



EDITORIAL

Daytime urinary incontinence: a chronic and comorbid condition of childhood^{☆,☆☆}



Incontinência urinária diurna: uma doença crônica e comorbidade infantil

Anne J. Wright^{a,b,c,d}

^a *The Children's Bladder Clinic, Reino Unido*

^b *Evelina London Children's Hospital, Londres, Reino Unido*

^c *Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido*

^d *International Children's Continence Society, Chappaqua, Estados Unidos*

No artigo "Curso clínico de uma coorte de crianças com sintomas de incontinência urinária diurna não neurogênica acompanhada em um centro terciário", Lebl et al.¹ caracterizaram uma coorte de 50 crianças atendidas em seu centro por mais de 12 anos com queixa de sintoma principal de incontinência urinária diurna funcional (DUI). Eles concluem que um subgrupo de crianças com características clínicas de hiperatividade vesical (HV), sem comorbidades correspondentes de infecção do trato urinário (ITU) e ultrassom do trato urinário e urofluxometria normais, poderá ser tratado sem estudos invasivos adicionais. O tempo médio de acompanhamento foi de 4,7 anos e um terço do grupo apresentou resistência ao tratamento.

Com relação às características do grupo, os dados demográficos, a sintomatologia e as comorbidades são muito semelhantes a outros relatados em ambientes terciários ao redor do mundo.²⁻⁷ Sabe-se que a incontinência urinária diurna é mais comum em meninas,⁸⁻¹¹ em relação à enurese noturna e à incontinência fecal, que são mais comuns em meninos. A idade de apresentação nessa coorte (média de 7,9 anos) é dois ou três anos após a expectativa normal para

uma criança.¹² Uma grande coorte populacional no Reino Unido acompanhada do nascimento à vida adulta jovem possibilita a formulação de trajetórias longitudinais para crianças com enurese diurna entre 4,5 a 9,5 anos: 86% estão no então chamado "grupo normativo" e não apresentam enurese. Dos 14% que apresentaram DUI, aproximadamente metade (6,9%) apresentou trajetória de solução chamada "postergada e atinge a classificação normal (seca) até os 9,5 anos. Aproximadamente um quinto (3,2%) não apresentou enurese aos 4,5 anos, porém teve recaída após os cinco anos e continua a apresentar enurese aos 9,5 anos, e um terço (3,7%) apresentou enurese (crônica) com resolução mínima.¹³ Assim, a DUI pode ser primária ou secundária, com início próximo de quando a criança vai para a escola. Além disso, há um aumento na comprovação de que a disfunção vesical que resulta em sintomas do trato urinário inferior (STUI) é uma doença crônica comum na infância que pode permanecer na vida adulta.^{14,15} Assim, o reconhecimento precoce e o tratamento adequado são essenciais na tentativa de limitar a morbidez vitalícia. Há uma necessidade de maior conscientização entre os profissionais da saúde, pais e público de que a incontinência em crianças acima de cinco anos não é normal e que poderemos prejudicar as crianças ao acalmar os pais e dizer que elas "superarão suas dificuldades".

O marca registrada do sintoma de HV (conforme definido pela Sociedade Interna de Continência) é urgência,¹⁶ que foi relatada por 56% dessa coorte. A correlação urodinâmica da HV é a hiperatividade do detrusor (HD), que ocorreu em 92% dos estudos sobre urodinâmica feitos (UDS) (n = 38).

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.01.003>

[☆] Como citar este artigo: Wright AJ. Daytime urinary incontinence: a chronic and comorbid condition of childhood. J Pediatr (Rio J). 2016;92:106–8.

^{☆☆} Ver artigo de Lebl et al. nas páginas 129–35.

E-mail: Anne.Wright@gstt.nhs.uk

Essa falta de concordância poderá refletir a incapacidade de a criança descrever seus sintomas adequadamente ou a falta de conscientização de o que a micção normal deve causar. Também pode ser que seus pais interpretem incorretamente a urgência como adiamento da micção;¹² segurar por muito tempo (chamado erroneamente pelos autores de retenção urinária) ou “deixar as coisas para a última hora”. Outros estudos com crianças e adultos também constataram que urgência é um baixo indicador de fisiopatologia subjacente.^{6,17} Boa concordância (85%, $p < 0,05$) para HD em UDS a partir desse estudo exigiu os sintomas de urgência/incontinência juntamente com aumento na frequência urinária, nenhum histórico de infecção do trato urinário e investigações não invasivas normais por ultrassom e urofluxometria. A aplicação desses critérios a essa coorte de crianças significaria que 62% ainda exigiriam testes invasivos, pois a taxa de ITU estava elevada. Isso poderá ser garantido devido à alta taxa de refluxo vesico-ureteral (27,8%) e aos resultados anormais da cintilografia renal (43,3%) e destaca ainda o papel da disfunção vesical na infecção recorrente do trato urinário.¹⁸

O sintoma de DUI raramente ocorre isoladamente²⁻⁷ e as comorbidades nessa coorte são significativas e de sobreposição; 70% apresentaram enurese noturna (noctúria não foi relatada e pode ser um resultado posterior da enurese precoce), 62% infecções recorrentes do trato urinário, 62% constipação e 16% incontinência fecal. Sintomas de comorbidade podem ser percebidos pelos pais e/ou pela criança como mais angustiantes do que o DUI, que pode estar presente com volumes menores, porém mais ocultáveis e socialmente mais aceitáveis do que a incontinência fecal. Isso pode resultar em incompatibilidade entre as expectativas de tratamento dos pais e o ponto de início do tratamento prescrito pelo pediatra. Além disso, enquanto comorbidades emocionais e comportamentais não foram relatadas nessa coorte, fica bem estabelecido que a incontinência infantil está associada a essas doenças e pode afetar a gravidade e os resultados do tratamento. Por esse motivo, a Sociedade Internacional de Continência em Crianças (ICCS) recomenda que todas as crianças com incontinência sejam beneficiadas por exames ativos para doenças emocionais/comportamentais.¹⁹ Assim, para possibilitar que os pediatras entendam com precisão a heterogeneidade e a complexidade da incontinência infantil, o ICCS deve recomendar um algoritmo de diagnóstico multiaxial semelhante ao conceito da estrutura de diagnóstico multiaxial usado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e ou pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10).^{20,21} Ele incorporaria características de sintomatologia, comorbidade física, desenvolvimento e emocional/comportamental, qualidade de vida, indicadores de gravidade e fisiopatologia subjacente, como HD, atividade do esfíncter uretral externo, hipoatividade do detrusor etc.

Com relação ao tratamento, esse estudo relatou melhoria significativa em todos os STUIs no momento do acompanhamento, que, em geral, foi mais longo (4,7 anos \pm 3,2 anos) do que o registrado em outros estudos. Isso se deve parcialmente ao fato de que é necessária uma abordagem gradual para tratamento a partir da disfunção intestinal até os sintomas diurnos e noturnos. Os autores não detalham seu protocolo de tratamento com resultados graduais, porém em

uma coorte de crianças dinamarquesas com DUI e Hagstroem et al. relatam que o tratamento da disfunção intestinal sozinha resultou em cura do DUI de 17%. A uroterapia (com ou sem um cronometro) resultou, então, em resolução adicional de 73% (mais efetivo em crianças mais velhas com capacidade vesical relativamente maior) e finalmente 26% de toda a coorte necessitaram de tratamento com anti-colinérgicos, dos quais 81% responderam positivamente ao tratamento.⁷ A coorte de Lebl¹ apresentou uma maior taxa de resistência ao tratamento de 32% em comparação com 6% no estudo com crianças dinamarquesas (tempo de acompanhamento de dois anos) e isso provavelmente se deve à exclusão de quaisquer crianças com ITU dele. Outros grupos também demonstraram o valor da uroterapia, um importante componente que significa a instrução da criança e dos pais quanto às causas da incontinência, que alivia, assim, o peso da culpa e vergonha de ambas as partes,^{2,3} bem como explica os motivos das abordagens de tratamento.

Em resumo, essa coorte destaca várias características do grupo de crianças que apresentam incontinência urinária diurna, ilustra importantes conceitos, pontos práticos e princípios. Esperamos que o diagnóstico e a intervenção oportunos e adequados melhorem os efeitos de curto e longo prazo sobre as crianças e suas famílias.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Lebl A, Fagundes SN, Koch VH. Clinical course of a cohort of children with non-neurogenic daytime urinary incontinence symptoms followed at a tertiary center. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:129–35.
2. Glad Mattsson G, Brännström M, Eldh M, Mattsson S. Voiding school for children with idiopathic urinary incontinence and/or bladder dysfunction. *J Pediatr Urol*. 2010;6:490–5.
3. Mulders MM, Cobussen-Boekhorst H, de Gier RP, Feitz WF, Kortmann BB. Urotherapy in children: quantitative measurements of daytime urinary incontinence before and after treatment according to the new definitions of the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol*. 2011;7:213–8.
4. Stone JJ, Rozzelle CJ, Greenfield SP. Intractable voiding dysfunction in children with normal spinal imaging: predictors of failed conservative management. *Urology*. 2010;75:161–5.
5. Ramamurthy HR, Kanitkar M. Non invasive urodynamic assessment in children – Are they reliable? Validation of non-invasive urodynamics in children with functional voiding disorders. *Indian J Pediatr*. 2010;77:1400–4.
6. Glassberg KI, Combs AJ, Horowitz M. Nonneurogenic voiding disorders in children and adolescents: clinical and videourodynamic findings in 4 specific conditions. *J Urol*. 2010;184:2123–7.
7. Hagstroem S, Rittig N, Kamperis K, Mikkelsen MM, Rittig S, Djurhuus JC. Treatment outcome of day-time urinary incontinence in children. *Scand J Urol Nephrol*. 2008;42:528–33.
8. Hellström AL, Hanson E, Hansson S, Hjälmås K, Jodal U. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. *Eur J Pediatr*. 1990;149:434–7.
9. Sureshkumar P, Craig JC, Roy LP, Knight JF. Daytime urinary incontinence in primary school children: a population-based survey. *J Pediatr*. 2000;137:814–8.
10. Kyrklund K, Taskinen S, Rintala RJ, Pakarinen MP. Lower urinary tract symptoms from childhood to adulthood: a population

- based study of 594 Finnish individuals 4 to 26 years old. *J Urol*. 2012;188:588–93.
11. Swithinbank LV, Heron J, von Gontard A, Abrams P. The natural history of daytime urinary incontinence in children: a large British cohort. *Acta Paediatr*. 2010;99:1031–6.
 12. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*. 2014;191:1863–5.
 13. Heron J, Joinson C, Croudace T, von Gontard A. Trajectories of daytime wetting and soiling in a United Kingdom 4 to 9-year-old population birth cohort study. *J Urol*. 2008;179:1970–5.
 14. Salvatore S, Serati M, Origoni M, Candiani M. Is overactive bladder in children and adults the same condition? ICI-RS 2011. *Neurourol Urodyn*. 2012;31:349–51.
 15. Bongers ME, van Wijk MP, Reitsma JB, Benninga MA. Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics*. 2010;126:e156–62.
 16. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167–78.
 17. Jimenez-Cidre MA, Lopez-Fando L, Esteban-Fuertes M, Prieto-Chaparro L, Llorens-Martinez FJ, Salinas-Casado J, et al. The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. *Neurourol Urodyn*. 2015;34:128–32.
 18. Brandström P, Esbjörner E, Herthelius M, Swerkersson S, Jodal U, Hansson S. The Swedish reflux trial in children: III. Urinary tract infection pattern. *J Urol*. 2010;184:286–91.
 19. von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E, Warzak WJ, Bachmann C. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *J Urol*. 2011;185:1432–6.
 20. World Health Organization. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
 21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.