

Andressa de Oliveira Freitas

Centro Universitário Lusíada (UNILUS)

Fisioterapeuta, aluna do Aperfeiçoamento de Fisioterapia em Saúde da Mulher - UNILUS.

desinha_89@hotmail.com

Gabriela Cabrinha Silva

Centro Universitário Lusíada (UNILUS)

Fisioterapeuta, aluna do Aperfeiçoamento de Fisioterapia em Saúde da Mulher - UNILUS.

gabycabrinha@hotmail.com

Patrícia Scarpelini

Centro Universitário Lusíada (UNILUS)

Fisioterapeuta, aluna do Aperfeiçoamento de Fisioterapia em Saúde da Mulher - UNILUS.

pscarpelini@hotmail.com

Cinira Assad Simão Haddad

Centro Universitário Lusíada (UNILUS)

Docente em Fisioterapia na Saúde da Mulher, Centro Universitário Lusíada - UNILUS.

cinira_fisio@hotmail.com

CINESIOTERAPIA E ELETROESTIMULAÇÃO SACRAL NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA PÓS PROSTATECTOMIA – RELATO DE CASO

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de um paciente com incontinência urinária pós prostatectomia e verificar se com a junção das técnicas de cinesioterapia e eletroestimulação, há melhora do quadro de incontinência urinária e da qualidade de vida. Para essa avaliação foi utilizado o questionário ICIQ-SF que avalia a qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária e para avaliar a frequência miccional, o número de trocas de forro e frequência de perda urinária, foi utilizado o diário miccional. Como tratamento, foram realizadas 24 sessões compostas de eletroestimulação sacral por 30 minutos seguida de cinesioterapia associada à contração do assoalho pélvico. A partir do tratamento proposto, foi observada crescente melhora no quadro do paciente e ao final do tratamento não havia mais episódios de perda urinária, não necessitando o uso de forros. Quanto ao questionário de qualidade de vida, chegou à pontuação mínima, resultando em nenhuma interferência na sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: Incontinência Urinária Masculina, Prostatectomia, Qualidade de Vida, Fisioterapia.

ABSTRACT

This study aims to report a case of a patient with urinary incontinence after prostatectomy and verify that with the addition of electrostimulation techniques kinetotherapy and there is an improvement in the number of urinary incontinence and quality of life. For this evaluation the ICIQ - SF questionnaire that assesses the quality of life in patients with urinary incontinence and to evaluate voiding frequency was used , the number of exchanges lining and frequency of urinary incontinence , voiding diary was used . As treatment, 24 sessions composed of sacral eletroestimulação 30 minutes followed cinesioterapia associated with pelvic floor contraction were performed . From the proposed treatment , increasing improvement was observed in the context of the patient and the end of treatment there were no episodes of urinary loss , not requiring the use of liners . As for quality of life questionnaire, reached the minimum score , resulting in no interference with their quality of life .

Keywords: Male Urinary Incontinence , Prostatectomy , Quality of Life , Physical Therapy.

INTRODUÇÃO

Segundo o INCA (2013), no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens perdendo apenas para o câncer de pele. Sua incidência é maior em países em desenvolvimento e cerca de um terço da incidência se dá após os 65 anos. Estima-se que ocorram 60 mil novos casos por ano e 12 mil mortes, esse aumento de novos casos equivale pelo avanço quanto à descoberta da doença e feito o diagnóstico precoce, aumenta a expectativa de vida.

Os fatores de risco para o aparecimento da doença são principalmente a idade, a etnia e a predisposição familiar. Homem com 50 anos tem aproximadamente 50% de desenvolver câncer de próstata e em homens com 80 anos chega a 80%. Parentes de primeiro grau aumentam de duas a três vezes mais a chance de desenvolver a neoplasia. Outros fatores que contribuem para seu aparecimento é a dieta rica em gordura, aumento de hormônios masculinos (GONÇALVES et. al, 2008).

A incontinência urinária ocorre de 5 a 30% dos pacientes submetidos à prostatectomia radical que influencia diretamente na qualidade de vida. Nos últimos anos tem-se falado em medidas preventivas e entre elas está à atuação da fisioterapia no pré-operatório que é descrita para diminuir a incidência de incontinência urinária. A recuperação no pós-operatório vai depender da extensão da cirurgia e se havia ou não disfunção urinária anteriormente sendo a atuação fisioterapêutica parte fundamental da recuperação, podendo chegar a um ano de tratamento para a completa reabilitação do esfíncter vesical (PEYROMAURE et. al, 2002).

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU), acompanhada ou não de urge-incontinência, ocorre na presença da contração vesical durante a fase de enchimento, desencadeada espontaneamente ou em resposta a estímulos. Na Incontinência Urinária de Esforço (IUE), a perda involuntária de urina surge com o aumento da pressão intra-abdominal, na ausência de atividade contrátil do músculo detrusor, quando a pressão vesical excede a pressão uretral máxima, por falha no mecanismo esfinteriano uretral. A Incontinência Urinária Mista (IUM) apresenta queixas da IUE e da IUU (BARACHO, 2007).

Para Rovner et. al (2002) a bexiga hiperativa diminui a qualidade pessoal e social do indivíduo. Seus sintomas causam vergonha, desconforto e diminuição da confiança em si mesmo.

Mesquita et al. (2010) referem que a qualidade de vida é afetada por vários fatores. Como valores primários cita fatores físicos, sociais e psicológicos e os domínios secundários são citados como alteração dos sintomas somáticos, função sexual, produtividade pessoal e distúrbios de sono.

A incontinência urinária pós prostatectomia é relativa para cada homem, uns podem se recuperar em dias e outros podem seguir com sequelas definitivas, por esse motivo a intervenção fisioterapêutica é necessária para a recuperação funcional esfinteriana destes pacientes. O tratamento pode ser realizado com exercícios para o assoalho pélvico, terapia comportamental, eletroestimulação e biofeedback (PEYROMAURE et. al, 2002).

O presente estudo tem como objetivo verificar se com a utilização da cinesioterapia e eletroestimulação há melhora no quadro de incontinência urinária pós-prostatectomia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso baseado em análise de prontuário. Realizado por aluna do aperfeiçoamento em saúde da mulher na clínica de fisioterapia do Centro Universitário Lusíada- UNILUS. Aceito pelo comitê de ética Plataforma Brasil sob o número 22234913.0.0000.5436.

Todos os dados foram coletados do prontuário fisioterapêutico, que foi evoluído a cada atendimento, contendo os relatos do paciente e as condutas realizadas. Também foram utilizados os dados pessoais, sócios demográficos e o protocolo de atendimento, bem como os resultados dos questionários de qualidade de vida e diário miccional.

Paciente H.D.F., sexo masculino, casado, 72 anos e aposentado. Sofreu procedimento cirúrgico, prostatectomia radical, em dezembro de 2012 e foi encaminhado à clínica de fisioterapia do Centro Universitário Lusíada. Em abril de 2013 foi avaliado clínica e fisicamente por um questionário de urologia padrão desta instituição.

Para avaliar a frequência miccional e a da perda urinária, foi utilizado o diário miccional que avalia a frequência miccional com quantidade de líquido urinado e horário, quantidade e troca dos forros, frequência da perda urinária, quantidade de líquido ingerido com quantidade e horário. A qualidade de vida foi avaliada através do questionário ICIQ-SF, um questionário simples, breve e auto administrável, escolhido por ser traduzido e adaptado para nossa cultura e por avaliar rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de

ambos os sexos. Avalia, em seu conteúdo, a frequência da perda urinária, a quantidade de urina que o paciente pensa que perde; numa escala numérica de 0 a 10, na qual o paciente circula um número mostrando o quanto a perda urinária interfere na sua vida, e questões independentes de momentos de perda de urina. Seu escore vai de 0 a 21 sendo que quanto maior a pontuação, menor a qualidade de vida. Ambos foram aplicados no dia da avaliação e na sexta, décima segunda e na vigésima quarta sessão.

O tratamento foi composto de 24 sessões, sendo duas vezes por semana com duração de uma hora cada sessão, totalizando, portanto, 3 meses de tratamento.

As sessões englobaram duas técnicas, a eletroterapia e a cinesioterapia. O TENS (eletroestimulação transcutânea) foi utilizado por 30 minutos em região sacral com os parâmetros 5HZ de frequência e 200µs de largura de pulso. A cinesioterapia foi iniciada com alongamentos de membros inferiores e tronco, seguida de exercícios direcionados para fortalecimento do assoalho pélvico, respeitando sempre a evolução das posturas mais baixas, como decúbito dorsal, lateral e ventral seguido das posturas sentada, posição ortostática e deambulação. O tratamento teve evolução baseado nos relatos do paciente em relação aos momentos ou situações dos episódios de perda de urina, o que delimita ou não a evolução para as próximas posturas.

CASO CLÍNICO

Paciente H.D.F., sexo masculino, casado, 72 anos e aposentado. Sofreu procedimento cirúrgico, prostactomia radical, em dezembro de 2012 e foi encaminhado à clínica de fisioterapia do Centro Universitário Lusíada, onde foi avaliado em abril de 2013.

Em sua avaliação clínica inicial foi observado que apresentava incontinência urinária mista, com os seguintes sintomas: noctúria (ir com frequência ao banheiro durante a noite), sendo, neste caso, duas vezes; enurese (perda da urina durante o sono), perda de urina aos mínimos esforços, quando tossia e espirrava. Sua frequência miccional era de sete durante o dia. Fazia uso de forros num total de três trocas por dia. Não era ativo sexualmente devido à dificuldade de ereção causada pelo procedimento cirúrgico.

No exame físico inicial foi observado que tinha uma contração boa e simétrica com uma ótima compreensão dos exercícios perineais, força de contração 3, de acordo com a graduação de Oxford, que é graduado de zero a cinco. Foi solicitado que o paciente contraísse e mantivesse a contração dos músculos perineais ao redor do dedo do examinador. Assim, graduou-se a capacidade de contração dessa musculatura da seguinte maneira: zero – ausência de resposta muscular; um – esboço de contração muscular não sustentada; dois – presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta; três – contração moderada: sentida com aumento de pressão, que comprime os dedos do examinador; quatro – contração satisfatória: aquela que aperta os dedos do examinador; cinco – contração forte: compressão firme dos dedos do examinador (SANCHES et al., 2010).

O questionário de qualidade de vida ICIQ-SF teve um escore inicial 11 e apresentava sintomas de perda de urina quando tossia ou espirrava, enquanto realizava alguma atividade física, enurese noturna e perda de urina sem razão óbvia.

No diário miccional notou-se uma frequência miccional de nove idas ao banheiro, sendo sete durante o dia e duas durante o sono, com cinco episódios de perda de urina e três trocas de forro.

RESULTADOS

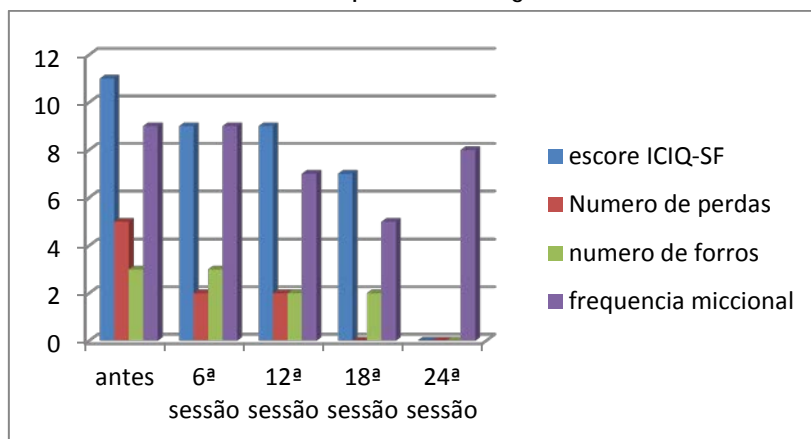
Os resultados obtidos com o presente estudo foram observados melhora significativa no quadro clínico geral do paciente. Demonstrado na tabela 1, os resultados quantitativos relaciona o escore do questionário ICIQ-SF, o número de perdas de urina, número de forros e frequência miccional com a progressão dos atendimentos fisioterapêuticos.

O escore do questionário ICIQ-SF inicial foi de 11, na sexta sessão foi de 09, que se manteve na décima segunda sessão; na décima oitava sessão foi de 07 e na vigésima quarta sessão o escore foi zero, que significa que a incontinência urinária não interferia mais em sua qualidade de vida.

Ao se analisar o diário miccional, observou-se diminuição na perda de urina, que inicialmente era de cinco, na sexta e na décima segunda sessão foi de duas, na décima oitava e na vigésima quarta sessão não houve perda de urina. Paciente relatou ter ido na piscina e mesmo em contato com a água não sentiu vontade de ir ao banheiro e não perdeu urina.

Quanto ao uso de forros, inicialmente, o paciente fazia três trocas por dia e esse número perdurou até a sexta sessão; na décima segunda sessão e na décima oitava foram duas trocas de forros diários, e por fim, na vigésima quarta sessão não era mais necessário o uso de forro, pois não havia perda urinária. Paciente relatou na vigésima quarta sessão que não usava forro há cinco dias.

Tabela 1: Análise do paciente ao longo do tratamento.



A frequência miccional inicialmente era de 09, sendo sete durante o dia e duas durante a noite, número este que perdurou até a sexta sessão; na décima segunda sessão a frequência foi de 07, sendo seis durante o dia e uma durante a noite; na décima oitava sessão a frequência foi de 05, todas durante o dia e finalmente na vigésima quarta sessão a frequência foi de 08. A frequência aumentou de cinco para oito, que é totalmente aceitável e um valor considerado normal, pois foi recomendada a ingestão de pelo menos um litro e meio de água por dia.

Em relação às situações perda de urina, foi observada a seguinte evolução: inicialmente, perdia urina quando espirrava e tossia, fazendo atividade física, durante a noite e sem razões óbvias; na sexta sessão perdia urina quando tossia e espirrava, durante alguma atividade física e durante a noite; na décima segunda sessão perdia quando tossia e espirrava, durante atividade física e durante a noite; na décima oitava sessão a perda de urina era somente quando tossia ou espirrava e na vigésima quarta sessão não havia mais episódios de perda de urina.

DISCUSSÃO

Em 1948, Kegel foi o primeiro a preconizar exercícios para a musculatura do assoalho pélvico, para aumentar a resistência uretral e promover o controle urinário. A aplicação dos exercícios de Kegel tem sido expandida a diversas aplicações, mas a sua principal indicação continua sendo para a incontinência secundária à deficiência do esfíncter, que foi observado neste estudo, pois com a evolução do tratamento notou-se aumento da força de contração perineal e melhora na consciência da contração. O objetivo dessa terapia é a conscientização da existência e da função do assoalho pélvico. Como em qualquer cirurgia, a musculatura geral da região permanece inibida, por isso ela deve ser treinada para recuperar o nível de força normal (PAREKH et al, 2003).

Estudos como os de Chang et al. (1998), Moore, Griffiths e Hughton (1999), Van Kampen et al.(2000) e Kakiyama et al, (2003) observaram que a cinesioterapia é eficaz quanto à redução dos sintomas urinários, como: a diminuição da perda urinária devido ao aumento da força de contração da musculatura pélvica, aumento do intervalo entre as micções e conseqüentemente diminuição da frequência urinária, diminuição do grau de incontinência e também maior satisfação dos pacientes. Estes dados corroboram com o presente estudo no qual foi verificado aumento de força muscular, ausência de episódios de perda urinária ao tossir ou espirrar e melhora na qualidade de vida segundo questionário ICIQ-SF.

No estudo de Truzzi et al (1997) outra forma de ganho muscular pode ser feita através da estimulação elétrica com o uso de dispositivos cutâneos. Eletrodos colocados na região sacral em nível de S2-S4 por via percutânea, entre outros, promovem um aumento na resistência esfíncteriana e redução na contração detrusora por estimular o nervo podendo, o que também foi mostrado neste estudo, porém associado à cinesioterapia.

O tratamento conservador mais utilizado na incontinência urinária após prostatectomia é o treinamento funcional do assoalho pélvico. A eletroestimulação também é utilizada para o tratamento tanto de pacientes com incontinência urinária de esforço quanto para pacientes com incontinência de urgência. Alguns autores sugerem que a conti-

nência urinária é recuperada mais rapidamente quando o treinamento funcional do assoalho pélvico é associado à eletroestimulação. Entretanto, no presente trabalho, a associação de eletroestimulação mostrou potencializar o efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico, que poderia ser notado com mais evidência se houvesse um número maior de pacientes. Nos pacientes submetidos às duas modalidades de tratamento, observou-se redução dos valores do "pad test" tanto no grupo controle quanto no grupo de investigação. E, quando comparados os resultados finais entre os dois grupos de pacientes, não houve diferença significativa, semelhante ao observado por outros autores (KAKIHARA et. al, 2007).

Galeri e Sottini (2000) compararam pacientes que realizaram treinamento funcional dos músculos do assoalho pélvico e eletroestimulação com pacientes que realizaram somente treinamento funcional do assoalho pélvico e observaram melhora progressiva nos primeiros três meses de reabilitação em todos os pacientes. Os autores concluíram que, independentemente do tipo de tratamento, ocorre rápida recuperação inicial da incontinência urinária e, após 12 meses, apenas de 15% a 20% dos pacientes se apresentavam incontinentes. Neste presente estudo, também houve melhora total das queixas de incontinência após três meses de tratamento, totalizando 24 sessões.

Outro estudo que avaliou a eficácia do tratamento conservador em pacientes prostatectomizados com incontinência urinária após oito ou mais semanas de pós-operatório, comparou pacientes que receberam somente instruções para realizar o treinamento funcional dos músculos do assoalho pélvico no domicílio com pacientes que realizavam treinamento funcional do assoalho pélvico com supervisão da fisioterapeuta ou treinamento funcional do assoalho pélvico e eletroestimulação. Observou-se que a incontinência melhorou rapidamente em todos os grupos nas primeiras 12 semanas independentes do tipo de tratamento fisioterapêutico (MOORE et.al, 1999), o que concorda com o presente estudo no qual foi observado o início da melhora na décima segunda sessão.

O mecanismo de ação da eletroestimulação em humanos ainda não está comprovado, embora tenha sido demonstrado que o estímulo sensorial que segue pelo nervo pudendo pode inibir a atividade do detrusor em homens. Especialistas acreditam que nenhuma forma de estimulação elétrica implantada consiga, através da estimulação dos nervos aferentes pudendo, pelo percurso eferente, causar a contração da musculatura pélvica estriada. Há uma inibição da atividade inapropriada do detrusor, embora o mecanismo aferente ainda não tenha sido esclarecido. Existe um consenso de que a ação da musculatura estriada é capaz de promover a inibição do detrusor neste contexto (YALLA, 1998; BRUBAKER et al, 2000).

Wille et al (2003) diz que a estimulação em modo crônico fortalece a musculatura estriada e a hipertrofia, as fibras de contração rápida e lenta. Acredita-se que a eletroestimulação é uma terapia neuromoduladora a qual afeta os sinais neurais que controlam a incontinência, porém isso é alcançado apenas pela estimulação em modo crônico. Neste estudo foi utilizado o TENS em modo crônico na região sacral a nível de S2-S4 por trinta minutos em todas as sessões.

CONCLUSÃO

De acordo com resultados obtidos no presente estudo, foi possível observar que a cinesioterapia associada à eletroestimulação sacral influencia positivamente na qualidade de vida após a prostatectomia, porém há poucos estudos descrevendo a atuação fisioterapêutica na incontinência urinária masculina.

A técnica proposta necessita de mais estudos com um número maior de pacientes e um tempo maior de acompanhamento, para realmente observar se há resultado significativo.

REFERÊNCIAS

BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. 4º Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

BRUBAKER L. Electrical stimulation in overactive bladder. *Urology*. 2000; 55: 17-23.

CHANG PL, et al. The early effect of pelvic floor muscle exercise after transurethral prostatectomy. *J Urol*. 1998; 160(2): 402-5.

CINESIOTERAPIA E ELETROESTIMULAÇÃO SACRAL NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA PÓS PROSTATECTOMIA – RELATO DE CASO

KAKIHARA CT; SENS YAS; FERREIRA U. Efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico ou não à eletroestimulação na incontinência urinária após prostatectomia radical. *Revista Brasileira de Fisioterapia, Campinas*. 2007; 11 (6): 481-86. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dcir/urologia/uronline/ed0397/iumasc.htm>

GALERI S; SOTTINI C. Fisioterapia del piano perineale per incontinenza. *Arch Ital Urol Androl*. 2001;73:143-6.

GONÇALVES, I; PADOVANI, C; POPIM, R. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciência & Saúde Coletiva, Botucatu*. 2008; 13 (4): 1337-42.

INCA. Prostata: tipos de câncer. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 01 ago. 2013.

KAKIHARA CT. Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós-prostatectomizados. *Fisioter Bras*. 2003; 4(4):265-70.

KUBAGAWA, L. et.al. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária após prostatectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo*. 2006; 52 (2): 179-83.

MESQUITA, L et al. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Femina, Belo Horizonte*, 2000; 1: 23-29.

MOORE KN, GRIFFITHS D, HUGHTON A. Urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial comparing pelvic muscle exercises with or without electrical stimulation. *BJU Int*. 1999;83(1):57-65.

PAREKH AR et al. The role of pelvic floor exercises on postprostatectomy incontinence. *J Urol*. 2003;170(1):130-3.

PEYROMAURE, M.; RAVERY, V.; BOCCON-GIBOD, L.. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. *Bju International, Paris*. 2002; 10: 155-161.

ROVNER, E. et al. Evaluation and treatment of the overactive bladder. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med, São Paulo*. 2002; 58 (1): 39-48.

SANCHES, P. et al. Correlação do escore de Oxford modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes. *Rev Hcpa, Porto Alegre*. 2010; 2 (30): 125-130.

TRUZZI J. Tratamento clínico da incontinência urinária masculina. *Urologia on line [periódico na Internet]*. 1997 Abr-Jun [citado em Set. 2005]; 1(2): [cerca de 3 p.].

VAN K et al. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9198):98-102.

WILLE S,et al. Pelvic floor exercises, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: results of a prospective randomized trial. *J Urol*. 2003;170 (2 Pt 1):490-3.

YALLA SV. Management of urinary incontinence: progress and innovate strategies [editorial]. *J Urol*. 1998; 159:1520-2.