatómico

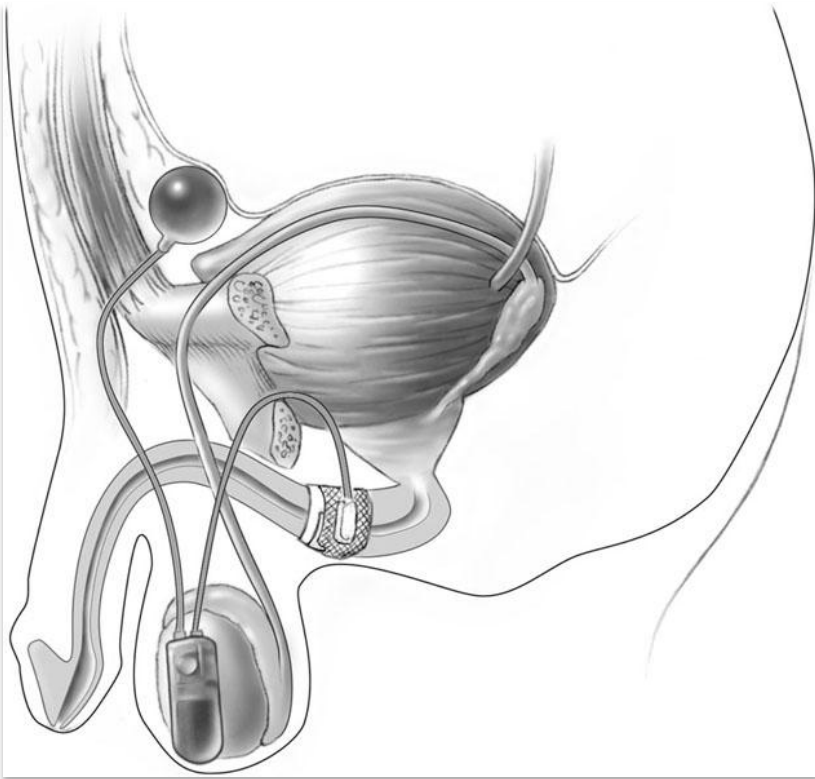


Correcção cirúrgica

Incontinência urinária no homem

Diferente anatomia da continência

Iatrogenia



Urgincontinência

No contexto de LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms), normalmente relacionada com obstrução por HPB

Regurgitação

Incontinência paradoxal, associada a obstrução

Principais tipos de incontinência urinária

Tipo	Descrição
Incontinência de esforço (stress)	<p>Perda involuntária de urina durante o esforço, com a tosse ou riso.</p> <p>Ocorre quando a pressão intravesical excede a resistência uretral, normalmente por hipermobilidade da uretra em situações de aumento da pressão intra-abdominal.</p>
Incontinência por imperiosidade (hiperactividade do detrusor)	<p>Perda involuntária de urina imediatamente precedida ou acompanhada por urgência urinária.</p> <p>Resulta de contrações não inibidas do detrusor que suplantam a resistência uretral.</p>
Incontinência mista	<p>Combinação dos dois tipos anteriores de incontinência.</p> <p>Os doentes podem indicar quais são os sintomas dominantes por forma a focalizar-se a terapêutica</p>
Incontinência por regurgitação (overflow)	<p>Perda involuntária de urina devida a distensão vesical por alteração do esvaziamento (fraqueza intrínseca, lesão nervosa ou bloqueio uretral).</p>