



O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA ATRAVÉS DA FISIOTERAPIA

Patrícia Emanuela Pereira de Gois¹
Leidyane de Almeida Gonçalves²
Vanessa Katllen Laurentino de Carvalho³
Hellen Batista de Carvalho⁴
Lorena Carneiro de Macêdo⁵

¹ Discente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); e-mail: patriciagois@gmail.com

² Discente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e-mail: leidyanedalmeida@gmail.com

³ Discente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); e-mail: infisio@outlook.com

⁴ Docente da Faculdade Maurício de Nassau de Campina Grande; e-mail: hellenbcar@hotmail.com

⁵ Docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); e-mail: lorenacmacedo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A definição de incontinência urinária (IU) como perda involuntária de urina, que gera repercussões higiênicas e sociais é largamente utilizada, diz o conceito da Sociedade Internacional de Continência. De acordo com os sintomas apresentados, a IU recebe diversas classificações, as mais frequentes são incontinência urinária de esforço sendo desencadeado após um esforço físico, tosse que provoque pressão sobre o assoalho pélvico (AP), a incontinência urinária de urgência (IUU) caracterizada pela urgência miccional devido a hiperatividade idiopática ou neurogênica do músculo detrusor e a incontinência urinária mista (IUM) que ocorre devido a associação do aumento da pressão da cavidade intra-abdominal forçando o AP e desenvolvendo a hiperatividade do detrusor (MASCARENHAS, 2011).

Os principais fatores de risco associados à IU relatados na literatura são idade, sexo, gravidez, parto, doenças que causam comprometimento neurológico, hiperplasia da próstata, prostatectomia, sendo o último uma das principais causas de IU no homem.

Almeida et al. (2006) apontam que a maioria dos casos de IU em homens é decorrente da prostatectomia, sendo a prostatectomia radical (PR) a desencadeadora de 2-80% dos casos da disfunção. A PR é um procedimento cirúrgico, em sua maioria indicado para pacientes portadores de câncer de próstata, no qual, esse procedimento pode lesionar o esfíncter uretral e nervo pudendo, como também levar a disfunção da bexiga. A prostatectomia transuretral e a prostatectomia radical com preservação do ligamento puboprostático tem índices mais altos de retorno a continência urinária (STOLZENBURG et al. 2006).



A escolha do tratamento para incontinência urinária em homens depende do tempo de apresentação, da sintomatologia, do período que será realizado, do pré/pós-operatório e da magnitude da disfunção. Diversos são as opções de tratamento da IU como os farmacológicos, cirurgias, terapia comportamental e fisioterapia utilizando cinesioterapia, treinamento do assoalho pélvico e eletroterapia (WANG et al., 2014; NARDI et al., 2014).

A fisioterapia no tratamento da IU para pacientes prostatectomizados ou candidatos a prostatectomia, tem sido alvo de atenção em meio às pesquisas a fim de produzir evidências quanto à eficácia, por ser um método conservador de tratamento que oferece menos riscos aos pacientes.

Considerando o elevado risco de homens submetidos a cirurgia prostática desenvolverem IU e o quanto essa disfunção afeta a qualidade de vida, a presente revisão tem como objetivo verificar o efeito da fisioterapia na incontinência urinária masculina.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica realizada a partir da leitura de artigos nas bases de dados PubMed, Lilacs, Scielo e PEDro, utilizando os descritores em inglês: “urinary incontinence” and “male” and “physical therapy”. Após a primeira busca foram encontrados 1039 artigos no PubMed, 7 no Lilacs, 2 no PEDro, 0 no Scielo, totalizando 1048 artigos. Ao realizar uma análise de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 6 estudos.

Foram incluídos estudos publicados entre os anos 2012-2017, com acesso gratuito que utilizassem o tratamento fisioterapêutico como forma preventiva ou de reabilitação do assoalho pélvico nos casos de incontinência urinária (IU) em prostatectomizados. Foram excluídos os estudos que não abordassem o tratamento do assoalho pélvico e a prostatectomia como causa da IU.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao encontrar os artigos e realizar a análise de acordo com os critérios propostos, foram elegíveis 6 estudos que relatam o tratamento fisioterapêutico na IU masculina nos prostatectomizados, os quais serão descritos a seguir.

Um estudo envolvendo 81 pacientes com incontinência urinária após próstata-prostatectomia radical, teve como objetivo analisar a recuperação da continência urinária. Os



participantes foram divididos em três grupos, no qual dois grupos realizavam uma intervenção e um grupo controle. Os dois grupos submetidos ao tratamento realizaram protocolos fisioterapêuticos diferentes, no qual um grupo consistia em treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) com biofeedback (BFB), TMAP de acordo com os princípios de estabilização segmentar vertebral (TMAP + EST) e exercícios realizados em casa. Já para o outro grupo foi implementado um programa com TMAP + EST e exercícios realizados em casa. Como resultado, foi verificado que o grupo intervenção obteve melhores respostas quando comparado ao grupo controle, sendo o período de recuperação de continência do grupo TMAP com BFB menor que o outro grupo, com uma diferença estatisticamente significativa e concluíram que, os procedimentos fisioterapêuticos aplicados em pacientes com IU após prostatectomia, mostraram ser uma forma efetiva de atuação, se sobressaindo quando associados ao BFB (RAJKOWSKA-LABON et al.,2014).

Com o objetivo de avaliar a estimulação elétrica para os músculos do assoalho pélvico antes da prostatectomia retropúbica radical (PRR) para acelerar a recuperação da continência, foi realizado um estudo com 58 homens com câncer de próstata e candidatos a PRR. Os participantes foram divididos em três grupos, no qual 15 participantes eram do grupo controle, 17 participantes realizaram apenas os exercícios de Kegel e 17 participantes realizaram estimulação elétrica retal e exercícios de Kegel. Foi observado que, não houve diferenças significativas entre os grupos e a estimulação elétrica retal não provocou impacto no estado da continência nos pacientes, merecendo mais estudos relacionados a esse tipo de terapia (LAURIENZO et al, 2013).

Outro estudo, incluindo 284 homens, avaliou o efeito de um programa de TMAP, tendo início no pré-operatório, sobre a gravidade e duração da continência urinária após PRR. No pré-operatório, 125 participantes foram orientados por um fisioterapeuta para a realização do TMAP e 132 receberam apenas instruções do médico cirurgião. Já no pós-operatório, todos os pacientes receberam TMAP guiado por um fisioterapeuta. Como resultado, foi verificado que o grupo acompanhado por tratamento fisioterapêutico no pré e pós-operatório, obtiveram melhores respostas (PATEL et al, 2013).

O tratamento iniciado no período pré-prostatectomia demonstra ser fundamental pois diminuem o tempo de recuperação da continência. Segundo um estudo realizado, a reabilitação iniciada quatro semanas antes do procedimento cirúrgico promoveu a redução do tempo de recuperação da continência e da gravidade da IU (PATEL et al, 2013). Porém, foi



observado que a maioria das intervenções ocorrem no período pós-cirúrgico e quando estes são iniciados precocemente, melhores os benefícios alcançados. Foi verificado que os pacientes que receberam o tratamento no período de três meses após a cirurgia tiveram a recuperação da continência mais rápida do que aqueles que tiveram um intervalo maior para iniciar a intervenção (RAJKOWSKA-LABON et al, 2014).

Em contra partida, uma meta-análise foi realizada a fim de determinar se a eficácia do TMAP pré e pós-operatório é melhor do que o TMAP realizado apenas no pós-operatório, para reestabelecer a continência após PR em homens com IU, sendo 5 estudos recrutados nesta análise. Dois ensaios clínicos relatam redução do tempo de IU e três referiram melhora da qualidade de vida, porém com resultados inconclusivos devido aos dados insuficientes. De acordo com essa meta-análise, o TMAP no pré-operatório adicional não melhorou a resolução da IU após PR nos estágios de recuperação precoce (≤ 3 meses), interino (6 meses) ou tardio (1 ano) (WANG et al, 2014).

Um estudo optou por utilizar o sistema de modulação elétrica de frequência rítmica (FREMS) como tratamento para incontinência de urgência. Foram avaliados 30 pacientes, desses 15 com sintomatologia de IUU (2 casos pós prostatectomia) e outros 15 com sintomas de IUM (3 casos pós prostatectomia). Estes foram submetidos a dois ciclos de 15 dias de terapia. No primeiro ciclo a região estimulada foi a paravertebral lombosacra bilateral, no segundo ciclo a região supra-púbica com intervalo de duas semanas entre os ciclos, com acompanhamento de 12 meses. Em 93% dos casos, obtiveram um resultado positivo, com desaparecimento ou melhora dos sintomas (MASSARI et al, 2015).

Com o objetivo de investigar os níveis de atividade física no período perioperatório, um estudo foi realizado com 33 participantes, em relação ao tipo cirúrgico ao qual os pacientes foram submetidos (prostatectomia laparoscópica assistida por robótica, menos invasiva com custos mais altos, visa facilitar o retorno mais rápido às atividades normais quando comparada a prostatectomia retropúbica aberta, mais invasiva com custos menores) e o quanto a relação dos níveis de atividade física afeta o curso da incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP). Toda amostra participou de um programa padrão de fisioterapia perioperatória, incluindo consultas pré-operatórias semanais (com início entre 68-20 dias anteriores a cirurgia) e atendimentos na 3 e 6 semanas de pós-operatório. Pacientes orientados e acompanhados por um fisioterapeuta, iniciaram o programa a partir da primeira consulta, no qual o tratamento incluiu TMAP com e sem



biofeedback, exercícios aeróbicos em bicicleta e/ou esteira ergométrica durante 15-30 minutos e instruções para caminhar 10.000 metros no dia anterior à cirurgia. Não houve diferenças significativas entre os grupos cirúrgicos quanto ao nível de atividade física. Houve uma diminuição significativa na IUPP para todos os participantes observada nas avaliações da 3 e 6 semanas, porém não foi comprovado se os níveis de atividade física perioperatório interferem no curso da IUPP (Mungovan et al, 2013).

CONCLUSÃO

Como visto no decorrer da presente revisão, há uma grande diversidade de tratamento fisioterapêutico para a IU masculina, no qual podem ser adotados programas de treinamento muscular do assoalho pélvico no pré-operatório e no pós-operatório, como forma de prevenção ou tratamento. Os artigos analisados aplicaram o TMAP para reabilitar os indivíduos, gerando uma melhora substancial da IU. Alguns pesquisadores usaram a eletroestimulação e a atividade física associado ao TMAP, sem demonstrar resultados significativos. Em contrapartida, o sistema de modulação elétrica de frequência rítmica (FREMS), utilizada em um dos estudos, mostrou ser efetivo na reabilitação desses indivíduos.

A maioria dos estudos, incluídos nessa revisão, apresentaram resultados positivos, como melhora da força muscular, redução do tempo de recuperação da continência pós-cirúrgica e melhora da qualidade de vida dos indivíduos, demonstrando a importância e a eficácia da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária.

Sugere-se que sejam realizados mais estudos que abordem a fisioterapia no tratamento da incontinência urinária masculina, contribuindo com evidências científicas importantes para o crescimento e aprimoramento da área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Fernando G. et al. Incontinência urinária. **Rev. Bras Med**, v. 63, p. 307-16, 2006.
2. LAURIENZO, Carla Elaine et al. Results of preoperative electrical stimulation of pelvic floor muscles in the continence status



- following radical retropubic prostatectomy. **International Braz J Urol**, v. 39, n. 2, p. 182-188, 2013.
3. MASCARENHAS, Teresa. Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. **Manual de Ginecologia: Permanyer Portugal**, v. 2, 2011
 4. MASSARI, Massimo et al. Urinary incontinence: Clinical observation on 30 patients undergoing treatment with FREMS (Frequency Rhythmic Electrical Modulation System). **Archivio Italiano di Urologia e Andrologia**, v. 87, n. 3, p. 243-245, 2015.
 5. MUNGOVAN, Sean F. et al. Relationships between perioperative physical activity and urinary incontinence after radical prostatectomy: an observational study. **BMC Urology**, v. 13, n. 1, p. 67, 2013.
 6. PATEL, Manish I. et al. Preoperative pelvic floor physiotherapy improves continence after radical retropubic prostatectomy. **International Journal of Urology**, v. 20, n. 10, p. 986-992, 2013.”
 7. RAJKOWSKA-LABON, Elżbieta et al. Efficacy of physiotherapy for urinary incontinence following prostate cancer surgery. **BioMed Research International**, v. 2014, 2014.
 8. STOLZENBURG, Jean U. et al. Nerve Sparing Endoscopic Extraperitoneal Radical Prostatectomy– Effect of Puboprostatic Ligament Preservation on Early Continence and Positive Margins. **European Urology**, Volume 49, Issue 1, 103 - 112.
 9. WANG, Wei et al. Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta-analysis. **BMC Urology**, v. 14, n. 1, p. 99, 2014.