



LUTS e Psicopatologia: Uma Relação a Reexplorar

LUTS and Psychopathology: An Old Relation to Re-explore

Joana Raposo Gomes*✉, Manuel Guimarães*, Nuno Louro**, Sara Moreira***

RESUMO

Introdução: Com o desenvolvimento de estudos moleculares e de neuroimagem, surgiu a possibilidade de integrar o conhecimento neurobiológico com as teorias psicológicas, repensando-se a relação entre LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*) e patologia psiquiátrica.

Objectivos: Explorar a relação e o tratamento de LUTS associados a patologia psiquiátrica.

Métodos: Estudo de caso de adulto do sexo masculino, apresentando LUTS desde há 4 anos sem alterações nos exames complementares de diagnóstico. Inclui revisão de literatura desde 1900 até 2018, através da MEDLINE, recorrendo às palavras-chave: LUTS; Psicopatologia; Bexiga hiperactiva; Prostatismo e Psicossomática.

Resultados e Conclusão: Sob a impressão diagnóstica de depressão major com mal-estar ansioso e perturbação dos sintomas somáticos (DSM-V), iniciou sertralina (50mg/dia) e trazodona (50mg/dia). Na primeira reavaliação após um mês, referiu melhoria de 30% dos sintomas urinários. Optimizada a dose de

sertralina (100mg/dia), apresentou remissão completa dos LUTS e franca melhoria do humor. Psiquiatras e Urologistas devem cooperar nestes casos, devendo co-existir as abordagens psicoterapêutica e psicofarmacológica.

Palavras-Chave: LUTS; Psicopatologia; Bexiga Hiperactiva; Prostatismo; Psiquiatria; Psicossomática.

ABSTRACT

Background: With the development of molecular and neuroimaging studies, neurobiological models converged with the psychological theories, resulting in new perspectives around the relationship between LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*) and psychiatric pathology.

Aims: To explore the treatment and the relationship between LUTS and psychiatric pathology.

Methods: Case study of an adult male who presented with LUTS for 4 years, with no abnormal findings in the performed exams. Literature review through MEDLINE, from the year 1900 to 2018, using the keywords:

* Unidade Local de Saúde do Nordeste, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade de Psiquiatria de Ligação. ✉ joana.raposogomes@gmail.com.

** Centro Hospitalar Universitário do Porto, Serviço de Urologia, Unidade de Andrologia.

*** Centro Hospitalar Universitário do Porto, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade de Psiquiatria de Ligação.

 <https://orcid.org/0000-0003-3644-7245>

Recebido / Received: 18/12/2018 - Aceite / Accepted: 15/02/2019.

LUTS; Psychopathology; Overactive Bladder; Prostatism; Psychiatry; Psychosomatic.

Results and Conclusion: *The patient was given the diagnosis of major depressive disorder with anxious distress and somatic symptom disorder, and was treated with sertraline (50mg/day) and trazodone (50mg/day). In the first re-evaluation, 1 month later, LUTS improved by 30%. At that time, sertraline was increased to 100mg/day, followed by a complete remission of LUTS and mood improvement. Psychiatrists and Urologists should cooperate in those cases and psychotherapeutic and psychopharmacological interventions must be part of the treatment plan.*

Key-Words: LUTS; Psychopathology; Overactive Bladder; Prostatism; Psychiatry; Psychosomatic.

INTRODUÇÃO

Já desde 1964 que é conhecida a relação entre depressão, ansiedade e Sintomas do Trato Urinário Inferior (LUTS)¹.

Na literatura científica actual, a par de um crescente interesse nesta área, é muito usado o conceito *Overactive bladder (OAB)* / Bexiga Hiperactiva (BH), sinónimo dos sintomas irritativos do trato urinário inferior. Este termo surge na literatura por Fall em 1989, definindo-se como um conjunto complexo de sintomas (urgência miccional como principal sintoma, geralmente acompanhada de aumento de frequência urinária e nictúria, com ou sem incontinência urinária)². Trata-se de uma condição que afeta 16-17% da população³ e cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres⁴.

OBJECTIVOS

Explorar a relação e o tratamento de *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS) associados a patologia psiquiátrica.

MÉTODOS

Estudo de caso de um adulto do sexo masculino, apresentando LUTS desde há 4 anos sem alterações nos exames complementares de diagnóstico. Inclui revisão de literatura desde 1900 até 2018, através da MEDLINE, recorrendo às palavras-chave: LUTS; Psicopatologia; Bexiga hiperactiva; Prostatismo e Psicossomática.

RESULTADOS/CASO CLÍNICO

Apresenta-se uma pessoa do sexo masculino, com 38 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, que exibia queixas de aumento da frequência urinária e urgência miccional com quatro anos de evolução. Antes de ser referenciado para Psiquiatria, foi seguido em consulta de Urologia durante um ano e meio, com o diagnóstico de LUTS medicamente inexplicáveis. Realizou, sem melhoria, cloreto de tróspio, ciprofloxacina e tansulosina. Após introdução de mexazolam pelo seu Urologista, apresentou melhoria dos sintomas. Suspendeu o fármaco algum tempo depois, considerando-se melhor, sendo que, após cinco meses, contactou novamente o seu Urologista, apresentando novo agravamento do quadro. Colocando a hipótese de prostatite crónica como diagnóstico de presunção, realizou, sem que se objectivassem alterações, urocultura antes e após massagem prostática e sedimento urinário, tendo sido medicado nesse momento com ciprofloxacina, tansulosina e mexazo-

lam. Melhorou durante uma semana sendo que, logo após esse tempo, iniciou progressivo agravamento dos sintomas. Passado meio ano, foi referenciado para consulta de Psiquiatria de Ligação. Nesta observação, encontrou-se uma relação temporal inequívoca entre os primeiros sintomas urinários, períodos de agravamento do quadro e vários acontecimentos ansiogênicos (a nível laboral, económico e relacional). Nos últimos seis meses antes da observação, apresentava além das queixas urinárias, insónia inicial e intermédia, dificuldade na atenção, desinteresse e perda de prazer no trabalho, cansaço e diminuição da libido. Ao exame do estado mental destacava-se a inquietação motora, pressão de discurso, pensamento de conteúdo pessimista, anedonia, adinamia e humor deprimido com forte componente ansiosa. Em termos de personalidade pré-mórbida, descrevia-se como perfeccionista, extrovertido (porém recorrendo ao álcool para desinibir socialmente) e pouco dado à verbalização das suas emoções. Da sua biografia, sobressai a dedicação aos percursos académico e laboral, que define como ser “dentro do expectável” (*sic*). Descreve os pais como rígidos e hiper-críticos, ideologicamente muito distintos de si.

Foi medicado na primeira consulta com sertralina 50 mg/dia e trazodona 50 mg/dia, sob a hipótese diagnóstica de depressão maior com mal-estar ansioso e perturbação do sintoma somático (LUTS). À quinta semana após início da sertralina, apresentou melhoria da ansiedade, melhoria da urgência miccional e diminuição da frequência urinária em cerca de 30% (segundo o próprio). Ajustou-se a sertralina para 100mg/dia. Em nova observação,

um mês depois, sentia-se melhorado da sintomatologia depressiva e ansiosa, com desaparecimento dos LUTS. Não apresentava sintomas de disfunção sexual. Foi encaminhado para Terapia de Relaxamento e Psicoterapia Cognitivo Comportamental, encontrando-se estável à data de submissão deste trabalho.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Existem vários estudos de caso que correlacionam LUTS, ansiedade e depressão⁵⁻⁸. Existem poucos estudos em jovens adultos, talvez devido à constatação de maior frequência de LUTS relacionados com hipertrofia benigna da próstata e com o envelhecimento⁹. Apenas um estudo, japonês, se refere à existência de dois picos de incidência de LUTS, um aos 20 anos de idade, e outro entre os 50 e 60 anos¹⁰.

Numa revisão sistemática de 43 artigos sobre sintomas afectivos e BH, nove comprovaram a associação positiva entre BH e depressão, e seis encontraram uma relação positiva entre BH e ansiedade¹¹. Surge, com nível 2 de evidência, uma relação de causalidade entre pessoas com diagnóstico prévio de depressão e surgimento de BH¹¹. Comprovou-se já que a bexiga está sob influência tónica do cérebro¹² e que existe um padrão de activação aumentada do córtex cingulado anterior, associado a maior urgência miccional.

Estudos por SPECT (*single photon emission computed tomography*) sugerem que o córtex pré-frontal está relacionado quer com perturbações afectivas, quer com queixas somáticas funcionais como a BH¹¹.

Existem, para já, possíveis explicações etiopatogénicas, considerando que a ansiedade e os LUTS partilham vias biológicas semelhantes,

envolvendo o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal em contexto de stress^{11,13} e/ou o sistema de neurotransmissores serotoninérgico e noradrenérgico, implicados quer no controlo do sistema urinário, quer na etiologia dos sintomas depressivos e regulação da ansiedade.

Os neurónios serotoninérgicos, a nível central, participam de uma variedade de funções fisiológicas. Existem evidências de que a serotonina administrada centralmente tem efeitos moduladores na função da bexiga e na contração uretral, facilitando o armazenamento de urina¹².

Dado tratar-se de um primeiro episódio depressivo, a escolha psicofarmacológica no caso apresentado, recaiu sobre a sertralina, pelo perfil de tolerabilidade e segurança comparando com outros SSRI's¹⁴ e ao longo de toda a intervenção, questionou-se ativamente sobre a saúde sexual do indivíduo.

No processo de somatização, em geral, factores genéticos e epigenéticos têm mostrado um papel fundamental na predisposição ao mal-estar corporal¹⁵. Outro elemento importante relacionado com o processo de somatização, é a falta de reconhecimento de emoções e a dificuldade na regulação emocional, sendo a alexitimia um conceito a referir¹⁶. Por outro lado, os factores culturais contribuem para a predisposição ao mal-estar corporal, sendo que em algumas culturas, existe maior tendência à somatização do que noutras¹⁷. Existem vários artigos que relacionam a doença, um evento stressante, e condições laborais precárias, como possíveis factores precipitantes de mal-estar corporal, que persistindo e co-existindo com traços de personalidade predisponentes, contribuem no processo de somatização¹⁸.

Relativamente à intervenção terapêutica, até onde vai o nosso conhecimento, não existem estudos especificamente dirigidos à intervenção psicoterapêutica em LUTS.

No presente caso, sobressaiu a ansiedade e a dificuldade no *insight* para os eventos ansiogénicos vivenciais. A narrativa dos acontecimentos biográficos, sem interferência do terapeuta, facilitou o acesso à relação existente entre os sintomas somáticos apresentados e os eventos vivenciais ansiogénicos, em linha com o exposto por Goldberg no modelo de reatribuição dos sintomas somáticos¹⁹ e indo de encontro à ideia actualmente aceite, de que esses mesmos eventos devem ser encarados como amplificadores dos sintomas e não como exclusivos elementos etiológicos¹⁸. Esta intervenção, a validação das emoções, que foram surgindo neste processo e a intervenção psicofarmacológica culminaram na melhoria dos sintomas; é ainda importante referir a periodicidade mensal das consultas.

A relação entre LUTS e patologia psiquiátrica, há muito é descrita e reconhecida, porém ressurgiu um novo interesse pela sua fisiopatologia. Do que nos foi dado a conhecer, não existem estudos que correlacionem e avaliem a causalidade entre psicopatologia e o surgimento subsequente de LUTS. A associação entre uma abordagem psicoterapêutica e psicofarmacológica apresenta-se como uma opção terapêutica a explorar, pensando nos LUTS como “entidade psicossomática”.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / Funding:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. Breyer BN, Kenfield SA, Blaschko SD, Erickson BA. The association of lower urinary tract symptoms, depression and suicidal ideation: data from the 2005-2006 and 2007-2008 National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol.* 2014;191(5):1333-9.
2. Vrijens DMJ, Drossaerts JMAFL, Rademakers K, Smits M, DE Wachter SG, Leue C, et al. Associations of Psychometric Affective Parameters with Urodynamic Investigation for Urinary Frequency. *Low Urin Tract Symptoms.* 2017;9(3):166-170.
3. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU Int.* 2009;103 Suppl 3:4-11.
4. Eapen RS, Radomski SB. Gender differences in overactive bladder. *Can J Urol.* 2016;23(Suppl 1):2-9.
5. Wang S, Lee H, Kweon Y, Lee CT, Lee K. Overactive Bladder Successfully Treated with Duloxetine in a Female Adolescent. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2015;13(2):212-214.
6. Berlin RM, Carvell MC, Noori SS, Tan TL. Psychogenic urinary retention in a man. *Psychosomatics.* 1980;21(7):607-611.
7. Mester H. Chronic psychogenic urinary retention. *Z Psychosom Med Psychoanal.* 1975;21(4):314-44.
8. Barnes JC, Harrison G, Murray K. Low pressure/low flow voiding in younger men: psychological aspects. *Br J Urol.* 1985;57(4):414-417.
9. Castellini G, Wu FC, Finn JD, O'Neill TW, Lean ME, Pendleton N, et al. Interactions Between Depression and Lower Urinary Tract Symptoms: The Role of Adverse Life Events and Inflammatory Mechanisms. Results From the European Male Ageing Study. *Psychosom Med.* 2016;78(6):758-69.
10. Fukui J, Nukui F, Kontani K, Nagata M, Kurokawa J, Katsuta M, et al. [Psychogenic lower urinary tract dysfunction in women: patho-physiological investigation for psychogenic frequency-urgency syndrome and psychogenic urinary retention]. *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi.* 1999;90(9):769-78.
11. Vrijens D, Drossaerts J, van Koeveeringe G, Van Kerrebroeck P, van Os J, Leue C. Affective symptoms and the overactive bladder - a systematic review. *J Psychosom Res.* 2015 Feb;78(2):95-108.
12. Sakakibara R, Uchiyama T, Awa Y, Liu Z, Yamamoto T, Ito T, et al. Psychogenic urinary dysfunction: a uro-neurological assessment. *Neurourol Urodyn.* 2007;26(4):518-524.
13. Kadekawa K, Nishijima S, Sugaya K, Miyazato M, Saito S. Mechanisms by which the serotonergic system inhibits micturition in rats. *Life Sci.* 2009;85(15-16):592-6.
14. Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, Churchill R, McGuire H, Barbui C. Sertraline versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(4):CD006117.

15. Denk F, McMahon SB, Tracey I. Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nat Neurosci*. 2014;17(2):192-200.
16. Kleinst M, Gottschalk J, Berking M. SC. Enriching cognitive behavior therapy with emotion regulation training for patients with multiple medically unexplained symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2015. doi:10.1016/j.cct.2015.12.003.
17. Kirmayer L, NORMAN Sartorius N. Culture in a Globalizing World. *Psychosomatic Medicine* 69:832– 840 (2007). doi:10.1097/PSY.0b013e-31815b002c.
18. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):23-31. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen. PMID: 29946208; PMCID: PMC6016049.
19. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res*. 1989;33(6):689-95.