

Avaliação do Paciente com Dor Urogenital

*Maria Luiza Maddalena TSA SBA**

Embora homens também possam apresentar dor crônica pélvica, esse é um problema comum em mulheres, debilitante e difícil de tratar.

Mais de 50% das mulheres tem sintomas urinários em alguma época das suas vidas¹.

A dor pélvica crônica é responsável por 10 a 15% dos encaminhamentos aos serviços de Ginecologia, 25-35% das indicações de laparoscopias e 10–15% das indicações de histerectomia².

A cistite intersticial e a prostatite estão entre as muitas patologias associadas à dor pélvica crônica. Estima-se que a cistite intersticial acometa 20% das mulheres³. Um levantamento feito na Inglaterra entre 1990 e 1994⁴ verificou que em 1% das consultas a médicos generalistas e em 8% das consultas feitas a urologistas por homens entre 18 e 50 anos foi atribuído ao paciente diagnóstico de prostatite.

Apesar desses números altos e do fato dessas síndromes dolorosas já terem sido bem descritas na literatura nos últimos 100 anos, o reconhecimento da síndrome de dor visceral crônica é relativamente recente nas especialidades de ginecologia e urologia⁵.

As estruturas genitais e as estruturas envolvidas nos processos de urinar e defecar tem uma inervação que converge no sistema nervoso central de modo que os sintomas isoladamente são instrumentos diagnósticos inadequados. Mesmo uma história precisa e um exame físico meticuloso podem levar a um diagnóstico ambíguo¹.

As dores localizadas no abdômen inferior, na região pélvica, inguinal e períneo podem ter etiologias múltiplas como distorção de estruturas normais devido a câncer, focos de infecção e doenças sistêmicas idiopáticas¹ ou ser resultante de alterações nos mecanismos modulatórios da dor⁵.

* Responsável pela Clínica de Dor do Hospital de Ipanema - Ministério da Saúde - Rio de Janeiro - RJ
Responsável pela Clínica de Dor do Hospital São Vicente de Paulo - Rio de Janeiro - RJ
Co-Responsável pela CET-SBA Hospital de Ipanema - Ministério da Saúde - Rio de Janeiro - RJ

A dor de origem urogenital é comumente acompanhada de distúrbios no ato de urinar e algumas vezes também de disfunção sexual⁶.

Dores nessas áreas do corpo são de modo geral constrangedoras tanto para homens como para mulheres que podem se sentir encabulados de discutir seus sintomas com familiares, amigos ou profissionais de saúde⁵.

Os médicos que tratam desses pacientes precisam adotar uma visão biopsicossocial ao avaliar o caso e, embora seja reconhecida a necessidade de intervenções comportamentais, considerar que as alterações psicológicas podem não ser causa e sim serem conseqüências da doença¹.

A controvérsia que envolve essas dores vai desde questionar sua existência até desprezá-las como puramente psicossomáticas⁵. As dificuldades de diagnosticar uma dor crônica urogenital através da identificação de alteração atestável são devidas ao fato de que hoje ainda não temos ferramentas para medir objetivamente anormalidades sensitivas que resultem em sensações dolorosas. Os pacientes com cefaléia crônica passam por dificuldades semelhantes. A investigação diagnóstica é tipicamente negativa e o diagnóstico de cefaléia crônica é feito baseado na exclusão de lesões cerebrais e infecções.

Etiologia

A dor urogenital pode ser de caráter agudo (com até três meses de duração) ou crônico, e pode ter origens muito variadas (tabelas 1, 2 e 3)¹.

Tabela 1 - Fontes de dor aguda:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processos inflamatórios e infecciosos <ul style="list-style-type: none"> Doenças sexualmente transmissíveis Uretrite, epididimite Herpes genital Doença inflamatória pélvica Salpingooforite, salpingite tuberculosa Parametrite posterior Cistite infecciosa Cistite actínica Cistite química Herpes zoster agudo Carúncula uretral
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secundários a câncer <ul style="list-style-type: none"> Rim, bexiga Próstata, testículo Ovário, colo uterino, vagina Linfoma Metástases espinhais Outras metástases, carcinomatose Obstrutivas, hidronefrose, distensão da bexiga
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Litíase renal, obstrução da junção ureteropélvica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão da genitália externa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho de parto, parto, trauma pós parto

Tabela 2 - Fontes de dor crônica

<ul style="list-style-type: none">▪ Urológicas<ul style="list-style-type: none">Cistite intersticialRim policísticoSíndrome da hematúria e dor no flancoCálculo coraliformeSíndrome uretralDivertículo ou carúncula uretralDissinergia do detrusor
<ul style="list-style-type: none">▪ Sistema reprodutor masculino<ul style="list-style-type: none">OrcalgiaProstatodinia, prostatite crônica, síndrome de dor pélvica crônicaDor peniana
<ul style="list-style-type: none">▪ Sistema reprodutor feminino<ul style="list-style-type: none">▪ Cíclica<ul style="list-style-type: none">Mittelschmerz (desconforto no meio do ciclo), outras dores ovarianasDismenorréia primáriaDismenorréia secundária (anormalidades uterinas, estenose cervical, leiomioma uterino, adenomiose, hímen imperfurado)
<ul style="list-style-type: none">▪ Acíclica ou cíclica atípica<ul style="list-style-type: none">AderênciasEndometrioseRelaxamento pélvico, prolapso, retroversão do úteroVulvodiniaSíndrome do ovário remanescenteDispareunia sem vulvodiniaSíndrome da congestão pélvicaAdenomioseDor pélvica crônica sem patologia óbvia

Considerações anatômicas

O trato urogenital é uma área altamente especializada do corpo responsável por funções biológicas básicas incluindo produção, estoque e eliminação de urina, copulação e reprodução. As estruturas urogenitais femininas e masculinas são muito diferentes em forma e função devido à ação dos hormônios gonadais, mas a inervação dos vários órgãos é semelhante nos dois sexos e segue a localização original dos precursores estruturais. Assim os ovários e os testículos, que vêm do abdômen, tem inervação torácica. A bexiga tem inervação que vem de T10. A inervação do trato genitourinário envolve componentes tanto do sistema nervoso autônomo como do sistema nervoso somático. Os aferentes que partem dos órgãos genitourinários convergem para plexos nervosos na pelve principalmente o plexo hipogástrico inferior. Os corpos celulares dos axônios aferentes estão localizados nos gânglios dorsais dos nervos espinhais. Antes de entrar na substância cinzenta da medula ramos desses axônios aferentes podem se estender por dois ou mais níveis além daquele em que chegaram originalmente à medula. Tradicionalmente, sabia-se que as vias ascendentes que

Tabela 3 - Etiologias não urogenitais de dor localizada em estruturas urogenitais

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Origem Neurológica Hérnia de disco Neuralgia pós herpética Neuropatia periférica Dor central: pós acidente vascular cerebral ou lesão raque medular Neuroma pós cirúrgico: cicatriz dolorosa Neuralgias (por ex: iliohipogástrico, ilioinguinal, genitofemural) Síndrome de Guillain-Barré Neurofibromatose
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Origem gastrointestinal Enterocolite actínica Doença de Crohn ou colite ulcerativa Doença diverticular do colon Síndrome do colon irritável Constipação crônica: impactação fecal Proctalgia fugax Diarréia infecciosa Hérnia: obstrução recorrente do intestino delgado
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Origem musculoesquelética Doença vertebral torácica, lombar e sacra Espasmo muscular do assoalho pélvico ou abdominal Coccigodinia Fibromialgia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outras condições dolorosas Isquemia crônica de órgãos pélvicos Porfíria intermitente aguda Febre mediterrânea familiar Lupus sistêmico eritematoso Dor psicogênica

carregam os estímulos dolorosos tanto viscerais como somáticos eram principalmente os tratos espinalâmico e spinoreticular. Entretanto, três outras vias não descritas anteriormente também carregam informação nociceptiva visceral: o trato espino (trigemino)-parabraquio-amigdalóide e o trato espino-hipotalâmico⁵. Os estímulos trafegam através dessas vias ascendentes a níveis supra espinais (bulbo, ponte, mesencéfalo, hipotálamo, tálamo, córtex) onde também são processados. Muitas áreas do tronco cerebral e córtex que estão envolvidas com o controle voluntário da musculatura pélvica em mulheres estão também envolvidas com o controle da bexiga¹. Estudos em animais mostraram uma superposição acentuada das áreas de processamento central das informações provenientes de múltiplas estruturas urogenitais e estruturas somáticas vizinhas.

A dor visceral tem dois componentes: a dor visceral verdadeira (profunda, vinda de dentro do organismo) e a dor visceral referida (dor referida a estruturas somáticas relacionadas segmentalmente como pele, músculos e também outras estruturas viscerais). Frequentemente, se observa hiperalgesia no local da dor referida. Os mecanismos de dor referida víscero visceral podem explicar a superposição

entre as diversas síndromes de dor urogenital (cistite intersticial e vulvodinia; cistite intersticial e prostatodinia) e entre as síndromes dolorosas urogenitais e de dor pélvica (vulvodinia e dor com endometriose). Os mecanismos de dor referida víscero somática explicam a observação clínica de que os pacientes com dor urogenital frequentemente se queixam de dor irradiada para as coxas e para a região lombossacra. Além disso, muitos pacientes com dor urogenital relatam dor crônica fora das áreas referidas como cefaléia e dores músculoarticulares. Essas observações sugerem que possam ocorrer nesses pacientes alterações generalizadas nos mecanismos modulatórios da dor⁵.

Avaliação do paciente com dor urogenital

A identificação precoce de condições tratáveis (câncer, doenças infecciosas ou anormalidades anatômicas) muda o curso do tratamento e pode alterar o seu resultado¹.

Deve-se obter uma história detalhada: a natureza da dor, localização e irradiação, fatores agravantes e de alívio, horário de maior incidência, efeito da menstruação, de exercícios, do trabalho, tensão emocional, relação sexual e orgasmo. Determinar em que contexto a dor surgiu e se mantém, incapacidade de efetuar tarefas e deveres domésticos, afastamento do trabalho ou solicitação de benefício ou aposentadoria. Outros sintomas somáticos do trato genital, urológicos, enterocólicos, musculoesqueléticos devem ser pesquisados e também história progressiva clínica, cirúrgica, ginecológica, emocional, uso de medicamentos, dependência química⁷.

Síndromes Dolorosas mais Comuns

Embora várias síndromes de dor crônica da área urogenital tenham sido descritas há mais de 100 anos, sabe-se pouco sobre a etiologia delas e o tratamento atual é empírico. A cura não é comum mas os tratamentos disponíveis podem diminuir a dor em quase todos os pacientes⁶.

Cistite Intersticial

É uma inflamação crônica da parede da bexiga que vem acompanhada de dor pélvica, urgência urinária e polaciúria. Pacientes podem se queixar também de dor uretral, vaginal, retal, lombar e dor nas coxas. A prevalência estimada é de 2:10000 sendo mais freqüente em mulheres: 10:1¹. Alguns estudos mostram que homens com prostatite não bacteriana podem ter cistite intersticial^{1,6}. A cistite intersticial pode estar associada a outras condições crônicas como a fibromialgia, vulvodinia, enxaquecas, reações alérgicas e problemas gastrointestinais⁶. A etiologia da cistite intersticial é desconhecida e é possível que múltiplos mecanismos contribuam para o surgimento da síndrome. A única patologia definida é a presença de úlceras de mucosa (úlceras de Hunner) ou a presença de glomerulações (pequenas hemorragias petequiais submucosas) vistas na cistoscopia após distensão mantida da bexiga. As glomerulações não são exclusivas da cistite intersticial, ocorrem em outras formas de cistite e podem ser uma variação do normal. Existe boa evidência de que a maioria dos pacientes com cistite intersticial apresenta uma alteração da barreira urotelial. A etiologia dessa alteração e suas conseqüências ainda não foram determinadas. Uma teoria propõe que a ruptura da barreira urotelial se deve a falhas na função de proteção do urotélio pelos glicosaminoglicans. Outra teoria propõe que a cistite intersticial seja uma doença autoimune sistêmica com manifestação local ou que exista atividade anormal dos mastócitos na bexiga que leva a alterações teciduais e efeitos neurológicos. Foram encontrados níveis elevados de fator de crescimento nervoso na urina de pacientes com cistite intersticial sugerindo alterações neurolásticas potenciais¹.



Pontari⁸ propôs uma rotina para avaliação e tratamento da cistite intersticial que inclui urinoculturas, exames pélvico e retal, cistometria e cistoscopia. Com os resultados desses exames podemos classificar o paciente de acordo com os critérios de diagnóstico propostos em 1988 pelo National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Workshop on Interstitial Cystitis⁹ descritos na tabela 4.

Tabela 4 - Critérios Diagnósticos para Cistite Intersticial

<p>Critérios de Inclusão (ambos obrigatórios) Úlceras de Hunner (mucosas) ou glomerulações visíveis à cistoscopia Dor associada à bexiga ou urgência urinária</p>
<p>Critérios de exclusão (qualquer um dos abaixo mencionados) idade < 18anos cistite actínica cistite por ciclofosfamida cistite tuberculosa cistite bacteriana ou prostatite nos últimos 3 meses vaginite contrações vesicais involuntárias ausência de urgência urinária com volume vesical > 350ml ausência de urgência urinária com 100cm³ de ar ou 150ml de água (velocidade de enchimento de 30-100cm³/min) divertículo uretral sintomático câncer uterino ou cervical câncer vaginal ou uretral tumores benignos ou malignos de bexiga herpes genital ativo cálculos de bexiga ou de ureter baixo duração < 9 meses ausência de noctúria frequência < 8 vezes por dia sintomas aliviados por antibióticos, antissépticos urinários, anticolinérgicos ou antiespasmódicos</p>

Não há um tratamento uniforme para todos os pacientes com cistite intersticial. Casos mais leves podem melhorar com mudanças na dieta (evitar álcool, frutas cítricas, queijos, iogurte, chá, café, por exemplo)⁷, diminuição do stress e treinamento da bexiga. Os casos mais graves vão requerer medicações orais como o pentosan aprovado especificamente para o tratamento da cistite intersticial mas de resultados limitados. Outras medicações incluem os antidepressivos tricíclicos, antihistamínicos, antiinflamatórios não esteroidais, relaxantes musculares e opióides. A instilação vesical com dimetil sulfoxido (DMSO) e outros agentes já foi utilizada com bons resultados. O uso de imunossuppressores trouxe alívio para alguns pacientes¹. Procedimentos neuroablativos já foram utilizados com relatos de bons resultados.

Encarceramento ou lesão nervosa

Tipicamente, a dor aparece meses ou anos após uma incisão de Pfannenstiel ou outras incisões em abdômen inferior ou até mesmo incisões para videolaparoscopia. Pode também aparecer

após trauma. Os nervos comumente envolvidos são o ilioinguinal (T12-L1), iliohipogástrico (T12-L1) e genitofemural (L1-L2)⁷). A dor é descrita como cólica, associada a sensação de queimação, localizada na margem do reto abdominal, tipicamente provocada pelo exercício e aliviada pelo repouso. O diagnóstico pode ser confirmado com a injeção de anestésico local no ponto mais dolorido. Esse ponto pode ser localizado palpando a margem externa do reto abdominal enquanto o paciente tenciona a parede abdominal levantando os ombros. A crioterapia pode proporcionar resultados mais duradouros que o anestésico local.

Pontos Gatilho

Clinicamente, tanto a dor musculoesquelética como a dor visceral são surdas, mal localizadas e podem ser alteradas com o ciclo menstrual. Qualquer estrutura inervada pelas raízes de T12-L4 (vértebras, músculos, por ex) pode causar dor no abdômen inferior. Da mesma maneira, por serem inervados pelas raízes de T10-S4 os órgãos do sistema urogenital podem causar dor referida para a parede abdominal, região lombar, períneo e assoalho pélvico. A dor miofascial é exacerbada por atividade na parte afetada ou atividade nas vísceras que tem inervação em comum com a parte afetada. No exame, a pressão digital de pontos no abdômen, na região lombar ou na vagina provoca a dor referida. O tratamento inclui a injeção de anestésico local nos pontos gatilho. Os antidepressivos tricíclicos também podem ajudar⁷.

Síndromes próprias das mulheres

Vulvodinia

É mais uma descrição de sintoma do que um diagnóstico e é definida como um desconforto vulvar crônico^{1,6}. As pacientes descrevem a dor como uma sensação de queimação, às vezes de picada. Levantamentos estimam que seja uma queixa presente em 15% das mulheres que procuram atendimento ginecológico¹. Muitos distúrbios podem resultar em dor vulvar crônica: dermatose vulvar, vulvovaginite crônica, papilomatose vulvar, vulvodinia essencial ou disestésica e a mais comum, a síndrome de vestibulite vulvar. Os tratamentos para vulvodinia podem eles próprios causar dano o que gera a vulvodinia iatrogênica. No caso da síndrome de vestibulite vulvar, fatores de risco conhecidos são uso precoce de anticoncepcionais orais, relações sexuais precoces, menarca precoce. Muitas mulheres com vulvodinia estão em idade fértil e tinham antes vida sexual satisfatória. Relatos histopatológicos recentes sugerem um aumento da inervação do vestíbulo em mulheres com vulvovestibulite¹ o que parece consistente com os achados no exame físico. O toque de um swab de algodão molhado no vestíbulo dessas pacientes provoca dor aguda em queimação. Muitas pacientes respondem a medicações utilizadas para tratamento de dores neuropáticas como os antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes estabilizadores de membrana. Também o biofeedback eletromiográfico da musculatura do assoalho pélvico, acupuntura e terapias cognitivas comportamentais e até procedimentos cirúrgicos para retirada dos tecidos hiperssensitivos foram usados com sucesso em alguns casos¹. Como a depressão e a ansiedade comumente acompanham a dor crônica vulvar, as pacientes devem ser avaliadas e tratadas por um psicólogo ou psiquiatra familiar com tratamento de dor.

Aderências

Das pacientes submetidas à laparoscopia por dor pélvica, 16 a 51% apresentam aderências.



Entretanto não está estabelecido o papel dessas aderências na produção de dor¹. A lise de aderências tem benefício questionável a não ser nos casos em que as aderências provocam obstrução intestinal.

Endometriose

Estima-se que em 1-2% das mulheres encontre-se a presença de glândulas e estroma endometrial fora da cavidade uterina. Essa incidência sobe para 15 a 25% nas mulheres inférteis e 28 a 74% nas mulheres submetidas à laparoscopia por dor pélvica crônica⁷. Os sintomas podem ser dismenorréia, dispareunia, urgência urinária, dor na bexiga, dor lombar, dor retal, dor irradiada para as coxas, períneo ou vagina. O tratamento clínico é tipicamente hormonal com relatos de alívio da dor em 81% dos casos de endometriose nos estágios iniciais¹. O tratamento cirúrgico com ressecção ou fulguração dos locais de lesão identificados é realizado na ocasião da laparoscopia com relatos de melhora da sintomatologia em até 63% dos casos. A endometriose é um achado comum, mas pode ser apenas um fator que contribui para a dor e não o seu principal causador. 30% das mulheres que continuam com dor após o tratamento cirúrgico da endometriose não apresentam doença residual. Entretanto, lesões infiltrantes principalmente dos ligamentos uterossacos estão associadas a muita dor⁷. Um estudo prospectivo¹⁰ encontrou a coexistência de endometriose e cistite intersticial, os “gêmeos diabólicos”, em 65% de pacientes submetidas à laparoscopia por dor pélvica crônica. A lembrança dessa possibilidade quando da avaliação das pacientes evita atrasos na identificação de uma ou outra condição.

Dor pélvica crônica sem patologia

É definida como uma dor pélvica não relacionada ao ciclo menstrual, com duração maior que seis meses, alívio incompleto com os tratamentos anteriores, atividade física prejudicada pela dor, disfunção familiar¹. É responsável por 10% de todos os encaminhamentos aos serviços de ginecologia, 12% das indicações de histerectomia e 40% das indicações de laparoscopia diagnóstica. Como em outros diagnósticos de exclusão, para rotular uma dor pélvica como dor pélvica crônica sem patologia, temos que nos certificar da ausência de alterações inflamatórias, infecciosas, psiquiátricas ou estruturais. O tratamento com analgésicos não opióides é o primeiro passo no tratamento. O uso de opióides é questionável. Os antidepressivos tricíclicos podem beneficiar algumas pacientes. Todas essas pacientes devem ser avaliadas e tratadas pela psicologia ou psiquiatria.

Síndromes próprias dos homens

Orquialgia

As causas de orquialgia, dor nos testículos, podem ser várias: infecção, tumor, torção testicular, varicocele, espermatocele, trauma, cirurgias anteriores, etiologias neuropáticas (neuropatia diabética, neuropatia por encarceramento nervoso, doença do disco intervertebral). Uma história e exame físico cuidadosos revelarão a maior parte das causas tratáveis de dor testicular crônica. Em muitos casos, entretanto, a causa da dor não tem explicação. A dor na bolsa escrotal deve ser diferenciada da dor testicular já que a inervação das duas estruturas é diferente: testículo inervação torácica e bolsa escrotal inervação sacral. O tratamento inicia-se por antibióticos e antiinflamatórios para tratamento de uma infecção/inflamação oculta⁶. Medicamentos utilizados para outras dores crô-



nicas como os antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, agentes estabilizadores de membrana, opiáceos também são empregadas aqui com eficácia. Alguns pacientes se beneficiam de bloqueios simpáticos repetidos. Também a estimulação elétrica transcutânea pode ajudar.

Prostatodinia

Definida como queixas persistentes de urgência urinária, disúria, diminuição do jato urinário e desconforto pélvico sem evidencia de bactérias no fluido prostático. Também chamada de prostatite crônica não bacteriana ou dor pélvica crônica masculina. Afeta homens de várias faixas etárias¹¹. O exame físico da próstata não mostra anormalidades. É um diagnóstico de exclusão, sendo necessário afastar infecção, patologia colônica ou retal e patologias neurológicas. Alguns estudos mostram que homens com prostatite não bacteriana podem ter cistite intersticial^{1,6}. O National Institutes of Health americano publicou um índice para ajudar a medir os sintomas e o impacto deles na qualidade de vida dos homens com essa queixa^{12,13}. O índice é composto de 9 itens que exploram 3 aspectos diferentes da prostatite crônica: dor, função urinária e qualidade de vida e com ele se pode avaliar a evolução do paciente e a eficácia dos tratamentos propostos.

Índice de Sintomas de Prostatite Crônica do NIH ^{12,13}			
Dor ou Desconforto			
1. Na última semana você sentiu desconforto em alguma dessas áreas?			
a. área entre o reto e os testículos	SIM	(1)	NÃO (0)
b. testículos	SIM	(1)	NÃO (0)
c. ponta do pênis (sem relação com urinar)	SIM	(1)	NÃO (0)
d. abaixo da cintura, na região pubiana ou da bexiga	SIM	(1)	NÃO (0)
2. Na última semana você sentiu			
a. dor ou queimação durante o ato de urinar	SIM	(1)	NÃO (0)
b. dor ou desconforto durante ou depois do orgasmo (ejaculação)	SIM	(1)	NÃO (0)
3. Com que frequência você sentiu dor ou desconforto em qualquer dessas áreas durante a última semana?			
Nunca	(0)		
Raramente	(1)		
Às vezes	(2)		
Frequentemente	(3)		
Geralmente	(4)		
Sempre	(5)		



4. Qual número descreve melhor a sua dor ou desconforto MÉDIOS nos dias em que eles ocorreram durante a última semana?

DOR NENHUMA

PIOR DOR POSSÍVEL

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sintomas Urinários

5. Quantas vezes na última semana você teve a sensação de não esvaziar a bexiga completamente ao terminar de urinar

Nenhuma (0)

menos de uma vez em cinco (1)

menos da metade das vezes (2)

metade das vezes (3)

mais da metade das vezes (4)

sempre (5)

6. Quantas vezes você teve que urinar novamente com menos de duas horas desde ter terminado de urinar

Nenhuma (0)

menos de uma vez em cinco (1)

menos da metade das vezes (2)

metade das vezes (3)

mais da metade das vezes (4)

sempre (5)

Impacto dos Sintomas

7. Na última semana quanto os seus sintomas o impediram de fazer as atividades que você sempre faz?

Nada (0)

Um pouco (1)

Mais ou menos (2)

Muito (3)

8. Quanto você pensou sobre os seus sintomas

Nada (0)

Um pouco (1)

Mais ou menos (2)

Muito (3)

Qualidade de Vida

9. Se você tivesse que passar o resto da vida com os seus sintomas do jeito como você passou a última semana, como você se sentiria?

Encantado (0)

Satisfeito (1)

Quase satisfeito (2)

Meio satisfeito meio insatisfeito (3)

Insatisfeito (4)

Infeliz (5)

Terrível (6)



Pontuação no Índice de Sintomas de Prostatite Crônica do NIH	
Dor:	total dos itens 1 ^a , 1b, 1c, 1d, 2 ^a , 2b, 3 e 4
Sintomas Urinários:	total dos itens 5 e 6
Qualidade de Vida:	total dos itens 7, 8 e 9

O tratamento mais freqüente são os antibióticos embora comumente não se encontre causa infecciosa. Quando o exame de urodinâmica mostra obstrução funcional ao fluxo urinário se sugere a dilatação com um balão transuretral ou o uso de α bloqueadores. As técnicas de relaxamento pélvico proporcionam algum alívio dos sintomas.

Embora a dor de origem urogenital seja prevalente, muitos pacientes com essas dores não recebem tratamento adequado. Muitas pesquisas sobre o assunto vêm sendo feitas com muitas possibilidades para o futuro. Mas é importante ter em mente que algum alívio pode ser oferecido com os meios já disponíveis como medicações analgésicas, bloqueios nervosos, algumas técnicas cirúrgicas, fisioterapia, suporte psicológico.

Referências Bibliográficas

1. Ness, TJ Genitourinary Pain in In: McMahon, S.B, Koltzenburg, M. (Eds). Wall and Melzack's Textbok of Pain, Elsevier Churchill Livingstone, 2006, pp 777-791.
2. Heinberg LJ, Fisher BJ, Wesselmann U, Reed J, Haythornthwaite JA. Psychological factors in pelvic/ urogenital pain: the influence of site of pain versus sex. Pain. 2004 Mar;108(1-2):88-94.
3. Burkman RT Chronic pelvic pain of bladder origin: epidemiology, pathogenesis and quality of life J Reprod Med. 2004 Mar;49(3 Suppl):225-9.
4. Collins MM, Stafford RS, O'Leary MP, Barry MJ How common is prostatitis? A national survey of physician visits. J Urol. 1998 Apr;159(4):1224-8
5. Baranowski, A, Collet, B, Newton-Jonh, T, Wesselmann, U Urogenital Pain: Taking Management Forward in: Proceedings of the 11th World Congress on Pain, eds HertaFlor, Eija Kalso, Jonathan O. Dostrovsky, IASP Press, Seattle, 2006, pp 681-693.
6. Wesselmann, U, Magora, F, Ratner, V Pain of Urogenital Origin. Pain Clinical Updates Vol III, nº 5, Sept 2000.
7. Rapkin, AJ Chronic Pelvic Pain. In: Wall PD, Melzack R (Eds). Textbok of Pain, London, Churchill Livingstone, 1999, pp 641-659.
8. Pontari, MA, Hanno, PM, Wein, AJ Logical and systematic approach to the evaluation and management of patients suspect of having interstitial cystitis. Urology 1997 49 (suppl 5A):114-120 1
9. Gillenwater JY, Wein AJ Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes, Digestive and Kidney Diseases Workshop on Interstitial Cystitis, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, August 28-29, 1987. Journal of Urology, 140: 203-206, 1988
10. Chung MK, Chung RP, Gordon D Interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain: The "Evil Twins" syndrome. JSLS. 2005 Jan-Mar;9(1):25-9.
11. Schaeffer AJ, Landis JR, Knauss JS, Propert KJ, Alexander RB, Litwin MS, Nickel JC, O'Leary MP, Nadler RB, Pontari MA, Shoskes DA, Zeitlin SI, Fowler JE Jr, Mazurick CA, Kishel L, Kusek JW, Nyberg LM; Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Group Demographic and clinical characteristics of men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study. J Urol. 2002 Aug;168(2):593-8
12. NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) <http://www.niddk.nih.gov/fund/divisions/kuh/useful-tools/english-nih-cpsi.pdf>
13. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, Alexander RB, Farrar



JT, O'Leary MP. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Urol. 1999 Aug;162(2):369-75.