

Síndrome dolorosa vesical

Protocolos Febrasgo

Ginecologia | nº 48 | 2021



DIRETORIA DA FEBRASGO

2020 / 2023

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Presidente

Sérgio Podgaec
Diretor Administrativo

César Eduardo Fernandes
Diretor Científico

Olímpio B. de Moraes Filho
Diretor Financeiro

Maria Celeste Osório Wender
Diretora de Defesa e Valorização Profissional

Marta Franco Finotti
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Carlos Augusto Pires C. Lino
Vice-Presidente
Região Nordeste

Ricardo de Almeida Quinteiros
Vice-Presidente
Região Norte

Marcelo Zugaib
Vice-Presidente
Região Sudeste

Jan Pawel Andrade Pachnicki
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM UROGINECOLOGIA E CIRURGIA VAGINAL - 2020 / 2023

Presidente

Marair Gracio Ferreira Sartori

Vice-Presidente

Cássia Raquel Teatin Juliato

Secretária

Marilene Vale de Castro Monteiro

Membros

Aljerry Dias do Rego
Ana Selma Bertelli Picoloto
Andreisa Paiva Monteiro Bilhar
Daniela Siqueira Prado
Emerson de Oliveira
Jorge Milhem Haddad
José Miguel de Deus
Leticia Maria de Oliveira
Lucas Schreiner
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Rafael Mendes Moroni
Sergio Brasileiro Martins

Síndrome dolorosa vesical

Descritores

Síndrome da dor da bexiga; Cistite intersticial crônica; Dor pélvica

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Síndrome dolorosa vesical. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 48/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

Introdução

A síndrome dolorosa vesical (SDV)/cistite intersticial (CI) é caracterizada por sensação desagradável (dor, pressão ou desconforto) percebida na bexiga, associada a sintomas urinários, como aumento da frequência, urgência e noctúria há mais de seis semanas, na ausência de infecção ou de outras causas identificáveis.⁽¹⁾ É afecção de etiologia desconhecida e sem consenso no seu tratamento. Alterações na camada de glicosaminoglicanos (GAG) e na barreira urotelial com consequente inflamação neural, anormalidades autoimunes, infecção subclínica e hipersensibilizações periférica e central são possíveis causas subjacentes.^(1,2) É mais comum em mulheres, com prevalência de 2,7% a 6,5% em uma comunidade de americanas.⁽³⁾ Atualmente, classifica-se como dois fenótipos: pacientes com lesão de Hunner que apresentam alterações inflamatórias evidentes e outro, sem lesão de Hunner, muito mais prevalente e sem alterações

* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia, n. 48. Acesse: <https://www.febbrasgo.org.br/>

Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

histológicas.⁽⁴⁾ Esse último fenótipo parece mais uma síndrome somatofuncional e possui associação frequente com síndromes do intestino irritável e da fadiga crônica, além da fibromialgia.⁽⁵⁾

Diagnóstico

Anamnese

Os sintomas manifestam-se, principalmente, em mulheres nas terceira e quarta décadas de vida e são caracterizados por dor, pressão ou desconforto no hipogástrio relacionados a frequência, noctúria e urgência miccional, que comumente pioram com o enchimento vesical. Enquanto na síndrome da bexiga hiperativa a paciente urina para evitar incontinência urinária, na SDV/CI urina para aliviar a dor. Dispareunia pode estar presente em até 60% dos casos.⁽⁶⁾ História sexual pode sugerir doença inflamatória pélvica, sendo importante pesquisar abuso físico e/ou sexual. O surgimento ou piora da dor perimenstrual sugere diagnóstico diferencial com endometriose. Deve-se pesquisar se desencadeia ou piora com estresse, alimentos e hábitos intestinais, além do uso de medicações que podem provocar cistite (anti-inflamatórios não esteroides, ciclofosfamida, cetamina). Também é importante questionar sobre morbididades pélvicas prévias, bem como doenças comumente associadas (fibromialgia, síndrome do intestino irritável, síndrome da fadiga crônica, vulvodinia, endometriose e doenças autoimunes).⁽⁷⁾

Exame físico

Deve-se realizar exames abdominal e pélvico que avaliem a musculatura esquelética do abdome e da cintura pélvica, além das vísceras. Ao toque bimanual, além de avaliar os órgãos pélvicos para excluir lesões palpáveis associadas a outras doenças, deve analisar o tônus basal da musculatura do assoalho pélvico, bem como a presen-

ça de sensibilidade, bandas de tensão muscular e pontos-gatilho.⁽⁷⁾ Nódulos na parede vesical em fundo de saco anterior podem sugerir endometriose de parede vesical ou mioma uterino.

Exames complementares

Urina I e urocultura

Sempre indicados para excluir infecção urinária. Em caso de piúria com urocultura negativa, deve-se descartar infecção por clamídia, ureaplasma e tuberculose urinária. Nos casos de hematúria persistente, deve-se investigar doenças do trato urinário.⁽⁸⁾

Citologia oncótica de urina

Indicada a pacientes acima de 50 anos, tabagistas, com hematúria não associada a litíase ou infecção urinária e exposição ocupacional a metais pesados.^(6,8)

Exames de imagem

Indicados na suspeita clínica de endometriose ou outras doenças pélvicas. Pode-se solicitar exames de imagem, como ultrassonografia transvaginal, de parede abdominal ou ressonância magnética.^(8,9)

Cistoscopia

A maioria dos protocolos sobre SDV/CI recomenda cistoscopia na investigação inicial com o propósito de excluir doença intravesical ou buscar a lesão de Hunner.⁽⁷⁻¹⁰⁾ As lesões de Hunner associam-se a sintomas mais intensos e seu tratamento específico, como ablação por cistoscopia, pode ser efetivo.^(7,8) Enquanto alguns autores relatam prevalência entre 11% e 16%,⁽⁷⁾ outros reportam 5% a 57%,⁽¹⁰⁾ diferença devida à falta de uniformidade nos critérios diagnósticos, bem como a várias etnias avaliadas ao longo do tempo.⁽¹⁰⁾

Biópsia vesical

A maioria dos protocolos não recomenda a biópsia de rotina. Sempre é indicada quando há suspeita de malignidade urotelial.^(8,9) Quando realizada, apenas nas lesões de Hunner, devem ser colhidos, no mínimo, três fragmentos envolvendo as bordas e o fundo da lesão, com retirada da superfície mucosa, incluindo o detrusor. Nessas circunstâncias, o achado habitual é de infiltrado inflamatório crônico composto de linfócitos, plasmócitos, neutrófilos, eosinófilos, macrófagos e mastócitos, além do arranjo inflamatório perineural.⁽¹⁰⁾

Estudo urodinâmico

Não há critérios definidos para o diagnóstico de SDV e sua realização pode desencadear ou piorar os sintomas. Deverá ser solicitado se houver dúvida diagnóstica, como em pacientes com suspeita de incontinência urinária mista, disfunções miccionais, obstrução infravesical ou hipocontratibilidade do detrusor. Não é recomendado para rotina clínica.⁽¹⁾

Tratamento

O tratamento da SDV é um desafio. Existem várias propostas terapêuticas, porém nenhuma provou ser efetiva a todas as pacientes. Deve-se conscientizar a paciente sobre os aspectos da doença e o objetivo é aliviar os sintomas para melhorar a qualidade de vida. Explicar que se trata de uma afecção que não apresenta cura, que cursa com fases de recaídas e remissões e o tratamento é prolongado. Deve ser iniciado pelas terapias mais conservadoras e avançar para tratamentos mais invasivos, quando não houver controle dos sintomas, sendo muito comum a associação de tratamentos para melhora dos sintomas. É importante o trabalho multidisciplinar, que inclui fisio-

rapeutas, psicólogos, enfermeiros, gastroenterologistas e, às vezes, especialista em dor. Serão estabelecidas linhas de tratamento como a maioria dos protocolos de várias sociedades (Figura 1).

A primeira linha de tratamento é a conservadora. Deve-se orientar a paciente para mudança comportamental, práticas de autoajuda, técnicas de relaxamento, redução do estresse e aplicação de compressas quentes ou frias sobre o períneo e a bexiga. A paciente deve identificar e evitar atividades físicas que desencadeiam ou exacerbam seus sintomas e alimentos como frutas cítricas, café, chá, condimentados, bebidas alcoólicas e gaseificadas, tomate, adoçantes artificiais, vinagre.⁽¹¹⁾ Deve fazer atividades de relaxamento da musculatura do assoalho pélvico; treinamento vesical com manobras de supressão da urgência e ingesta hídrica adequada. Pacientes que pioram a dor com enchimento vesical podem melhorar pela restrição de líquidos; já aquelas que pioram por a urina estar concentrada podem se beneficiar do aumento da ingesta de líquidos. Fisioterapia pélvica é indicada àquelas que apresentam pontos sensíveis ou pontos-gatilho no assoalho pélvico. Exercícios de fortalecimento (exercícios de Kegel) devem ser evitados. A acupuntura também pode ser indicada como opção não invasiva e motivacional para a paciente.⁽¹²⁾

Terapia oral

A terapêutica oral é considerada a segunda linha de tratamento, porém há a desvantagem dos efeitos colaterais sistêmicos. Todos os fármacos listados na tabela 1 não são específicos para o tratamento da SVD, mas têm demonstrado algum grau de eficácia em estudos observacionais ou não controlados. Existem várias medicações orais com diferentes graus de recomendação e serão citadas as principais medicações existentes no Brasil.

Amitriptilina

É a medicação mais utilizada nessa afecção, devendo ser a primeira escolha.⁽¹³⁾ Possui ações anticolinérgica central e periférica, inibindo a atividade dos mastócitos e a recaptação de serotonina/noradrenalina, com ações sedativa, analgésica e antidepressiva. Inicia-se com dose de 25 mg ao deitar, aumentando semanalmente, se necessário para 50 mg e, no máximo, 75 mg. Seus resultados devem ser avaliados por pelo menos um mês do início da terapia. Um estudo randomizado, duplo-cego e placebo-controlado mostrou ser mais efetiva na dosagem de 50 mg, mas seus efeitos colaterais podem limitar seu uso.⁽¹⁴⁾ Efeitos colaterais incluem fadiga, ganho de peso, constipação, sedação e anormalidades na condução elétrica cardíaca, devendo ser utilizada com cuidado por pacientes idosas, obstipadas e com arritmias. Contraindica-se a pacientes com diagnóstico de glaucoma de ângulo fechado.

Hidroxizina

É um fármaco anti-histamínico que inibe a degranulação dos mastócitos e apresenta propriedades sedativa e ansiolítica. Pode ser benéfica a pacientes alérgicas e sua ação sedativa é interessante em pacientes com queixa de insônia devido à noctúria. A dose habitual é de 25 a 50 mg ao deitar. Embora seja considerada tratamento padrão pela maioria dos protocolos, não há estudos robustos que comprovem sua ação.^(15,16)

Cimetidina

Antagonista dos receptores histamínicos (H₂), acredita-se que tenha efeitos anestésico local e imunossupressor. A dose habitual é 300 mg, duas vezes ao dia, ou 200 mg, três vezes ao dia, com melhora clínica de 44% a 57% no seguimento de um a dois anos. Apresenta

poucos efeitos adversos, mas há somente estudos observacionais que justifiquem seu uso.⁽¹⁷⁾

Pentosan

O polissulfato de pentosan (PPS) tem como ação a reconstituição da camada protetora de glicosaminoglicana do epitélio vesical, além de promover estabilização de mastócitos com ação anti-inflamatória. Não se encontra disponível no Brasil. Em recente revisão da Cochrane, não houve evidências significativas na melhora nos sintomas da SVD.⁽¹⁸⁾

Analgésicos, anti-inflamatórios, narcóticos e neurolépticos

Tratamento da dor na SDV é medida adjuvante para melhorar a qualidade de vida. Pode-se utilizar analgésicos (dipirona), analgésico de via urinária (fenazopiridina, não mais que dois dias) anti-inflamatórios (ibuprofeno), narcóticos (tramadol) e neurolépticos (gabapentina) normalmente, por curto período, para melhora no quadro doloroso. Se for necessário estender o tratamento por muito tempo, será interessante encaminhar a paciente a especialista em dor pelo risco de dependência.⁽¹⁹⁾

Ciclosporina

É um fármaco utilizado em transplantados com potente ação imunossupressiva. Apesar de fraca evidência, foi incluída pela *American Urology Association* (AUA) como quinta linha de tratamento em pacientes refratárias aos tratamentos oral e intravesical e portadoras de lesão de Hunner. A dosagem preconizada é de 3 mg/kg/dia, de 12 em 12 horas, durante três meses, devendo ser administrada por especialista com experiência com o fármaco e seus efeitos adversos (Tabela 1).⁽²⁰⁾

Tabela 1. Medicações usadas no tratamento da síndrome dolorosa vesical

Terapia oral	Dose
Amitriptilina	25 a 75 mg, VO, no jantar
Hidroxizina	10 a 50 mg, VO, no jantar
Cimetidina	300 mg, VO, 2x/dia
Gabapentina	300 a 600 mg, 2 a 3x/dia
Ciclosporina	3 mg/kg/dia, de 12 em 12 h, durante três meses

Terapia intravesical

É a instilação de medicações diretamente na bexiga por meio de um cateter urinário. Tem a vantagem de poder ser utilizada em altas concentrações diretamente no urotélio com diminuição dos efeitos sistêmicos. A desvantagem é a sondagem vesical que pode exacerbar a dor e o aumento do risco de infecção do trato urinário.

Dimetilsulfóxido (DMSO)

Possui ações anti-inflamatória, analgésica e relaxante muscular e apresenta efeito colagenolítico estimulando a liberação de óxido nítrico. Foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA). É utilizado em solução a 50% diluída em solução salina, por meio de aplicações semanais, durante seis a oito semanas. Deve-se reter a medicação por pelo menos 30 minutos e pedir que a paciente se movimente. A manutenção pode ser feita duas vezes ao mês, durante 3 a 12 meses, com base na resposta da paciente. Como efeitos colaterais, apresenta presença de odor de alho à expiração em 20% a 40%, disúria e cistite transitória em 5% a 10%, podendo haver piora dos sintomas em 10% a 15%.⁽²¹⁾

Heparina

A heparina é um derivado da camada de GAG com ação antioxidante, inibindo a proliferação de fibroblastos. Pode ser instilada na dose de 20.000 a 50.000 UI em solução isolada ou na forma de coquetel com

outras substâncias para alcalinizar (bicarbonato de sódio) e não haver precipitação da solução nem efeito analgésico (lidocaína), duas a três vezes por semana. Alguns esquemas utilizados apresentaram melhora de 56% a 72% (10.000 UI a 10 mL de H_2O , três vezes por semana, durante três meses; 25.000 UI/5 mL de H_2O , duas vezes por semana, durante três meses; 40.000UI + 3 mL de Na_2CO_3 + 8 mL de lidocaína a 1% ou 2%).^(22,23)

Ácido hialurônico

É um mucopolissacarídeo que atua na regeneração da GAG, disponível no Brasil. A instilação deve ser semanal (50 mL) e não ultrapassar dez aplicações. Uma metanálise realizada entre medicações intravesicais concluiu que o ácido hialurônico apresentou melhores resultados na redução dos sintomas comparado a outros agentes.⁽²⁴⁾

Lidocaína

A lidocaína demonstrou propriedades que bloqueiam o ciclo neuroinflamatório e pode auxiliar na identificação da bexiga como fonte de dor em pacientes com SDV, promovendo, em um subgrupo, alívio na dor. Instilações de 10 a 20 mL de lidocaína a 2%, com ou sem alcalinização, podem ser benéficas a esse grupo. Preparação ideal, frequência e duração do tratamento necessário para induzir remissão sustentada necessitam de mais estudos.⁽²⁵⁾

Procedimentos invasivos com necessidade de internação em pacientes refratárias ao tratamento conservador, oral e intravesical

Cistoscopia com hidrodilatação

Procedimento realizado em centro cirúrgico no qual se utiliza cistoscopia para distensão vesical com soro fisiológico. A distensão

provavelmente promove degeneração dos nervos aferentes, levando à diminuição da dor e ao aumento na capacidade vesical. Realiza-se bloqueio raquimedular ou anestesia geral com infusão de soro fisiológico a 0,9% até atingir pressão intravesical de 60 a 80 cmH₂O. Ao manter essa pressão por dois a três minutos e sob visão cistoscópica, pode-se visualizar o surgimento de glomerulações (petéquias) ou a lesão de Hunner. Não deve ultrapassar mais que 800 mL ou distensão vesical permanecer por mais de dez minutos com risco de rotura vesical. Deve-se manter a paciente sondada pelo menos por 12 horas. Pode ser indicada para diagnóstico e tratamento. Pacientes submetidas somente à hidrodistensão podem ter melhora inicial em até 61%, porém quase a totalidade retorna com a sintomatologia em seis meses.⁽²⁶⁾ A lesão de Hunner apresenta-se como área avermelhada, circunscrita, com pequenos vasos radiados, junto a uma lesão central e com depósito de fibrina ou coágulos sob essa área (Figura 2).⁽²⁷⁾

Tratamento da lesão de Hunner

Quando lesão de Hunner é encontrada na hidrodistensão, pode ser realizado tratamento com ablação endoscópica ou injeção de corticoide. A ablação é feita com ressectoscópio, utilizando *roller ball*, iniciando das bordas para o centro, para delimitar a lesão. Pode-se utilizar substância anestésica para diminuir a dor do pós-operatório. Estudos observacionais têm demonstrado bons resultados, porém é necessário repetir o procedimento na maioria dos pacientes.⁽²⁷⁾ Outra opção de tratamento é o uso de corticoide com aplicação de triancinolona na parede vesical, sob visão cistoscópica, com agulha endoscópica na dosagem de 10 mL (40 mg/mL), com pontos de 0,5 mL na lesão. Trata-se de procedimento com baixa morbidade, apresentando resultados de 70% de melhora em 7 a 12 meses pós-tratamento.^(28,29)

Toxina botulínica (TB)

Estudos sugerem que o mecanismo de ação pode envolver modulação neuroquímica com possível melhora no processo inflamatório. São realizadas aplicações na submucosa/trígono utilizando 100 U com 20 a 30 pontos sob anestesia. Sua ação benéfica diminui progressivamente, sendo necessárias repetidas injeções. Tratamento com TB tem efeito positivo nas pacientes, porém não há estudos randomizados que confirmem sua eficácia. Pacientes devem ser orientadas sobre os efeitos adversos em potencial: infecção do trato urinário, hematúria, aumento do volume residual pós-miccional e eventual necessidade de autocateterização intermitente.⁽³⁰⁾ É um tratamento que não se encontra amplamente disponível em todos os centros. Uma recente revisão da Cochrane (*network meta-analysis*) concluiu que o tratamento com toxina botulínica resultou em evidências muito baixas na melhora dos sintomas (dor, frequência e noctúria).⁽¹⁸⁾

Neuromodulação sacral

A neuromodulação sacral é indicada a pacientes com SDV refratária e tem demonstrado ser um tratamento seguro e eficaz, devendo ser realizado por equipe capacitada. Consiste na implantação de eletrodo permanente para estimular raízes nervosas de S3 e S4. Uma meta-análise realizada com 17 estudos, incluindo 583 pacientes, apresentou 84% de taxa de sucesso com diminuição significativa nos sintomas de dor pélvica, frequências diurna e noturna, urgência e volume urinado. Efeitos adversos descritos são infecção, formação de seroma e necessidade de reprogramação do eletrodo.⁽³¹⁾

Cistectomias parcial, total ou derivação urinária

Esses procedimentos só devem ser realizados quando todas as formas de tratamento descritas falharem. Devem ser exaustivamente

discutidos com a paciente, destacando-se que o alívio da dor não é garantido. Pacientes com melhor chance de sucesso são aquelas com baixa capacidade vesical sob anestesia e ausência de dor neuropática. Uma revisão sistemática realizada em 20 estudos, incluindo 450 pacientes, concluiu que a cirurgia é associada a 23% de falha e as maiores taxas de melhora foram com cistectomia total.⁽³²⁾

Gestação e síndrome dolorosa vesical (SDV)/cistite intersticial

Existem poucos estudos publicados sobre gestação e SDV. Pacientes com sintomatologia grave podem apresentar significativa melhora a partir do segundo trimestre até o término da amamentação. Pacientes podem ser medicadas com amitriptilina e instilação vesical de heparina, além das medidas conservadoras. Deve-se evitar DMSO durante a gravidez.⁽³³⁾

Recomendações

1. SDV é caracterizada por desconforto no hipogástrio associado a sintomas urinários (noctúria, frequência e/ou urgência), por pelo menos seis semanas, na ausência de infecção urinária ou outras causas identificáveis (C).
2. Anamnese rigorosa, exames físicos abdominal e pélvico e análise urinária devem ser realizados para descartar infecção e hematúria (A).
3. Cistoscopia pode ser indicada para excluir doença intravesical e para definir o fenótipo da SDV/CI ou a pacientes que não apresentam melhora com terapias conservadoras, orais nem intravesicais (C).
4. Biópsia da bexiga não é recomendada na rotina. É indicada quando há suspeita de malignidade urotelial ou presença de lesão de Hunner (C).

5. O tratamento deve ser iniciado por terapias menos invasivas e avançar com tratamentos invasivos, se não houver controle dos sintomas. Deve-se esclarecer que a doença não tem cura, com fases de recaídas e remissões, e o tratamento é prolongado (A).
6. Deve-se iniciar pelo tratamento conservador (mudança comportamental, autoajuda, relaxamento do assoalho pélvico, redução do estresse, dieta, acupuntura) (C).
7. Fisioterapia é indicada a pacientes com disfunções do assoalho pélvico (A).
8. Amitriptilina deve ser a primeira escolha (B). Na falta de resposta, hidroxizina pode ser benéfica a pacientes alérgicas (C), ou cimetidina (C). Analgésicos podem ser utilizados por curto período para melhora no quadro doloroso (C).
9. Instilação vesical pode ser utilizada conjuntamente ou na falha da terapia conservadora ou oral: DMSO (B), heparina (C) e ácido hialurônico (B).
10. Procedimentos invasivos com necessidade de internação em pacientes refratárias a tratamentos conservador, oral e intravesical:
 - 10.1 Cistoscopia com hidrodistensão: indicada para diagnóstico da lesão de Hunner e como tratamento, com resultados satisfatórios, mas que não se sustentam com o tempo (C).
 - 10.2 Ablação ou ressecção das lesões de Hunner (C) e aplicação de triancinolona (C).
 - 10.3 Toxina botulínica: sua ação benéfica diminui progressivamente, sendo necessárias repetidas injeções (C).
 - 10.4 Neuromodulação sacral: indicada a pacientes com SVD refratária, tem mostrado ser um tratamento seguro e eficaz, porém oneroso (C).

10.5 Derivação urinária, cistoplastia de substituição ou cistectomia: podem ser indicadas se todas as formas de tratamento descritas falharem. Devem ser exaustivamente discutidas com a paciente (C).

- 11.** Durante a gestação, as pacientes podem ser medicadas com amitriptilina e instilação vesical de heparina, além de medidas conservadoras (D).

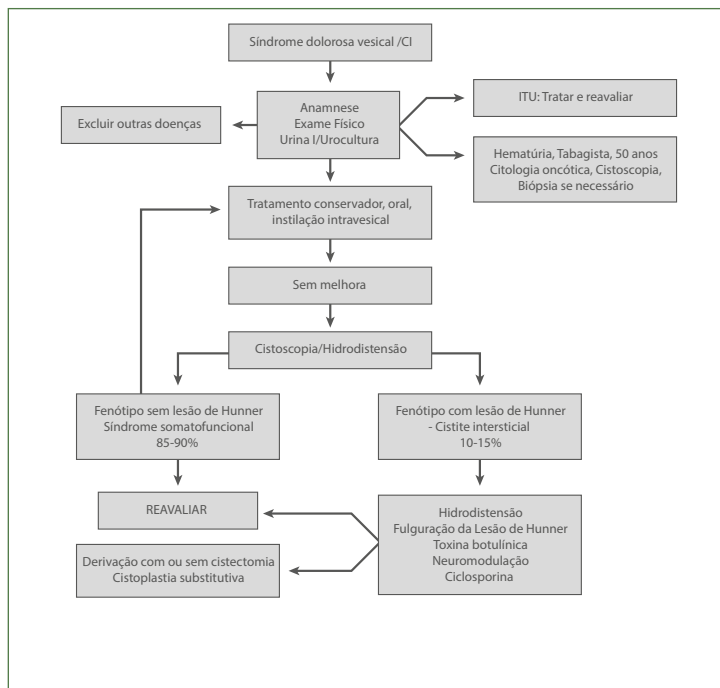


Figura 1. Fluxograma para o diagnóstico e tratamento da SVD/CI.

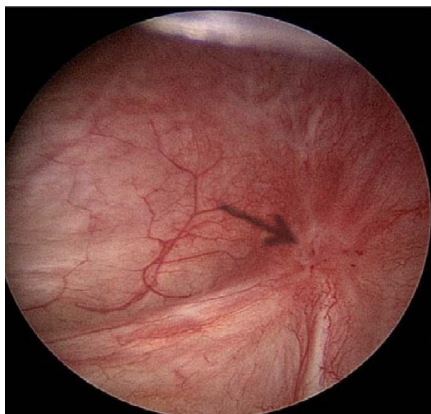


Figura 2. Lesão de Hunner⁽²⁷⁾

Referências

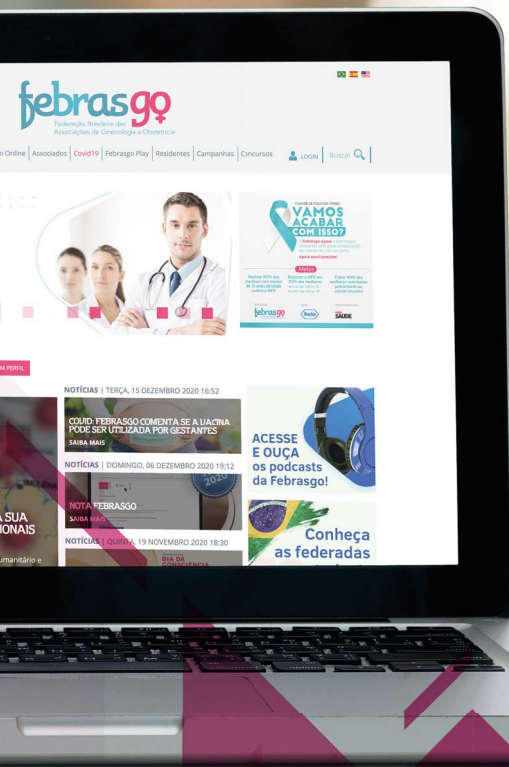
1. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM; American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol.* 2015;193(5):1545–53.
2. Birder LA. Pathophysiology of interstitial cystitis. *Int J Urol.* 2019;26 Suppl 1:12–5.
3. Konkle KS, Berry SH, Elliott MN, Hilton L, Suttrop MJ, Clauw DJ, et al. Comparison of an interstitial cystitis/bladder pain syndrome clinical cohort with symptomatic community women from the RAND Interstitial Cystitis Epidemiology study. *J Urol.* 2012;187(2):508–12.
4. Akiyama Y, Hanno P. Phenotyping of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Int J Urol.* 2019;26 Suppl 1:17–9.
5. Warren JW. Bladder pain syndrome/interstitial cystitis as a functional somatic syndrome. *J Psychosom Res.* 2014;77(6):510–5.
6. Huffman MM, Slack A, Hoke M. Bladder Pain Syndrome. *Prim Care.* 2019;46(2):213–21.
7. Bresler L, Westbay LC, Fitzgerald CM. Bladder Pain Syndrome in Women. *JAMA.* 2019 Nov 22. doi: 10.1001/jama.2019.16927.
8. Malde S, Palmisani S, Al-Kaisy A, Sahai A. Guideline of guidelines: bladder pain syndrome. *BJU Int.* 2018;122(5):729–43.

9. Pape J, Falconi G, De Mattos Lourenco TR, Doumouchtsis SK, Betschart C. Variations in bladder pain syndrome/interstitial cystitis (IC) definitions, pathogenesis, diagnostics and treatment: a systematic review and evaluation of national and international guidelines. *Int Urogynecol J*. 2019;30(11):1795–805.
10. Whitmore KE, Fall M, Sengiku A, Tomoe H, Logadottir Y, Kim YH. Hunner lesion versus non-Hunner lesion interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Int J Urol*. 2019;26 Suppl 1:26–34.
11. Oh-Oka H. Clinical Efficacy of 1-Year Intensive Systematic Dietary Manipulation as Complementary and Alternative Medicine Therapies on Female Patients With Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Urology*. 2017;106:50–4.
12. Verghese TS, Riordain RN, Champaneria R, Latthe PM. Complementary therapies for bladder pain syndrome: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2016;27(8):1127–36.
13. Santos TG, Miranda IA, Nygaard CC, Schreiner L, Castro RA, Haddad JM. Systematic review of oral therapy for the treatment of symptoms of bladder pain syndrome: the brazilian guidelines. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(2):96–102.
14. Foster HE Jr, Hanno PM, Nickel JC, Payne CK, Mayer RD, Burks DA, et al.; Interstitial Cystitis Collaborative Research Network. Effect of amitriptyline on symptoms in treatment naïve patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *J Urol*. 2010;183(5):1853–8.
15. Theoharides TC. Hydroxyzine in the treatment of interstitial cystitis. *Urol Clin North Am*. 1994;21(1):113–9.
16. Sant GR, Probert KJ, Hanno PM, Burks D, Culkin D, Diokno AC, Hardy C, Landis JR, Mayer R, Madigan R, Messing EM, Peters K, Theoharides TC, Warren J, Wein AJ, Steers W, Kusek JW, Nyberg LM; Interstitial Cystitis Clinical Trials Group. A pilot clinical trial of oral pentosan polysulfate and oral hydroxyzine in patients with interstitial cystitis. *J Urol*. 2003;170(3):810–5.
17. Dasgupta P, Sharma SD, Womack C, Blackford HN, Dennis P. Cimetidine in painful bladder syndrome: a histopathological study. *BJU Int*. 2001;88(3):183–6.
18. Imamura M, Scott NW, Wallace SA, Ogah JA, Ford AA, Dubos YA, et al. Interventions for treating people with symptoms of bladder pain syndrome: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul;7(7):CD013325.
19. Kwon WA, Ahn SH, Oh TH, Lee JW, Han DY, Jeong HJ. Effect of low-dose triple therapy using gabapentin, amitriptyline, and a nonsteroidal anti-inflammatory drug for overactive bladder symptoms in patients with bladder pain syndrome. *Int Neurourol J*. 2013;17(2):78–82.
20. Crescenze IM, Tucky B, Li J, Moore C, Shoskes DA. Efficacy, Side Effects, and Monitoring of Oral Cyclosporine in Interstitial Cystitis-Bladder Pain Syndrome. *Urology*. 2017;107:49–54.
21. Perez-Marrero R, Emerson LE, Feltis JT. A controlled study of dimethyl sulfoxide in interstitial cystitis. *J Urol*. 1988;140(1):36–9.

22. Nickel JC, Moldwin R, Lee S, Davis EL, Henry RA, Wyllie MG. Intravesical alkalized lidocaine (PSD597) offers sustained relief from symptoms of interstitial cystitis and painful bladder syndrome. *BJU Int.* 2009;103(7):910–8.
23. Nomiya A, Naruse T, Niimi A, Nishimatsu H, Kume H, Igawa Y, et al. On- and post-treatment symptom relief by repeated instillations of heparin and alkalized lidocaine in interstitial cystitis. *Int J Urol.* 2013;20(11):1118–22.
24. Barua JM, Arance I, Angulo JC, Riedl CR. A systematic review and meta-analysis on the efficacy of intravesical therapy for bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Int Urogynecol J.* 2016;27(8):1137–47.
25. Henry RA, Morales A, Cahill CM. Beyond a Simple Anesthetic Effect: Lidocaine in the Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/bladder Pain Syndrome. *Urology.* 2015;85(5):1025–33.
26. Cole EE, Scarpero HM, Dmochowski RR. Are patient symptoms predictive of the diagnostic and/or therapeutic value of hydrodistention? *Neurourol Urodyn.* 2005;24(7):638–42.
27. Ko KJ, Chung H, Suh YS, Lee SW, Kim TH, Lee KS. Therapeutic effects of endoscopic ablation in patients with Hunner type interstitial cystitis. *BJU Int.* 2018;121(4):659–66.
28. Cox M, Klutke JJ, Klutke CG. Assessment of patient outcomes following submucosal injection of triamcinolone for treatment of Hunner's ulcer subtype interstitial cystitis. *Can J Urol.* 2009;16(2):4536–40.
29. Funaro MG, King AN, Stern JN, Moldwin RM, Bahlani S. Endoscopic Injection of Low Dose Triamcinolone: A Simple, Minimally Invasive, and Effective Therapy for Interstitial Cystitis With Hunner Lesions. *Urology.* 2018;118:25–9.
30. Rahnama'i MS, Marcelissen T, Apostolidis A, Veit-Rubin N, Schurch B, Cardozo L, Dmochowski R. The efficacy of botulinum toxin A and sacral neuromodulation in the management of interstitial cystitis (IC)/bladder pain syndrome (BPS), what do we know? ICI-RS 2017 think tank, Bristol. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(S4):S99–S107.
31. Wang J, Chen Y, Chen J, Zhang G, Wu P. Sacral neuromodulation for refractory bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a global systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7(1):11031.
32. Osman NI, Bratt DG, Downey AP, Esperto F, Inman RD, Chapple CR. A systematic review of surgical interventions for the treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Eur Urol Focus.* 2020; S2405–4569(20)30071–7.
33. Management of Bladder Pain Syndrome: Green-top Guideline No. 70. *BJOG.* 2017;124(2):e46–e72.

*Você também pode ler
os Protocolos Febrasgo online,
pelo seu computador, tablet ou celular!*

Acesse:
www.febrasgo.org.br/protocolos



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

Obstetrícia

- ▶ Aborto - classificação, diagnóstico e conduta
- ▶ Epilepsia e gravidez
- ▶ Imunização ativa e passiva durante a gravidez
- ▶ Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural
- ▶ Gravidez e depressão
- ▶ Cardiopatia e gravidez

Ginecologia

- ▶ Dor pélvica crônica
- ▶ Câncer do colo do útero
- ▶ Insuficiência ovariana prematura
- ▶ Lesões precursoras do câncer de mama
- ▶ Síndrome dolorosa vesical
- ▶ Incontinência urinária de esforço



