

29 de Maio de 2009.

Climatério x incontinência x distopia

3 assuntos relacionados.

O que mais cai é climatério.

Climatério

Definições

Menopausa

Última menstruação da mulher. Só podemos dizer que houve a menopausa se houver decorrido 12 meses após esta última menstruação. A mulher pode sangrar antes de 12 meses, dado que neste período é normal a irregularidade menstrual.

Climatério

Período que se inicia desde as primeiras irregularidades/sintomas (fogachos) até que a mulher complete 65 anos.

A menopausa, então, está dentro do climatério.

Perimenopausa

1-2 anos antes e 1 anos depois da menopausa.

Senilidade

Após os 65 anos, dizemos que a mulher não está mais no climatério e sim na senilidade.

Ciclo menstrual

A mulher no período embrionário tem 6-7 milhões de folículos.

Quando a mulher começa a menstruar tem 400 mil folículos.

Todo mês a mulher sofre processo de atresia folicular: em todo ciclo vários folículos são recrutados; um eclode; os demais sofrem atresia.

No climatério a mulher tem algumas centenas de folículos apenas e o ciclo é irregular.

O uso de ACO não interfere com a morte dos folículos: a mulher não ovula, mas os folículos continuam sofrendo atresia.

FSH → recrutamento folicular → LH → androgênios na teca → aromatização na granulosa → pico de LH = ovulação.

Na menopausa, os poucos folículos não respondem bem e, por isso, há aumento da **secreção de FSH**. Ocorre uma aceleração do recrutamento folicular e a reserva ovariana fica baixa.

A partir deste momento, a inibina produzida pela granulosa se reduz, o que aumenta mais ainda o FSH.

Característica laboratorial da menopausa: queda da inibina e aumento do FSH.

Sintomatologia do Climatério

- Irregularidade menstrual: que evolui para amenorréia.
- Amenorréia.
- Alterações vasomotoras.
- Alterações do humor.
- Alterações do libido.
- Alterações atróficas: urogenitais.
- Osteoporose.
- Doença cardiovascular.

Devemos tratar esta sintomatologia para evitar o transtorno da paciente.

Fogachos

Sintoma mais comum.

Calorão súbito, especialmente no tronco e na cabeça.

Rubor facial.

Sudorese.
Palpitações.
Taquicardia.
Ansiedade.

Mais comuns à noite: podem vir várias vezes pela noite; em geral duram alguns minutos.

Exemplo típico: o marido dormindo de cobertor e a esposa querendo ligar o ar condicionado...

Tratamento dos sintomas vasomotores (fogachos)

Os fogachos são auto-limitados e duram cerca de 5-10 anos.

Existe indicação clássica de ser tratado, mesmo sendo temporário.

- Roupas arejadas.
- Evitar tabagismo.
- Diminuição do peso.
- Exercícios leves.

É uma indicação **clássica de TRH**.

- **TRH: melhor indicação. Riscos: ca de mama + ca de endométrio.**
- Tibolona: derivado de progesterona; efeito estrogênico e progesterônico; funciona bem em sintoma vasomotor; efeito bom no osso (serve para osteoporose); mas apresenta efeito questionável nas mamas e no útero (parece aumentar risco de ca de mama e de endométrio).
- Antidepressivos.
- Fitoestrogênios: não existe efeito comprovado de fitoestrogênios derivados de soja; não dê essa porra.
- Veraliprida: é o agreeal; parece que tem efeitos colaterais psiquiátricos importantes; foi suspenso no mundo quase todo.
- Clonidina (alfa-2 adrenérgico de ação central; reduz o tônus simpático): especialmente para as mulheres hipertensas.

Alterações atróficas

São mais tardias.

Diminuição do nível de estrogênio → atrofia genital (o aparelho genital possui receptores para estrogênio; este promove mitoses).

A vagina fica mais curta (curta mesmo; o normal entre o intróito vaginal e o colo são 8 cm); perde as rugosidades; perde os depósitos de glicogênio que conferiam pH vaginal ácido (4-4,5) pela ação dos lactobacilos; pH sobe; tendência maior a ITU.

- Secura.
- Atrofia: pode ser vista atrofia endometrial pela histeroscopia. Causa de sangramento mais comum na pós-menopausa: atrofia. Causa de sangramento mais preocupante na pós-menopausa: câncer. Toda mulher na menopausa merece controle de endométrio: US endometrial. Se o endométrio for menor do que 5mm, podemos ficar tranqüilos: a chance de uma mulher ter um ca de endométrio hiperplásico (mais comum) é praticamente zero.

Tratamento dos sintomas genitourinários

- Lubrificação (gel) vaginal.
- TRH: melhor tratamento.
- Estrogênio tópico: tem vantagens como absorção sistêmica mínima (não gera os riscos da TRH); estriol ou promestriene.
- Não adianta dar tibolona e as outras drogas.
- Exercícios da musculatura vaginal.
- Diminuição do peso.
- Correção cirúrgica das distopias.

Osteoporose

Complicação crônica do climatério.

Osso trabecular: componente da ponta dos ossos longos e de ossos chatos. É o que tem maior remodelamento e maior risco de adquirir falhas. Traduzindo: encontramos mais fraturas na ponta/epífise de ossos longos (colo do fêmur) e vértebras (ossos chatos). As fraturas de vértebras normalmente são assintomáticas, mas causam deformidades ao longo dos anos. As fraturas de colo de fêmur tem alta morbimortalidade.

Osso compacto: componente das diáfises ósseas.

A mulher ganha massa óssea até os 30 anos e, a partir de então, perde massa óssea.

Depois dos 30 anos inicia o predomínio de osteoclastos...

Após a menopausa, então, a mulher não consegue compor adequadamente os ossos.

A falta de estrogênio provoca excesso de reabsorção...

Se conseguirmos inibir a reabsorção óssea, melhoramos a doença da paciente. É o princípio do estrogênio.

Fatores de risco para osteoporose

- Idade
- Sexo feminino
- Raça branca.
- Biotipo magro: a mulher magra não tem TCSC onde ocorre aromatização de androgênios em estrogênios. Mulher gorda não tem osteoporose, mas tem DCV, entre outros.
- Tabagismo: acelera metabolismo de estrogênio.
- Cafeína.
- Menopausa precoce: a mulher fica muito tempo sem estrogênio.
- Sedentarismo.
- Etilismo.
- Deficiência de cálcio.
- Medicamentos (tem que saber): uso crônico de heparina; glicocorticóides; antiácidos com alumínio (já caiu... acredita?); depósito de progesterona (depo provera; injeções trimestrais); hormônios de tireóide.
- Fraturas prévias.
- Hereditariedade.

Diagnóstico da osteoporose

RX

Mostra fratura; vê rarefação.

Mas não diz gravidade; se está melhorando ou piorando.

Densitometria óssea

Analisa a densidade mineral óssea das vértebras e do colo do fêmur.

Comparamos com dois grupos padrões: mesma idade e sexo da paciente; mesmo sexo e mais jovens do que a paciente.

	Z score (comparação com grupos da mesma idade)	T score (comparação com grupos mais jovens)
Normal	?	≥ -1
Osteopenia	?	-1 a -2,49
Osteoporose	?	≤ - 2,5

Z score (comparação com grupos da mesma idade) e T score (comparação com grupos mais jovens)

- > 2,5 = OSTEOPOROSE....

A densidade mineral óssea (BMD – bone mineral density) da paciente (expressa em quantidade de mineral por centímetro quadrado) é comparada com a média das BMD de pacientes da mesma idade e pacientes mais jovens. Entenda, se a BMD da paciente distar mais do que 2,5 SD (desvios-padrões) das médias, dizemos que há osteoporose.

Quando indicar densitometria óssea

- Idade maior do que 65 anos.

- Avaliar resposta terapêutica.
- Fatores de risco e maior do que 55 anos.
- História de fratura anterior: a partir dos 45 anos.

Não devemos pedir densitometria para todo mundo.

Conduta da osteoporose

Profilaxia: evitar o aparecimento da osteoporose; exercícios físicos; abstinência alcoólica e tabágica; evitar antiácidos; retirar drogas; evitar quedas; aumentar ingestão de alimentos com cálcio (leite).

Tratamento

Não vale a pena tratar uma mulher com osteopenia. Nestas mulheres fazemos profilaxia: reposição de cálcio + vitamina D.

- **TRH:** excelente, entretanto não é medicação de primeira linha; mas com vários efeitos colaterais (lembra que o tratamento é longo; aí sim aparecem os efeitos colaterais; diferente dos fogachos que podemos utilizar a medicação por 1-2 anos apenas).
- **Bifosfonatos (alendronatos; etc):** inibem atividade dos osteoclastos; melhor indicação; problema: esofagite erosiva. A paciente deve tomar a medicação em jejum e ficar meia hora sem sentar. Hoje já existem doses semanais/mensais e não diárias de bifosfonatos para evitar a esofagite erosiva.
- **Raloxifeno:** SERMs - efeito agonista ou antagonista estrogênico dependendo do tecido em que atua; não tem efeitos na mama e no endométrio, mas tem efeitos nos ossos; problemas: efeitos vasomotores (fogachos).

Tamoxifeno: é antagonista de mama e agonista de endométrio (dá ca de endométrio).

- **Calcitonina:** mulheres com dores ósseas por causa de fraturas.
- **Cálcio + Vitamina D:** sempre devemos utilizar; mas nunca devemos utilizá-los isoladamente porque não servem para nada (só servem isoladamente se for para profilaxia).
- **Tibolona:** bom para fogachos e osteoporose, mas parece que aumenta risco de ca de mama e endométrio.

TRH – Riscos x Benefícios

Benefícios

- Sintomas vasomotores.
- Sintomas genito-urinários.
- Pele.
- Libido.
- Humor.
- Densidade óssea: reduz fraturas. Só existem duas drogas que reduzem o risco de fraturas: TRH e bifosfonatos. As outras aumentam a densidade óssea, mas não reduzem risco de fraturas (exemplo: raloxifeno só reduz risco de fraturas vertebrais).
- Reduzem câncer colorretais.

Riscos (é o que cai em prova)

- Doença tromboembólica.
- Câncer de endométrio: se a TRH for só com estrogênio; toda mulher que for submetida à TRH e tiver útero deve receber progesterona porque, do contrário, o estrogênio faz hiperplasia e câncer de endométrio. Se tiver histerectomia prévia não precisa da progesterona.
- Câncer de mama: a associação de E + P leva ao câncer de mama; diferente do que acreditávamos antigamente de que era o E quem dava ca de mama. Este risco só aumenta depois de 5 anos de TRH. Na prática: podemos tratar fogachos (indicação clássica) com TRH e suspendermos depois de alguns anos, sem elevar o risco de ca de mama.
- Colelitíase.
- Doença cardiovascular e AVC
- Câncer de ovário???

A tendência é tratar os sintomas isoladamente...

TRH – Vias de administração

Vaginal... injeção... creme... comprimido...

- DM: parenteral.
- HAS: parenteral.
- Fumantes: parenteral.
- Risco de trombose: parenteral.
- **Hipercolesterolemia: a melhor via é a oral... aumenta HDL e reduz LDL.**
- Hipertrigliceridemia: parenteral.
- Doenças hepáticas: parenteral.

TRH – Consenso (HERS; WHU; MWS)

A TRH não é mais a menina dos olhos.

Favorece câncer de mama; aumenta risco de DCV (achávamos que protegia); não melhora a parte cognitiva (não trata Alzheimer e demências); não temos informações sobre ca de ovário.

Indicações primárias

- Sintomas menopáusicos e urogenitais: os tratamentos são curtos.

Progesterona: proteção endometrial... sempre deve ser adicionada. Mulher com endometriose no climatério deve receber E + P, mesmo se for hysterectomizada.

Não faz proteção de DCV.

Outras opções para prevenção de osteoporose.

Menor período possível.

Baixas doses.

Informar riscos.

A progesterona só tem função de proteção endometrial (não protege a mama como pensávamos).

Fazer em ciclos ou contínuos: em ciclos a mulher vai sangrar; mulher na menopausa sangrando leva a suspeitas de câncer, e uma hora vamos acabar pedindo histeroscopia para investigar; além disso, os sintomas reaparecem nos intervalos dos ciclos... Então, devemos fazer TRH contínua.

Diagnóstico de climatério

É clínico.

Mas, a elevação do FSH (acima de 35; não há feed-back negativo do estrogênio) é a confirmação laboratorial.

Menopausa é um hipogonadismo hipergonadotrófico.

Distopias genitais

Todo órgão genital que sai do local correto.

Exemplos: cistocele; retocele; cistoretocele; enterocele; prolapso da cúpula vaginal da mulher hysterectomizada.

Anatomia

O que mantém os órgãos pélvicos na posição certa?

Aparelhos de suspensão e sustentação.

A) Suspensão (os ligamentos) – Reticunaculum uteri

São três pares de feixes de ligamentos (anteriores; laterais e posteriores):

- Uterosacros.
- Pubovesiuterinos.
- Cardinais.

B) Sustentação

- **Diafragma pélvico (cai todo ano em prova; pElevador)**
 - Elevador do ânus
 - Coccígeos (músculos menores)
- **Diafragma urogenital (são os als; transversal; perianal; anal)...**
 - Músculo transverso profundo do períneo.

- Transverso superficial.
- Bulbocavernoso.
- Isquiocavernoso.
- Esfincter uretral e anal.

A lesão destas estruturas pode gerar fragilidade e tender ao prolapso (sair da posição anatômica).

Pelve normal

Útero em AVF: se apóia na bexiga.

Relaxamento do assoalho pélvico

Cistocele ou prolapso de parede vaginal anterior...

Clínica: bola na vagina; sensação de peso na vagina; **incontinência urinária**.

Relaxamento do assoalho pélvico

Retocele ou prolapso de parede vaginal posterior...

Clínica: bola na vagina; sensação de peso na vagina; **constipação**.

Relaxamento do assoalho pélvico

Prolapso uterino (é o que mais cai em prova).

Classificação das distopias – Vai dar recurso; existem 2 classificações básicas...

Prolapso de primeiro grau: existe um descêncio do útero, mas não alcança intróito vaginal. É inequívoco.

Prolapso de segundo grau: quando o colo do útero ultrapassa o intróito vaginal, mas o corpo do útero não.

Prolapso de terceiro grau: quando parte do corpo ou todo o corpo do útero ultrapassa o intróito vaginal.

Classificação da ICS – Sociedade internacional de continência

Ler...

Ponto C: diz distância da carúncula himenal até o cólon. O normal é -8 cm.

Ponto D: dois cm maior do que o ponto C (o tamanho do colo); é até o fundo de saco posterior (de Douglas). O normal é de -10 cm.

Ponto Aa: -três cm para dentro da vagina anterior. É o ponto vesical. Quando a mulher fizer força esse ponto pode chegar +3 cm para fora.

Ponto Ap: -três cm para dentro da vagina posterior.

Ba e Bp: são pontos virtuais; na hora que a mulher fizer força é o ponto mais distante da vagina. Pode chegar até +8 cm do lado de fora (o comprimento da vagina).

Todo ponto para dentro da vagina é negativo.

Todo ponto para fora da vagina é positivo.

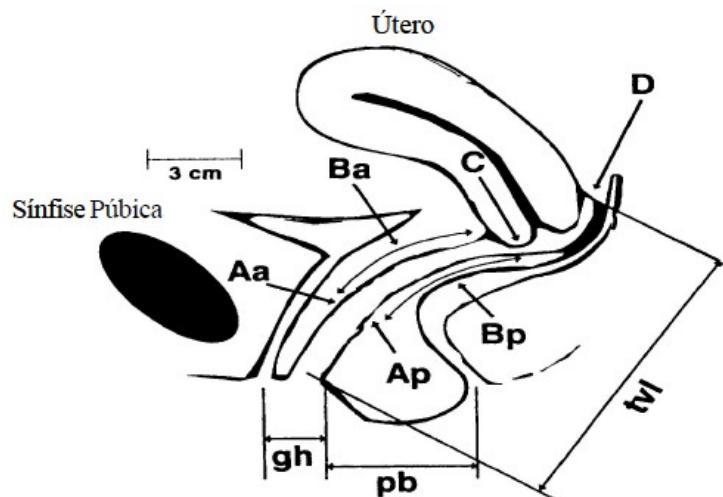


Figura 1 - Padronização dos pontos de medida pelo sistema de classificação da distopia genital preconizado pela Sociedade Internacional de Continência (Bump et al.⁵).

Aa: Ponto Aa
 Ba: Ponto Ba
 C: Ponto C
 D: Ponto D
 Ap: Ponto Ap
 Bp: Ponto Bp
 gh: Hiato genital (HG)
 pb: Corpo perineal (CP)
 tvl: Comprimento vaginal total (CVT)

Tratamento das distopias genitais

Como botar o útero para dentro?

O tratamento é **cirúrgico**.

- Histerectomia vaginal: prolapso uterino de terceiro grau...
- Manchester: para prolapso iniciais em que se deseja manter o útero; corta o colo (também serve para tratamento de alongamento hipertrófico do colo) e amarra os ligamentos (paramétrios) na frente do colo. É para manter o útero: amputação parcial do cólon + ligamento...
- Perineoplastia anterior (colporrafia): resseca excesso de mucosa e dá pontos nas fâscias.
- Perineoplastia posterior (colporrafia): resseca excesso de mucosa e dá pontos nas fâscias.
- Colpocleise: fecha a vagina da mulher; quando há risco cirúrgico; só serve para mulher que não quer ter relação sexual.
- Exercício com pessário: bota peso e a mulher começa a contrair a musculatura do períneo (é a musculação da vagina). É uma conduta que tem fundamento em prolapso iniciais...

Profilaxia

O principal fator de risco para distopia é multiparidade: fazer manobra de Ritgen... não deixar o interno fazer o parto... cuidar bem do parto...

Incontinência urinária

Qualquer perda involuntária de urina.

A gente associa com a mulher no climatério, mas outras doenças podem justificar seu aparecimento: diabetes; trauma raquimedular, entre outros.

Suporte muscular ajuda na compressão uretral e no suporte da bexiga.

Após o parto, podemos lesar essa musculatura e a bexiga pode cair.

O músculo principal da bexiga é o dextrusor.

A bexiga recebe inervação simpática e parassimpática.

Quem faz a contração do músculo dextrusor superior é o estímulo colinérgico em receptores muscarínicos.

Quem faz a contração do músculo uretral é o estímulo alfa-adrenérgico.

O estímulo beta-adrenérgico relaxa o músculo dextrusor.
O parassimpático provoca contração da bexiga e favorece diurese.
O simpático favorece o armazenamento da bexiga.

Fisiologia da micção...

Parassimpático → colinérgico → no dextrusor → em muscarínicos → micção.
Simpático → adrenérgico → alfa → uretra; beta → bexiga; mantém continência.

O tratamento de IU pode ser com anticolinérgicos...

Se a mulher tiver um problema no fechamento da uretra podemos administrar alfa-adrenérgico.

SNP – Sistema Nervoso Parassimpático

Esvaziamento vesical...

Solta na privada...

SNS – Sistema Nervoso Simpático

Enchimento...

Segura no saco...

Incontinência urinária – Classificação

A) Esforço (IUE) ou Verdadeira ou de Estresse

Mais comum.

Causas com TX diferentes:

- Hiper mobilidade vesical: a pressão exercida na bexiga deve ser a mesma exercida na uretra; nessa situação a qualquer esforço pode haver incontinência (tosse; vômitos; etc). TX: colposuspensão retropúbica (cirurgia de Burch???)
- Defeito esfíncteriano (incontinência urinária tipo III): por trauma; por falta de estrogênio (reduz vascularização periuretral)...

B) Bexiga hiperativa

Mais comum em idosos.

Não é a mesma coisa que hipereatividade do dextrusor. Bexiga hiperativa é uma síndrome.

Clínica: urgência urinária... se ela não consegue chegar no banheiro chamamos de urgeincontinência; pode haver noctúria; jato demorado de xixi após esforços (a paciente tosse e faz um grande jato de xixi; a tosse pode estimular contração de dextrusor).

A contração não inibida do dextrusor (hipereatividade do dextrusor) é a causa mais comum de bexiga hiperativa. A hipereatividade do dextrusor é um diagnóstico urodinâmico: o exame diz que a paciente apresenta contrações não inibidas do músculo dextrusor.

Causas:

- Neurogênica (hiperreflexia): encontrada no Alzheimer; nos TRM; a bexiga passa a apresentar surtos de contrações.
- Idiopática (antiga instabilidade de dextrusor).

C) Mista

Fatores de risco para IUE

- Multiparidade.
- Hipoestrogenismo.
- Tabagismo.
- Obesidade.
- Constipação: aumenta peso dos órgãos abdominais sobre a bexiga.
- Esforço físico intenso.

Fatores de risco para Bexiga Hiperativa

- Alzheimer.
- EM.
- AVE.
- Lesões medulares.

Causas que lesam o músculo dextrusor.**Diagnóstico****História**

Perda aos esforços x síndrome de urgeincontência.

Exame físico

Na IUE com hiper mobilidade pode ser encontrada cistocele (prolapso de parede vaginal anterior).

Exame de urina

Para descartar ITU que pode mimetizar o quadro.

Estudo vídeo-urodinâmico

Padrão-ouro.

Analisa pressão de dentro da bexiga; pressão de fechamento uretral; fluxo de urina; capacidade vesical.

Diz se existem contrações não inibidas do dextrusor.

O vídeo ainda permite ver se existe mobilidade vesical e alteração do ângulo vesico-uretral.

Teste do cotonete (cai nos concursos)

Cotonete longo é enfiado na uretra da paciente e solicitamos a realização de manobra de ValSalva: se houver um ângulo maior do que 30 graus há um DX de distopia vesical (mas não diagnostica as outras incontinências).

Teste de Bonney

Enchemos a bexiga da paciente com água destilada e pedimos para ela fazer força e verificamos se existe incontinência.

Com o dedo elevamos a bexiga da paciente e pedimos para ela fazer força de novo com o médico segurando a bexiga da paciente. Se, nessa segunda situação, não perdeu urina: a paciente apresentava hiper mobilidade vesical.

Estudo urodinâmico

2 perguntas importantes:

- Existe hipereatividade da bexiga?
- Qual a pressão que precisamos realizar sobre a bexiga para haver perda uretral? Qual a coluna d'água em cima do esfíncter é necessária para a paciente perder urina? Pressão de perda muito alta → hiper mobilidade; Pressão de perda baixa → defeito esfíncteriano.

Pressão de perda aos esforços

< 60 cm H₂O: defeito esfíncteriano.

> 90 cm H₂O: hiper mobilidade vesical.

Entre 60-90 não temos diagnósticos claros.

IUE – Tratamento clínico

- Exercícios perineais.
- Cones vaginais.
- Eletroestimulação da musculatura: para hipertrofiar.
- Fármacos alfa-adrenérgicos: fenilpropanolamina; imipramina.
- Estrogênio tópico: melhorar o tônus vascular em volta da uretra.
- Injeção de Teflon ou colágeno perto da uretra.

IUE – Tratamento cirúrgico**Kelly-Kenedy**

É a perineoplastia para IU.

A gente faz o períneo e damos um ponto na fáscia perto do ângulo colpovesical.

A idéia é fazer a bexiga da mulher não arriar: tem 50-70% de recorrência.

É uma cirurgia simples e que não resolve.

A FEBRASGO considera anti-ético fazer essa cirurgia.

BurCh

Colposuspensão retropúbica: abdominal; faz minilaparotomia; amarra a bexiga para cima.

É útil na hipermotilidade vesical.

Ainda é a primeira escolha no tratamento da **hipermobilidade vesical**.

A fáscia vesico-vaginal é amarrada no ligamento de Cooper.

Marshall

Colposuspensão retropúbica: abdominal; faz minilaparotomia; amarra a bexiga para cima.

É útil na hipermotilidade vesical.

A fáscia vesico-vaginal é amarrada no periósteo do pube (pode haver inflamação do periósteo e por isso é menos utilizada – pode haver dor no pós-operatório).

Pode dar osteíte púbica.

Sling

Faixa suburetral é passada por debaixo da uretra... provoca fibrose em torno da uretra e melhora o tônus uretral e o descenso vesical.

Pode ser utilizada para hipermobilidade vesical (resultados bons) e técnica de escolha para **defeito esfinteriano**.

Exige cistoscopia no pós-operatório para ver se não lesou alguma coisa.

TVT (é a marca sintética)... podemos utilizar uma faixa da aponeurose também...

Tratamento da bexiga da hiperativa

A principal causa não são contrações não inibidas do detrusor?

Então, o tratamento é clínico.

Drogas que inibem a contração.

Anticolinérgicos (antiespasmódicos da via urinária): oxibutinina e tolterodina...

Antidepressivos tricíclicos: imipramina... Serve bastante para as formas mistas.

Eletroestimulação: para inibir contrações.

Não existe cirurgia para bexiga hiperativa.