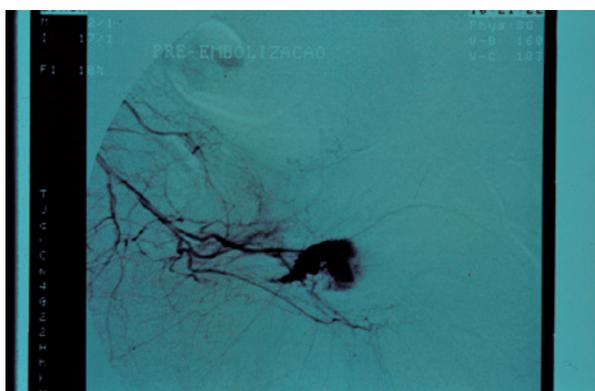




REVISTA UROABC

volume 8 - número 2 - maio-agosto/2018



Arteriografia superseletiva das artérias cavernosas, mostrando extravasamento do contraste da artéria cavernosa para o corpo cavernoso.

Interface

O que é hidradenite e como abordar

Up to Date

Guideline (Canadian Urological Association): Cuidados com o prepúcio normal, abordagem da fimose e da circuncisão neonatal

Casos Clínicos

Disfunção miccional
Urologia Geral

Mesa Redonda

Câncer de próstata
Priapismo

Interconsulta

Incontinência urinária pós prostatectomia radical: Como a fisioterapia pode ajudar no pré e pós operatório

Atualização da Literatura

Notícias da Disciplina

Pondera®

cloridrato de paroxetina



O ANTIDEPRESSIVO ISRS COM ALTO PODER ANSIOLÍTICO.¹



Referências bibliográficas: 1. Wagstaff AJ, et al. "Paroxetina - atualização de seu uso nos transtornos do humor e da ansiedade em adultos" *Drugs* 2002;62 (4):655.703. 2. Bula do medicamento PONDERA (Eurofarma). 3. Conforme auditoria IMS Health PBM out/17

PONDERA® (cloridrato de paroxetina). **INDICAÇÕES:** Transtorno depressivo com ou sem ansiedade, TOC, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico com ou sem agorafobia, TAG, TEPT. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade, menores de 18 anos. **REAÇÕES ADVERSAS:** alterações de sono, cefaleia, tontura, redução da libido, disfunção sexual, alterações gastrointestinais, xerostomia, alterações na ejaculação, fraqueza, tremores e sudorese excessiva, edema periférico, diminuição do apetite, aumento dos níveis de colesterol, tremor, visão turva, astenia, alterações do sono, agitação e sonhos anormais. **PRECAUÇÕES:** aumento do risco de suicídio, piora clínica, acatisia, hiponatremia, psicose, precipitação de quadro de mania ou hipomania, transtorno afetivo bipolar, síndrome serotoninérgica ou neuroléptica maligna, convulsão, glaucoma, hiponatremia, sintomas de descontinuação, insuficiência renal ou hepática, cardiopatas, epilepsia, eletroconvulsoterapia, gravidez e lactação; alterações psicomotoras para operar máquinas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** fármacos serotoninérgicos, inibidores de CYP2D6, álcool, IMAO, lítio, anticoagulantes orais, debrisoquina, esparteína, tamoxifeno, pimizida, fosamprenavir, ritonavir, prociclidina, cimetidina, antidepressivo tricíclico, digoxina, teofilina, triptanos, anticonvulsivantes e digoxina. Posologia: depressão, transtorno de ansiedade social e generalizada, TEPT: 20 mg/dia; TOC: 40mg/dia; Transtorno do pânico: 10mg/dia. MS 1.0043.0947/1.0043.0637 VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Material destinado exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos. euroatende@eurofarma.com.br

CONTRAINDICAÇÕES: risco de sangramento com uso de anticoagulantes orais. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** triptofano/outras ISRSs: a coadministração de drogas serotoninérgicas pode levar a uma alta incidência de efeitos associados à serotonina.



REVISTA

UROABC

expediente

Editor-chefe

Prof. Dr. Antonio Carlos Lima Pompeo

Coeditores

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto
Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra (*in memoriam*)
Prof. Dr. Sidney Glina

Conselho Editorial

Dr. Alexandre Gomes Sibanto Simões
Dr. André Luiz Farinhas Tomé
Dr. Caio Cesar Cintra
Prof. Dr. Celso Gromatzky
Dr. Fabio José Nascimento
Dr. Marcello Machado Gava
Prof. Dr. Marcos Tobias Machado
Profa. Dra. Maria Claudia Bicudo
Prof. Dr. Milton Ghirelli Filho
Dr. Paulo Kouiti Sakuramoto
Dr. Roberto Vaz Juliano

Organizadores

Prof. Dr. Sidney Glina
Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Produção Editorial



Rudolf Serviços Gráficos

Tel.: 11 4421-7490
orcamento_rudolf@terra.com.br

Revista UROABC
Volume 8 - Número 2
Maio-Agosto/2018



Faculdade de Medicina do ABC

Diretor

Prof. Dr. David Everson Uip

DISCIPLINA DE UROLOGIA DA FMABC

Professor Titular da Disciplina de Urologia

Prof. Dr. Sidney Glina

Chefe de Clínica

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra (in memorian)

Grupo de Urologia Geral

Dr. Paulo Kouiti Sakuramoto (Responsável)
Dr. Alexandre Gomes S. Simões
Dr. Carlos Eduardo Bonafé Oliveira
Dr. Carlos Ricardo Dói Bautzer
Dr. Cesar Augusto Braz Juliano
Dr. Fabio Ferro Rodrigues
Dr. Felipe Ambrosio Chicoli
Dr. Gabriel Esteves Gaiato
Dr. José F. da Rocha Grohmann
Dr. Pedro Hermínio Forseto Jr.
Dr. Rodrigo Dal Moro Amarante

Grupo de Disfunções da Micção

Dra. Maria Claudia Biculo Furst (Responsável)
Dr. Alexandre Oliveira Rodrigues
Dr. André Luiz Farinhas Tomé
Dr. Caio Cesar Cintra
Dr. Odair Gomes Paiva

Grupo de Medicina Sexual e Reprodutiva

Dr. Roberto Vaz Juliano (Responsável)
Dr. Caio Eduardo Valada Pane
Dr. Celso Gromatzky
Dr. Cesar Milton Marinelli
Dr. Eduardo A. Corrêa Barros
Dr. Leonardo Seligra Lopes
Dr. Marcello Machado Gava
Dr. Milton Ghirelli Filho
Dr. Sidney Glina

Grupo de Litíase Urinária e Endourologia

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto (Responsável)
Dr. Alexandre A. Monteiro Sato
Dr. Luiz Alexandre V. da Costa
Dr. Mario Henrique Elias de Mattos

Grupo de Uro-Oncologia

Dr. Fernando Korkes (responsável)
Dr. Alexandre Pompeo
Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo
Dr. Eduardo Pedroso
Dr. Marcos Tobias Machado
Dr. Oséas de Castro Neves
Dr. Pedro Hermínio Forseto Jr.

Grupo de Uro-Pediatria

Dr. Fabio José Nascimento (Responsável)

Grupo de DST

Dr. Edmir Choukri Chérit

Coordenador do Programa de Fellowship

Dr. Marcello Machado Gava

Fellow de Medicina Sexual e Reprodutiva / 2018

Dr. Jorge Vinícius Silveira Mendes

Fellow de Laparoscopia / 2018

Dr. Cristiano Linck Pazeto

Fellowship de Litíase Urinária e Endourologia / 2018

Dra. Luciana Fernandes C. de Macedo

Fellow Estrangeiro de Laparoscopia / 2018

Dr. William Enrique Pertuz Genes

Residentes 2018

Dra. Maira Cristina Silva (5º)
Dr. Rafael Castilho Borges (5º)
Dr. Thiago Fernandes N. Lima (5º)
Dr. Willy Roberto C. Baccaglioni (5º)
Dr. Felipe Guerreiro Quadros (4ª)
Dr. Frederico Timóteo S. Cunha (4ª)
Dr. Leonardo Monteiro (4ª)
Dr. Rafaela Lima Santos (4ª)
Dr. Antonio Flavio Silva Rodrigues (3º)
Dr. Arthur da Silva Farias (3º)
Dr. Caio Dal Moro Alves (3º)
Dr. Paulo Roberto dos Anjos Cabral (3º)

Preceptores de Ensino 2018

Dr. Anis Taha
Dr. Guilherme Andrade Peixoto

Coordenador do Curso do 4º ano

Dr. Fabio José Nascimento

Coordenador do Internato

Dr. Gabriel Esteves Gaiato

Coordenador do Programa de Residência Médica

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Psicólogos

Psic. Dra. Margareth dos Reis
Psic. Dr. Rodrigo Fernando Pereira

Secretária

Vanda Lourenço Schmidt

Avançando fronteiras na URO-ONCOLOGIA

Tumores geniturinários, notadamente o câncer de próstata (CaP) representam parte significativa da atividade dos urologistas. Neste contexto o PSA constitui o biomarcador mais usado visando diagnóstico, estratificação de risco e monitorização terapêutica. Contudo, apresenta limitações quanto à especificidade que originam elevadas taxas de biopsias desnecessárias, diagnóstico de tumores sem agressividade e tratamentos inadequados.

Nos últimos anos foram desenvolvidos novos marcadores de CaP que contribuem significativamente para minorar dúvidas, uma vez que os parâmetros convencionais, apesar de úteis, falham em distinguir grupos considerados “padrão” e que tem comportamento heterogêneo. Marcadores genômicos baseiam-se em sofisticada tecnologia com habilidades de reconhecer alterações genéticas e prever tendências de biopsias positivas, subestratificar agressividade tumoral e orientar terapêutica. Estas alterações foram identificadas no sangue, na urina e nos espécimes obtidos em biopsias ou no tecido de peças operatórias (prostatectomia). Os valores são expressos em números ou escores que respondem aos questionamentos formulados. Mais de uma centena destes marcadores já foram apresentados, porém disponibilidade, complexidade e custos, limitam o emprego.

Sob o ponto de vista prático podemos classificá-los em:

a) marcadores que indicam a probabilidade, de o paciente ser portador de câncer, reduzindo o número de biopsias desnecessárias - na urina o PCA3, o Select MDX, entre outros; no sangue o 4KScore e o PHI. Além desses, baseado em alterações epigenéticas (efeito “halo”) de material de biopsia “negativa”, foi desenvolvido o teste Confirm MDX;

b) marcadores que estratificam agressividade tumoral, identificados na biopsia ou na peça operatória - exemplificando, o Oncotype DX, que expressa em escala de 0 a 100 (GPS) o risco de patologia adversa em pacientes com diagnóstico de risco baixo ou intermediário; o DECIPHER, baseado no tecido da prostatectomia radical, cujos pacientes são candidatos a terapia secundária (pT3, pT2 com margens(+). O exame detecta a probabilidade de progressão/metástases. O PROLARIS (bx ou peça operatória), útil em decisões sobre active surveillance ou mesmo tratamento adjuvante;

c) marcadores preditores de resposta terapêutica, o exemplo típico é a expressão do ARV7mRNA, detectado em células circulantes no CPRC. O teste(+) traduz maior resistência às terapias anti-AR (abiraterona-enzalutamida);

d) marcadores associados ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de CaP, mutações dos genes BRCA1 e BRCA2 que aumentam a probabilidade de desenvolvimento neoplásico e, assim, apresentam potencial de tratamentos profiláticos, principalmente em câncer familiar.

Estes breves comentários demonstram o expressivo potencial dos marcadores genômicos no contexto da Oncologia Urológica. As limitações do seu emprego em nosso meio são ainda significativas, porém são fronteiras que serão ultrapassadas.

Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo

Editor da Revista UROABC

- 3** EDITORIAL
Avançando fronteiras na URO-ONCOLOGIA
Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo
- 5** INTERFACE
O que é hidradenite e como abordar
Carlos Eduardo Bonafé Oliveira, Andreia Castanheiro da Costa
- 7** UP TO DATE
Cuidados com o prepúcio normal, abordagem da fimose e da circuncisão neonatal Guideline (Canadian Urological Association)
Rafael Castilho Borges, Fabio José Nascimento
- 12** INTERCONSULTA
Como e quando a fisioterapia pode ajudar no pré e pós-operatório da prostatectomia radical?
Mariane Castiglione
- 14** APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS
Disfunção miccional
Maira Cristina Silva, Maria Claudia Bicudo Furst
- 19** **Urologia geral**
Sidney Glina, Carlos D'App Santos Machado Fº, Alexandre Gomes Sibanto Simões, Leonardo Monteiro
- 21** ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA EM POUCAS FRASES
Carlos Ricardo Doi Bautzer, Luiz Alexandre Villares da Costa
- 24** MESA REDONDA
Câncer de próstata
Ariê Carneiro, Eduardo Pedroso, Fernando Korkes
- 30** **Priapismo**
Fernando Lorenzini, Giuliano Aita
- 32** NOTÍCIAS DA DISCIPLINA
Guilherme Andrade Peixoto, Anis Taha
- 36** HOMENAGEM
Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto, Prof Sidney Glina

Carlos Eduardo Bonafé Oliveira

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Grupo de Urologia Geral

Andreia Castanheiro da Costa

Médica Assistente da Disciplina de Dermatologista da FMABC. Ambulatório de Psoríase e Hidradenite Supurativa

O que é hidradenite e como abordar

Introdução

Hidradenite Supurativa (HS) é uma doença inflamatória, crônica, recorrente da glândula apócrina, caracterizada por dolorosos nódulos, abscessos, sinus e cicatrizes profundas acometendo áreas intertriginosas, especialmente axilas, virilha, região genital, perineal, perianal e nádegas.¹

A sua prevalência é de 0,03%-4% da população geral, sendo que 18,1% dos obesos tendem a apresentar a doença.^{1,2}

Sua patogenia ainda é um tanto incerta, apresentando caráter multifatorial, incluindo fatores endógenos e exógenos.^{1,2}

Dentre os fatores endógenos temos:

1. Genético devido a mutações heterozigóticas dos genes da α secretase;
2. Desregulação da imunidade com aumento das citocinas pró-inflamatórias;
3. Disfunção do queratinócito pela queratinização anormal;
4. Perfil anormal de citocinas;
5. Perfil androgênico, aumento dos níveis da testosterona agindo diretamente na unidade pilossebácea;
6. Ação dos biofilmes (agregação de microorganismos presentes no meio, protegidos por uma matriz extracelular rico em polissacarídeos que dificultam a ação dos antibióticos).

O tabagismo, obesidade e mecanismos de stress e fricção da pele são caracterizados como fatores exógenos, relacionados com o estilo de vida e tendo impacto importante no desencadeamento, severidade e manutenção da doença.²

A patogênese da HS é complexa. Acredita-se que a oclusão folicular devido a uma disfunção da queratinização, promove a dilatação do folículo seguido de ruptura da unidade pilossebácea, gerando a um processo inflamatório pelos debris que cronicamente se autossustenta.^{1,2} Atualmente vários estudos apontam a participação de citoquinas pró-inflamatórias como IL-1 β , TNF α e a IL-17 (Th17) na patogênese da doença.^{1,2} Em diversos artigos tais citocinas estão presentes tanto na pele lesional, perilesional e como na pele normal de pacientes com HS.²

DEBORAH e colaboradores relatam um aumento na razão Th17: Treguladores e a presença de outras vias envolvidas, como das IL-23, IL-32 e 36.

Em virtude das novas descobertas na fisiopatogenia da HS, vem-se tentando estabelecer um algoritmo de tratamento.²

Embora pouco sustentado pelas evidências clínicas, na grande maioria das vezes esses pacientes são tratados com antibióticos tópicos (clindamicina 1%), orais, como os derivados da tetraciclina e das sulfonas ou esquemas mais agressivos como a combinação de rifampicina-moxifloxacino-metronidazol e até ertapenem.² O uso de retinóides como acitretina e a isotretinoína também é descrito e se faz na prática, mas como pouco bons resultados. Atualmente o uso de antiandrógenos, e moléculas antidiabetogênicas como a metformina e liraglutide vem colaborando para alguns casos em particular.²

Estudos com imunobiológicos estão cada vez mais crescendo, anti-TNFs em especial o adalimumabe já tem liberação em bula para o tratamento da HS e vem se mostrando útil para o controle da inflamação.²

A cirurgia muita das vezes é o tratamento utilizado para remoção do tecido anormal e para correção de deformidades.

É importante mencionar que a severidade da doença interfere diretamente na qualidade de vida desses pacientes.^{3,4} Há estudos abordando o tema, neles a prevalência de depressão e ansiedade nessa população é de 42% e 3,9% respectivamente. Existe ainda, um risco aumentado em 2,5 vezes na tentativa de suicídio quando comparado a população geral.³

Matusiak publicou um estudo mostrando que 66,7% dos pacientes com HS relatam problemas sexuais devido a doença, o que é 3 vezes maior do que em qualquer outra doença dermatológica. Outro estudo feito por Janse e colaboradores aplicando questionários específicos para a avaliação do impacto na vida sexual, mostrou que 62% das mulheres tinham FSFI médio (Female sexual function index, score máximo 25) de 21,6% e 52% dos homens um IIEF médio (International Index of Erective function, score máximo de 25) de 20,6.⁴

Tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa

Inicialmente deve ser realizada a eliminação do processo inflamatório agudo, incluindo o uso de antibióticos e pequenas cirurgias, como drenagem de abscesso. Após a estabilização da fase aguda, a ressecção cirúrgica ampla é recomendada. Nesta fase, o planejamento da reconstrução cirúrgica deve ser iniciado para alcançar o melhor desfecho e consequentemente diminuir o risco de recidiva e complicações.⁵

A localização da doença, a extensão do envolvimento e as comorbidades dos pacientes, influenciam resultado da cirurgia.¹¹

Mehdizadeh et al. mostram que a reconstrução após uma ressecção ampla é importante para estética e para taxa de recorrência (15% recidiva para o fechamento primário, 8% para o retalho e 6% para enxerto).¹²

Van der Zee et al revisaram o papel destelhamento da pele lesionada enquanto Parques e Parques recomendam uma ampla ressecção para remover todo o tecido afetado. A literatura sobre HS descreve uma ampla gama de técnicas de intervenções minimamente invasivas a grandes abas de pele. Apesar dessa variabilidade, não há consenso geral sobre a melhor técnica cirúrgica.^{13,14}

Os urologistas podem gerenciar HS das regiões genital, inguinal e perineal quando as medidas conservadoras falharem.

O fechamento primário, o fechamento por segunda intenção e enxerto de pele são os procedimentos mais utilizados, sendo que existem várias técnicas cirúrgicas descritas na literatura,⁶ como o retalho pediculado miocutâneo do músculo gracil como tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa da virilha e o períneo.⁷

O objetivo da cirurgia para HS genitoperineal é remover todo o tecido doente e reparar o defeito resultante da ressecção. A remoção do tecido envolve a identificação e ressecção da área doente, poupando o máximo possível de pele normal.

A escrotoectomia parcial ou total é quase sempre necessária nos pacientes com doença genital primária. A principal

preocupação com esta parte do procedimento é ferir os cordões espermáticos e testículos. Pacientes com HS do escroto geralmente apresentam grande processo inflamatório, edema e linfedema, dificultando a identificação anatomia normal.¹⁰

O acometimento da pele peniana, que geralmente é secundário ao linfedema, muitas vezes requer remoção. Se a pele do terço proximal do pênis proximal não está envolvida, mas é cercada por tecido doente, é aconselhável removê-la para evitar linfedema pós-operatório. Cuidados devem ser tomados para evitar lesões da glândula, corpo cavernoso, esponjoso e uretra.¹⁰

Algumas complicações da HS escrotal incluem: estenoses e fístulas uretrais, contraturas e limitação da mobilidade dos membros, carcinoma epidermóide cutâneo e anemia.⁸ Um caso de óbito foi relatado em paciente do sexo masculino com HS perineal/perianal complicada por anemia hipocrômica severa, hipoalbuminemia, hipergamaglobulinemia, amiloidose e fístulas ao reto, uretra, bexiga e peritônio.⁹ Ainda neste número, apresentaremos um caso clínico de tratamento cirúrgico da HS.

Existe um alto risco de recidiva da HS pós operatório, além de uma maior taxa de recorrência com cirurgias minimamente invasivas. O manejo cirúrgico é principalmente na doença localizada, mas faltam estudos com elevados níveis de evidência para determinar o papel da cirurgia combinada com o tratamento clínico desta patologia.

Referências

1. Vekic DA, Frew J, Cains GD. Hidradenitis suppurativa, a review of pathogenesis, associations and management. Part 1. *Australas J Dermatol*. 2018 Jan 21.
2. Negus D, Ahn C, Huang W. An update on the pathogenesis of hidradenitis suppurativa: implications for therapy. *Expert Rev Clin Immunol*. 2018 Apr;14(4):275-283.
3. Matusiak L. Profound consequences of hidradenitis suppurativa: a review. *Br J Dermatol*. 2018 May 9.
4. Janse IC, Deckers AD, Van der Maten AWM et al. Sexual health and quality of life are impaired in hidradenitis suppurativa: a multicenter cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2017 Apr;176(4):1042-1047.
5. Alharbi et al. *BMC Dermatology* 2012, 12:9
6. Rompel R, Petres J: Long-term results of wide surgical excision in 106 patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg* 2000;26(7):638-43.
7. Solanki NS, Roshan A, Malata CM: Pedicled gracilis myocutaneous flap for treatment of recalcitrant hidradenitis suppurativa of the groin and perineum. *J Wound Care* 2009;18(3):111-2.
8. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa - A comprehensive review. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:539-61.
9. Moschella SL. Hidradenitis suppurativa- Complications resulting in death. *JAMA* 1966;198:201-3.
10. Mang L. C., Brian O., Santucci Richard A., Surgical Management of Genitoperineal Hidradenitis Suppurativa in Men. *Urology* 2014; jun; 83(6):1412-7.
11. Bieniek A, Matusiak L, Okulewicz-Gojlik D, Szepietowski JC. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa: experiences and recommendations. *Dermatol Surg*. 2010;36:1998-2004.
12. Mehdizadeh A, Hazen PG, Bechara FG, Zwingerman N, Moazenzadeh M, Bashash M, Sibbald RG, Alavi A. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Nov; 73(5 Suppl 1):S70-7.
13. Van der Zee HH, Prens EP, Boer J. Deroofing: a tissue-saving surgical technique for the treatment of mild to moderate hidradenitis suppurativa lesions. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:475-480.
14. Parks RW, Parks TG. Pathogenesis, clinical features and management of hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl*. 1997;79:83-89.

Rafael Castilho Borges

Residente da Disciplina de
Urologia da FMABC

Fabio José Nascimento

Urologista da Disciplina de
Urologia da FMABC – Responsável
pelo Grupo de Uro-Pediatria

Cuidados com o prepúcio normal, abordagem da fimose e da circuncisão neonatal Guideline (Canadian Urological Association)

“Apesar de a circuncisão ser o procedimento cirúrgico mais antigo na história da civilização humana ainda há falta de consenso e opiniões controversas a respeito da adoção da circuncisão neonatal universal como medida de saúde pública.”

O prepúcio é constituído de duas camadas, uma interna em contato direto com a glândula e uma externa, separadas pela fásia de Dartos. Ao nascimento, o prepúcio interno encontra-se acolado à glândula constituindo a chamada fimose fisiológica. A retração prepucial vigorosa e forçada nos primeiros anos de vida pode ocasionar micro-fissuras, cicatrizes e culminar com uma fimose patológica iatrogênica. Cuidados urológicos específicos são indicados nos casos de fimose patológica, líquen escleroso (sinônimo de líquen escleroatrófico/balanite xerótica obliterante), episódios recorrentes de balanopostite ou ITU.

A fimose patológica verdadeira ocorre quando a impossibilidade de retração é resultante da cicatrização prepucial distal.

A idade até a qual devemos considerar uma fimose como sendo fisiológica (e após a qual a retração prepucial já ocorreria de maneira retardada) é muito variável na literatura. Mais de meio século atrás já nos foi mostrado que o prepúcio de recém-nascidos não é retrátil, enquanto que com 3 anos de idade, até 10% dos prepúcios permanecem não retrateis. É digno de nota, entretanto, que nestas crianças pequenas, mesmo os prepúcios passíveis de retração podem não ser completamente retraídos e adesões prepuciais internas estão presentes na maioria dos garotos com 6 anos de idade. Mas ainda nos resta uma pergunta: e com relação aos 10% de garotos com 3 anos de idade e prepúcios não retrateis? Esta questão foi respondida por Oster em um estudo de coorte de 1968 ao nos mostrar que 8% dos garotos de 6 anos e 1% daqueles de 16 anos tinham prepúcios não-retrateis que, se tornam paulatinamente retrateis com ereções intermitentes e a queratinização do epitélio interno. A “moral da história” é que alguns guidelines sugerem que consideremos a retração prepucial atrasada como aquela que se consolida após 8-10 anos de idade.

Tratamento da fimose fisiológica

Como exposto anteriormente, o tratamento da fimose fisiológica não é necessário na maioria dos casos, mas em algumas vezes, em uma criança mais velha (pré-pubere), a terapia de esteroide tópica pode ser considerada para abreviação do processo.

Inúmeros ensaios clínicos randomizados (ECR) mostraram ótimas taxas de sucesso (60-80%) com a aplicação de corticoides tópicos no trato de saída prepucial, com alguns trials exibindo taxas de até 90% de sucesso. Apesar de



Figura 1. A) Pele prepucial saudável sem cicatriz com mucosa interna evertendo-se através do trato de saída prepucial. Não é possível a visualização da glândula sem que haja a retração do prepúcio (como é feito pelo examinador nesta imagem). B) Nas fimoses patológicas a glândula e meato podem ser visíveis sem retração, já que o anel cicatricial mantém o trato de saída aberto. Não há eversão da mucosa através deste.

a literatura internacional evidenciar níveis excepcionalmente elevados de sucesso com tal tratamento, Nascimento et al. demonstrou em ECR com número considerável de crianças que a taxa de resposta total para o valerato de betametasona a 0,1%, 0,2% ou a 0,2% em combinação com a hialuronidase foi em torno de 55% para todos os grupos. O autor mostrou ainda que as taxas de melhora ou sucesso foram significativamente melhores quando o tratamento foi estendido para 60 dias quando as crianças não atingiam resposta ou atingiam resposta parcial com o período de 30 dias.

As taxas de sucesso não são dependentes da potência do esteroide e, os de relativa baixa potência (triamcinolona, hidrocortisona, mometasona) são igualmente eficazes comparados àqueles de alta potência (betametasona).

Como recomendações gerais propomos:

1. Esteroides tópicos como primeira linha de tratamento para a fimose fisiológica com taxas de sucesso relativamente boas e baixo risco de complicações.
2. Fimose fisiológica persistente na ausência de balanopostite recorrente ou ITU não é indicação de circuncisão.
3. Esteroides de relativa baixa potência têm resultados similares àqueles de alta potência.
4. Importância da seleção do paciente adequado para tratamento, demonstração da técnica adequada de aplicação do corticoide tópico aos pais e a continuidade das retrações prepuciais após o sucesso inicial para que o mesmo se perpetue.
5. Recorrência da fimose fisiológica é comum se as retrações não são realizadas após o sucesso inicial do trata-

mento tópico com corticoide e um novo curso de tratamento pode ser recomendado.

Tratamento da fimose patológica

A única indicação absoluta de circuncisão é a presença de fimose patológica. Apesar de alguns estudos mostrarem que alguns corticoides tópicos podem ajudar em tal situação, o curso de tal terapia geralmente é infrutífero.

Apresentamos seguidamente a relação entre fimose e infecções do trato urinário, doenças sexualmente transmissíveis e câncer peniano, além das complicações da circuncisão:

Circuncisão e risco de ITU

Em garotos sem anormalidades do trato urinário a incidência de ITU nos primeiros 10 anos varia de 1 a 2%, sendo no grupo de maior risco, constituído por meninos no primeiro trimestre de vida, a prevalência pode chegar a 7%. Alguns estudos caso-controle revelam um efeito protetor marginal da circuncisão que não se estende além da infância. Revisão sistemática da literatura reitera tais efeitos, mas conclui ser pouco justificável a circuncisão universal ao assumirmos que há um risco de ITU de 1% em crianças com trato urinário normal e uma taxa de complicação da cirurgia da ordem de 1-2%, além do fato de que são necessários 111 procedimentos para a prevenção de 1 episódio de ITU. Mesmo que aceitemos uma menor taxa de complicação (0,2%) e um maior risco de ITU (2%), a cada 6 episódios de ITU prevenidas haveria uma complicação cirúrgica.



Figura 2. Hipospádia.



Figura 5. Pênis embutido.



Figura 3. Epispádia.



Figura 6. Curvatura ventral.



Figura 4. Junção peno-escrotal alta.



Figura 7. Hipospádia com megameato.

Em meninos com anormalidades anatômicas do trato urinário a prevalência de ITU é marcadamente maior (risco de 10%) e inúmeros estudos nos apontam que a circuncisão é mais eficaz que a profilaxia antibiótica isolada em prevenir ITUs e ocorrência de anormalidades na cintilografia com DMSA de pacientes com refluxo vesico-ureteral (RVU), válvula de uretra posterior ou hidronefrose antenatal. Neste subgrupo distinto de pacientes o número necessário para tratar (NNT) é 10 vezes menor em relação àquele dos meninos com trato urinário normal: NNT 11 x 111, respectivamente; e podendo chegar a 4 para o subgrupo portador de RVU de alto grau.

A literatura de uma maneira geral recomenda:

1. Não realização da circuncisão neonatal universal dada a escassez de evidência nível 1 para a prevenção de ITU em crianças sem anormalidades do trato urinário.
2. Discussão com os pais de meninos portadores de tais anormalidades (especialmente hidronefrose antenatal de RVU) sobre a possibilidade e benefícios da realização do procedimento no período neonatal.

Circuncisão e risco de infecção por HIV

A evidência, oriunda de ensaios clínicos randomizados realizados na África subsaariana, de que a circuncisão reduz o risco de infecção pelo HIV em homens heterossexuais é robusta. A redução do risco de contração da doença varia de 50-60% em tais estudos (RR 0,39; IC 95% 0,23-0,66 / RR 0,49; IC 95% 0,29-0,81).

O efeito protetor é atribuído à redução do trauma coital, redução do número de células de Langerhans e à maior queratinização glandar.

Transmissão mulher-homem

Inúmeros ECR, estudos observacionais e metanálises corroboram o efeito protetor neste tipo de transmissão. Uma revisão da Cochrane dos trials africanos supracitados mostrou que a circuncisão reduz em 50% o risco de transmissão em um ano com efeito mantido em dois anos. É importante salientarmos, no entanto, que a magnitude de tal efeito pode não ser a mesma para todas as populações: no caso do Brasil, temos uma taxa de circuncisão maior e prevalência de infecção por HIV menor que levariam, por conseguinte, a um NNT maior.

Transmissão homem-homem

O nível de evidência neste caso é menos robusto e o embasamento é limitado a estudos observacionais. Em revisão da Cochrane com quase 72.000 participantes, o risco de

transmissão não foi alterado pela circuncisão. No entanto, a mesma revelou-se protetora no subgrupo de homens que praticava sexo anal insertivo. Acredita-se, portanto, que homens que praticam o sexo insertivo poderiam se beneficiar da circuncisão, enquanto que aqueles com papel receptivo teriam pouco ou nenhum benefício.

Transmissão homem-mulher

A nível populacional, a circuncisão pode potencialmente reduzir este modelo de transmissão ao reduzir a prevalência global de infecção na população masculina (em colinearidade com o efeito protetor da circuncisão na transmissão mulher-homem); entretanto, um trial Ugandês não encontrou efeito protetor do procedimento neste caso.

Recomendações – circuncisão x infecção por HIV

- Transmissão mulher-homem: há evidência convincente de que a circuncisão reduz a transmissão de parceiras mulheres para homens, apesar da magnitude do efeito não ser semelhante em todas as populações.
- Transmissão homem-homem: a circuncisão não tem papel protetor neste caso.
- Transmissão homem-mulher: a circuncisão de homens infectados não fornece proteção à suas mulheres parceiras.

Circuncisão e risco de infecção por HPV

O efeito para esta associação é difícil de ser avaliado, já que se trata de uma infecção transitória e que pode acometer múltiplas áreas da região genital.

Para HPV em homens: dados de dois ensaios clínicos randomizados e metanálise de ambos transparece uma relação inversa entre circuncisão e prevalência de HPV de alto risco (OR 0.67; IC 95% 0.54-0.82).

Para HPV em mulheres: trial conduzido em Uganda com homens HIV-negativos revelou menor infecção em parceiras de homens circuncidados, enquanto que outro estudo no mesmo país não evidenciou o mesmo efeito em parceiras de homens HIV-positivos.

Recomendações – circuncisão x infecção por HPV

- HPV em homens: moderada redução da prevalência da infecção na glândula e sulco coronal (com um efeito menor nas regiões mais proximais) até dois anos após a circuncisão. O efeito da circuncisão neonatal na vida é desconhecido.
- HPV em mulheres: possivelmente reduz a prevalência de
- HPV em parceiras de homens HIV-negativos.

Circuncisão e risco de DSTs

A evidencia disponível, incluindo ensaios clínicos randomizados e inúmeras metanálises, não aponta a circuncisão como fator protetor de DSTs ulcerativas e não-ulcerativas tanto em homens quanto em suas parceiras mulheres, havendo uma fraca evidencia de um efeito protetor parcial para a infecção pelo vírus do Herpes simples do tipo 2.

Circuncisão e câncer de pênis

A maioria dos estudos nos mostra que a circuncisão, quando realizada precocemente, reduz o risco de câncer peniano, com alguns estudos reiterando que tal efeito protetor é significativamente estatístico para as crianças com história de fimose. A despeito disso, em metanálise de 8 estudos a circuncisão foi protetora contra o câncer invasivo (OR 0,33; IC 95% 0,13-0,83).

Circuncisão e câncer de próstata

A grande maioria dos estudos não mostra efeito protetor da circuncisão contra o câncer prostático, de tal maneira que não temos respaldo científico para indica-la com este intuito.

Contraindicações à circuncisão

O procedimento é basicamente contraindicado nos meninos com anormalidades congênicas do pênis:

Conclusão

Os benefícios da circuncisão neonatal têm de ser avaliados nos âmbitos individual e social e devemos levar em consideração as taxas de complicação e custo ao sistema público de saúde. A decisão para realização do procedimento deve ser compartilhada com os pais, que devem estar cientes dos prós e contras do mesmo. A circuncisão neonatal universal não pode ser justificada à luz da evidencia atual disponível.

Referências

1. Can Urol Assoc J 2018;12(2):18-28.
2. American Academy of Pediatrics. Male circumcision (August 2012).
3. McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Pathologic and physiologic phimosis: Approach to the phimotic foreskin. *Can Fam Physician* 2007;53:445-8.
4. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, et al. The conservative treatment of phimosis in boys. *Br J Urol* 1996;78:786-8.
5. Winberg J, Andersen HJ, Bergström T, et al. Epidemiology of symptomatic urinary tract infection in childhood. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1974:1-20.
6. Shaikh N, Morone NE, Bost JE, et al. Prevalence of urinary tract infection in childhood: A meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27:302-8.
7. Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: A systematic review of randomized trials and observational studies. *Arch Dis Child* 2005;90:853-8.
8. Morris BJ, Wiswell TE. Circumcision and lifetime risk of urinary tract infection: A systematic review and meta-analysis. *J Urol* 2013;189: 2118-24.
9. Alsaywid BS, Saleh H, Deshpande A, et al. High-grade primary vesicoureteral reflux in boys: Long term results of a prospective cohort study. *J Urol* 2010;184:1598-1603.
10. Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomized controlled trial. *Lancet* 2007;369:643-56.
11. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomized trial. *Lancet* 2007;369:657-66.
12. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, et al: Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2005;2:e298.
13. Weiss HA, Quigley MA, Hayes RJ. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2000;14:2361-70.
14. Weiss HA, Hankins CA, Dickson K. Male circumcision and risk of HIV infection in women: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2009;9:669-77.
15. Larke N, Thomas SL, Silva I dos S, et al. Male circumcision and human papillomavirus Infection in men: A systematic review and meta-analysis. *J Infect Dis* 2011;204:1375-90.
16. Mehta SD, Moses S, Agot K, et al. Adult male circumcision does not reduce risk of incident *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, and *Trichomonas vaginalis*: Results from a randomized, controlled trial in Kenya. *J Infect Dis* 2009;200:370-8.
17. Tobian A, Quinn T. Herpes simplex virus type 2 and syphilis infections with HIV: An evolving synergy in transmission and prevention. *Curr Opin HIV AIDS* 2009;4:294-9.
18. Millett GA, Flores SA, Marks G, et al. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: A meta-analysis. *JAMA* 2008; 300:1674-84.
19. Larke NL, Thomas SL, dos Santos Silva I, et al. Male circumcision and penile cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control* 2011;22:1097-1110.
20. Wright JL, Lin DW, Stanford JL. Circumcision and the risk of prostate cancer.

Mariane CastiglioneFisioterapeuta especialista em
assoalho pélvico

Doutoranda pela Urologia na FMABC

Como e quando a fisioterapia pode ajudar no pré e pós-operatório da prostatectomia radical?

A Prostatectomia Radical (PR) é o tratamento cirúrgico padrão-ouro para câncer de próstata localizado. Esta técnica pode desencadear complicações pós-operatórias como disfunção erétil (DE) e incontinência urinária (IU), prejudicando de maneira significativa a sexualidade e a qualidade de vida (QV) dos pacientes. É sabido que, quanto mais graves são os sintomas da IU, menor é a satisfação sexual do paciente e quanto mais leves estes sintomas a QV é preservada.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, a IU pós PR tem incidência de 2% a 87% dos casos e acarreta transtornos na vida do paciente, levando há várias repercussões como roupas molhadas, odor de urina, dermatites, infecções urinárias, camuflagem nas vestimentas, banhos em quantidade excessiva, uso e custos altos no orçamento com fraldas e forros, estresse na realização das atividades diárias e ocupacionais, perda de urina durante a atividade sexual, afastamento social e familiar, ansiedade, perda de autonomia, impacto negativo na sexualidade entre outros problemas que influenciam no bem-estar psicológico, social e físico destes homens e seus familiares.

A fisioterapia pélvica pré-operatória pode reduzir a duração ou a gravidade dos sintomas de IU. Medidas preventivas tornam-se eficazes quando realizadas neste período, uma vez que a IU pode ocorrer após a cirurgia. As pesquisas apontam que os pacientes que treinam novas habilidades motoras musculares antes do procedimento da PR, estão mais preparados e conscientes para ativarem os músculos do assoalho pélvico (MAP) após a cirurgia, no caso de apresentarem IU. Os objetivos fisioterapêuticos no pré-operatório são: melhorar a coordenação e a força dos músculos estriados do assoalho pélvico (AP) e promover ganho de conscientização desta região, reduzindo o tempo de permanência da IU na vida destes indivíduos.

Ainda reforçando a importância dos MAP, o conhecimento desta região no momento anterior à PR é também importante pelas responsabilidades de suas funções como a sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos, as continências urinária e fecal e a função sexual. O acompanhamento fisioterapêutico no pré-operatório acaba sendo uma medida preventiva até mesmo para o processo de envelhecimento destes homens e muitas vezes responsável por tratar disfunções do assoalho pélvico no período anterior ao procedimento cirúrgico. O recomendado é que os pacientes sejam encaminhados para a fisioterapia especializada, assim que a cirurgia for agendada.

Além dos variados benefícios que a fisioterapia oferece, o contato no período pré-operatório do fisioterapeuta pélvico com o paciente é extremamente acolhedor e benéfico. Este vínculo proporciona espaço para falar a respeito dos MAP, do tratamento da IU no pós-operatório, caso seja necessário. Orientações de uroterapia pré e pós-operatórias, educação sexual, dúvidas relacionadas a sexualidade, entre outras questões observadas na prática clínica são solucionadas e desmitificadas.

Normalmente a continência é recuperada até o primeiro ano após a cirurgia. Mesmo que a IU possa ser temporária, a fisioterapia pélvica é a recomen-

dação padrão ouro para tratar a IU nos primeiros 12 meses após a cirurgia, com o principal objetivo de potencializar o processo da continência urinária através de seus recursos fisioterapêuticos como: o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), biofeedback (BFB) pressórico e/ou eletromiográfico, eletroestimulação por via anal e/ou de superfície, uroterapia, exercícios musculares globais, terapias manuais, realinhamento postural e educação sexual. Por meio destes recursos terapêuticos, podemos principalmente melhorar a função, força, mobilidade, conscientização e percepção dos músculos do assoalho pélvico (MAP), para reestabelecer a integridade, contrações conscientes e efetivas. É recomendado que o paciente incontinente seja encaminhado o mais precocemente possível para a fisioterapia.

Exemplos de recursos fisioterapêuticos utilizados no pré e pós-operatório

Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP)

É definido como um programa de exercícios de repetições de contrações e relaxamentos voluntários dos MAP, ensinados e orientados a partir de uma avaliação prévia da resposta muscular deste grupo. Deve ser monitorado e progressivo, a partir da melhora do desempenho da função muscular. Para realizar corretamente a contração, é solicitado ao paciente fazer um movimento de preensão e sucção com os MAP e com o escroto no sentido cranial de forma que músculos adutores, abdominais e glúteos fiquem o máximo em repouso. O TMAP deve ser coordenado pelo fisioterapeuta especialista em disfunções pélvicas e o treino deve ser progressivamente funcional. É contra-indicado que os pacientes realizem estes exercícios de maneira aleatória, pois a IU pode piorar de forma significativa.

Eletroestimulação

São aparelhos que utilizam correntes elétricas bifásicas (despolarizadas) para evitarem queimaduras e reações químicas locais, com frequências variadas, dependendo do objetivo do fisioterapeuta. Como a inibição das contrações involuntárias do músculo detrusor ou realizar o treinamento da MAP por diferentes vias de aplicação seja através dos eletrodos anal e/ou de superfície, este recurso quando bem aplicado apresenta excelentes resultados no tratamento da IU. Outra observação que se deve ter atenção é em relação as suas contraindicações absolutas ou parciais, como por exemplo infecção urinária e pacientes neurológicos.

Biofeedback Pressórico e/ou Eletromiográfico

São os recursos mais utilizados nas disfunções do assoalho pélvico como a IU. Não apresenta efeito colateral,

proporciona aprendizado e melhora da função dos MAP, além de conscientização dos mesmos; evita também que os músculos acessórios como abdominais, glúteos e adutores sejam ativados. Pode ser usado em associação com outros métodos de tratamento conservador e/ou como ferramenta para complementar a avaliação dos MAP.

Uroterapia

São orientações e intervenções relacionadas ao estilo de vida do paciente. Informações que irão auxiliar na percepção dos maus hábitos que influenciam nos sintomas urinários. Ela é composta por diário miccional, treinamento vesical, esvaziamento programado e ensinamentos sobre anatomia, ingestão hídrica, orientações alimentares e estilo de vida, as quais são importantes para conscientização, programa e acompanhamento terapêutico.

Conclusão

A fisioterapia pélvica nos períodos pré e pós prostatectomia radical mostra-se eficiente, melhora a conscientização e a função do assoalho pélvico e de seus músculos. Reduz a permanência da IU, no caso dela ocorrer no período após a cirurgia e, promove prevenção de disfunções pélvicas futuras.

Referências

1. Patel MI, Yao J, Hirschhorn AD, Mungovam SF. Preoperative pelvic floor physiotherapy improves continence after radical retropubic prostatectomy. *International Journal of Urology*, 20 (10), Feb 2013
2. Wang W, Huang QM, Liu, FP, Mao QQ. Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta-analysis. *BMC Urol*; 14:99. Dez 2014
3. Tienforti D, Sacco E, D'Addressi A, Racioppi M, Gulino G, Pinto F, et al. Efficacy of an assisted low-intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *BJU Int*, 110(7):1004-10, Oct 2011
4. Serda BCF, Gragera RM. Urinary incontinence and prostate cancer: A progressive rehabilitation program design. *Current Issues*, 1-10, April 2013
5. Centemero A, Rigatti L, Giraudo D, Lazzeri M, Lughezzani G, Zugna D, et al. Preoperative pelvic floor muscle exercise for early continence after radical prostatectomy: a randomized controlled study. *Eur Urol*, 57(6):1039-43, Jun 2010.
6. Siegel AL. Pelvic floor muscle training in males: practical applications. *Urology*; 84(1):1-7 Jul 2014
7. Geraerts I, Van PH, Devoogdt N, Joniau S, et al. Influence of preoperative and postoperative pelvic floor muscle training (PFMT) compared with postoperative PFMT on urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Eur Urol*, 64(5):766-72, Nov 2013.
8. Tienforti D, Sacco E, D'Addressi A, Racioppi M, Gulino G, Pinto F, et al. Efficacy of an assisted low-intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *BJU Int*, 110(7):1004-10, Oct 2012.

Abordagem vaginal para prolapso apical com uso de tela Up-Hold

Maira Cristina Silva

Residente da Disciplina de Urologia da FMABC

Maria Claudia Bicudo Furst

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Responsável pelo grupo de Disfunções da Micção

Introdução

Prolapsos de órgãos pélvicos (POP) constituem uma patologia muito comum com o envelhecimento da população feminina. Até metade das mulheres demonstram POP ao exame físico embora apenas 3-6% apresentem os sintomas.¹

Tais sintomas são comuns e incômodos. Um estudo de dados americanos demonstrou que 20% das mulheres têm chance, ao longo da vida, de serem submetidas a algum tipo de tratamento cirúrgico para incontinência urinária de esforço ou POP.² Além disso, estudos demonstram severas implicações na qualidade de vida, autoimagem e função sexual.^{3,4}

No que se refere as opções terapêuticas, os objetivos incluem um suporte adequado para cúpula vaginal e um componente de reparo cirúrgico durável para mulheres com prolapso.⁵ A maioria dos estudos sugere que a abordagem vaginal é mais comum com 80 a 90% dos procedimentos realizados. O histórico cirúrgico e os objetivos da mulher, bem como seus riscos individuais para complicações cirúrgicas, recorrência do prolapso e sintomas afetam o planejamento cirúrgico e a escolha do procedimento a ser realizado.

Após intervenção cirúrgica, até 29% das mulheres apresentam recidiva e passam por um procedimento subsequente. A justificativa para o uso das telas envolve evitar o uso do mesmo tecido nativo que foi estruturalmente deficiente na apresentação inicial da doença. A tela sintética é inerte, prontamente disponível e oferece a perspectiva de reparo durável. As telas utilizadas no reparo POP podem ajudar a reduzir o risco de recorrência anatômica; no entanto, as taxas de complicações são maiores em comparação com reparos com utilização de tecido nativo. Extrusão vaginal, dor persistente e erosão uretral ou vesical são as três complicações mais frequentes após reparo com tela transvaginal para incontinência urinária de esforço ou prolapsos.⁶

Descrição do caso

Paciente N.S.T, 73 anos, parda, aposentada, natural e procedente de Santo André procurou o serviço de Urologia da FMABC por queixa de abaulamento vaginal há quatro anos.

Como antecedentes pessoais a paciente é portadora de hipertensão arterial sistêmica. Antecedentes ginecológicos com sete gestações, sete partos normais e histerectomia subtotal há 34 anos por miomatose uterina.

Os sintomas miccionais incluíam intervalo miccional com cerca de 3h, ausência de esforço miccional e esvaziamento incompleto. Mantinha perdas urinárias aos grandes esforços com uso de um PAD por dia. Negava urgeincontinência, disúria ou hematúria. Relatava episódios de urgência.

Ao exame físico geral não apresentava alterações, IMC 24Kg/m² e ao exame físico específico meato uretral tópico, cistocele e prolapso uterino Grau IV pela classificação POP-Q, períneo íntegro. Sem perdas com manobra de valsalva.

Colo do útero de consistência normal, com pouca mobilidade.

Foram solicitados como exames pré-operatórios: Ultrasonografia transvaginal, citologia oncológica e exames laboratoriais que não evidenciaram alterações.

O estudo urodinâmico evidenciou presença de hiperatividade detrusora na cistometria. Não foram detectadas perdas urinárias com esforço com pressão vesical de até 180cmH₂O.

Após discussão com a paciente a respeito das opções terapêuticas foi optado pela realização de correção de prolapso com tela e realização de sling transobturatório.

Técnica cirúrgica e resultados

Após a indução anestésica a paciente foi posicionada em litotomia. Adequada hidrodissecção e incisão vaginal anterior vertical seguidas por profunda dissecação lateral para identificar as espinhas isquiáticas foram realizadas. Uma distância de cerca de 8-10cm do introito vaginal até o ligamento sacro espinhoso foi identificada. Com auxílio do dispo-



Figura 1. Exame físico específico.

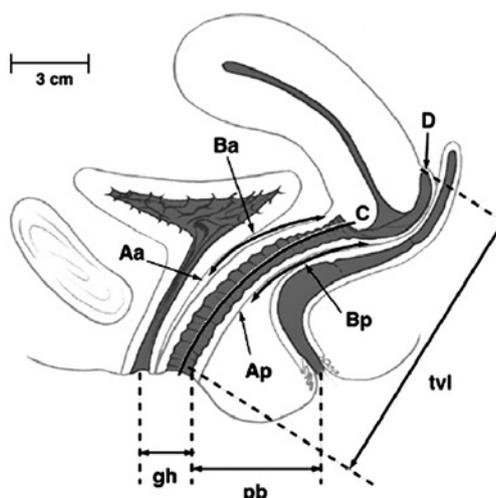


Figura 2. Classificação POP-Q para prolapso de órgãos pélvicos.



Figura 3. Após adequada hidrodissecção, realizada incisão anterior vertical.

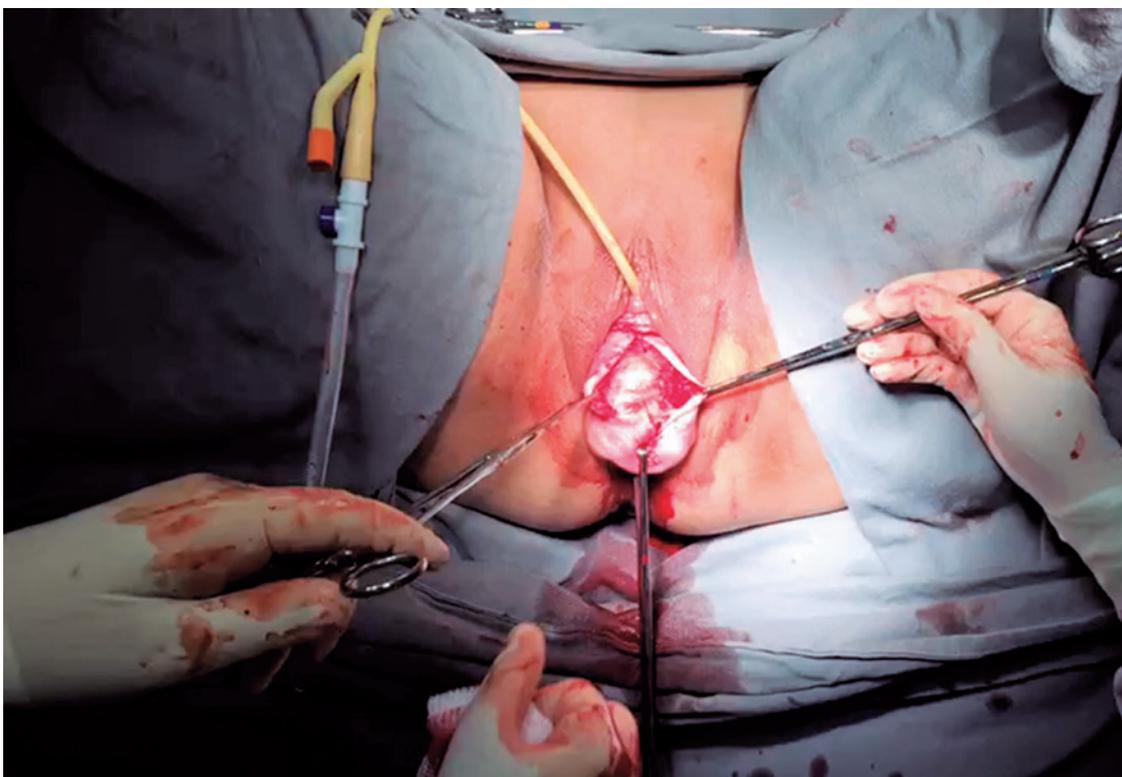


Figura 4. Dissecção para identificas as espinhas isquiáticas.

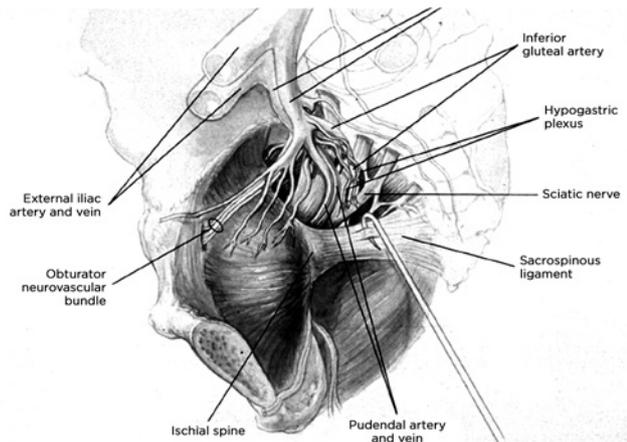


Figura 5. Representação anatômica da área estudada.



Figura 6. Uphold Device.

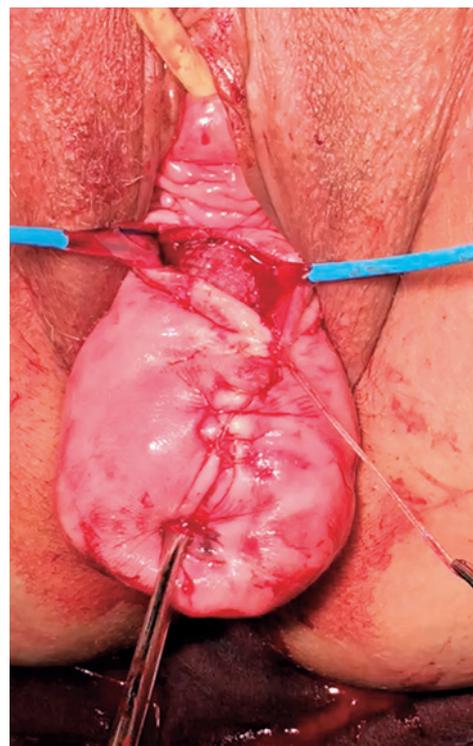


Figura 7. Aspecto após fixação da tela ao ligamento sacrospínho.



Figura 8. Aspecto após fixação da tela.

sitivo capio, a tela é fixada ao ligamento sacro espinhoso bilateralmente para redução do defeito.

Realizado também Sling transobturatório.

Após 14 meses de seguimento, paciente segue contigente e sem sinais de recidiva do prolapso.

Discussão

O Food and Drug Administration (FDA) dos EUA observou um aumento das complicações do período 2005-2007 para 2008-2010⁸ nos pacientes tratados por prolapso com uso de telas. Em 2008, o FDA emitiu uma declaração de saúde pública relativa à colocação transvaginal das telas e seu número de complicações. A notificação também instruiu os médicos a informar aos pacientes sobre os riscos e necessidade de obtenção de treinamento em implante de tela antes de executar procedimentos. Em 2011, o FDA publicou nova notificação indicando que não encontrou provas conclusivas de que as telas melhoram desfechos clínicos.⁸ Em 2014, o FDA reclassificou malha transvaginal para POP de um risco moderado para um alto risco dispositivo médico.⁶

O tratamento conservador pode ser uma opção para as principais complicações, mas a maioria dos pacientes requerem excisão da tela parcial ou completa. À luz da natureza delicada dessas cirurgias, o uso das telas deve ser reservado a profissionais com treinamento e experiência.

Juntamente com a seleção de pacientes, a técnica desempenha um papel vital na minimização complicações. Embora possa parecer óbvio, ter experiência na cirurgia tradicional do assoalho pélvico, estar confortável com os planos adequados de dissecação e marcos pélvicos podem levar a resultados mais consistentes e reconhecimento mais rápido de variações anatômicas. Oferecer previamente ao paciente orientações sobre possíveis riscos e benefícios a fim de se obter decisão conjunta sobre a técnica cirúrgica a ser utilizada se faz obrigatório.

Conclusão

Estudos mostram que as cirurgias com reparos padrão para POP muitas vezes fornecem resultados inferiores a longo prazo. O uso de telas pode melhorar os resultados a curto e médio prazo, mas também está associado a eventos adversos significativos.

Existe um papel para as telas para tratamento de prolapso de órgãos pélvicos que ainda não foi bem definido pela literatura. Novos estudos devem ser realizados a fim de se estabelecer adequadamente quais são os pacientes ideais para a utilização desta técnica.

Referências

1. Mettu JR, Colaco M, Badlani GH. Evidence-based outcomes for mesh-based surgery for pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol* 2014;24:370-4.
2. Dooley Y, Kenton K, Cao G, et al. Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol* 2008;179:656-61.
3. Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1455-61.
4. Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol* 2005;173:1669-72.
5. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 016;10:CD012376.
6. MacDonald S, Terlecki R, Costantini E, Badlani G. Complications of Transvaginal Mesh for Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence: Tips for Prevention, Recognition, and Management *European Urology Focus* 2 2016, 260-267.
7. Gomelsky A, Penson DF, Dmochowski RR. Pelvic organ prolapse (POP) surgery: the evidence for the repairs. *BJUI International*, 2010.
8. Update on serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse: FDA safety communication. US Food and Drug Administration Web site. <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm262435.htm>. Accessed December 17, 2015
9. FDA public health notification: serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh in repair of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. US Food and Drug Administration; 2008, Accessed December 17, 2015 In: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/PublicHealthNotifications/ucm061976.htm>
10. Terlecki RP, Flynn BJ. The use of surgical mesh for incontinence and prolapse surgery: indications for use, technical considerations, and management of complications. *AUA Update Series* 2010;29, lesson 14.
11. Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery. *Neurourol Urodyn* 2011;30:2-12. [12] FDA news release: FDA issues proposals to address risks associated with surgical mesh for transvaginal repair of pelvic organ prolapse. US Food and Drug Administration Web site. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm395192.htm>. Accessed December 17, 2015

Tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa (HS)

Paciente VFS, 54 anos, masculino, pardo. Natural e procedente de São Paulo. Refere queixa de feridas em toda a genitália, períneo e glúteos acompanhado de saída de secreção amarelada há 6 anos. Neste período procurou diversas vezes atendimento médico e foi submetido a inúmeros tratamentos, inclusive submetido a drenagem escrotal por suspeita de síndrome de Fournier. Nenhum dos tratamentos teve efeito desejado. Há 6 meses recebeu o diagnóstico preciso de Hidradenite Supurativa e iniciou tratamento com imunobiológico (adalimumabe) e obteve expressiva melhora dos sintomas, sobretudo com diminuição da saída de secreção pelos pontos ulcerados.

Sidney Glina

Prof Titular da Disciplina de Urologia da FMABC

Carlos D'App Santos Machado F^o

Prof Titular da Disciplina de Dermatologia da FMABC

Alexandre Gomes Sibanto Simões

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Grupo de Uro Geral

Leonardo Monteiro

Residente da Disciplina de Urologia da FMABC



Figura 1. Lesões sequelares da HS, após tratamento com antibióticos e imunobiológico. Presença de grande área de linfedema escrotal e peniano.



Figura 2. Lesão de HS localizada na região glútea.



Figura 3. Foto do intraoperatório, onde foi realizada ressecção parcial do escroto e da região inguinal, acometidas pela HS.



Figura 4. Foto do pós operatório imediato, realizado fechamento primário da área ressecada.

No dia 3 de abril de 2018, no Centro Hospitalar Municipal de Santo André foi realizada uma cirurgia de Ressecção das glândulas e fístulas do escroto com fechamento primário. O procedimento durou cerca de 2 horas e o paciente recebeu alta hospitalar no 2º pós-operatório.



Figura 5. Fotos pós-operatório de 60 dias. Paciente em programação de nova cirurgia para resolução do linfedema peniano.

Atualmente o paciente está satisfeito com o resultado da cirurgia com remissão parcial das lesões da região genital e aguarda abordagem cirúrgica da região glútea pela Cirurgia Plástica, além da programação de abordagem do linfedema peniano pela Urologia.

Carlos Ricardo Doi Bautzer

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Grupo de Urologia Geral

Luiz Alexandre Villares da Costa

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Grupo de Litíase Urinária e Endourologia

1. Enhanced Recovery After Surgery Pathway in Patients Undergoing Open Radical Cystectomy Is Safe and Accelerates Bowel Function Recovery. Palumbo V, Giannarini G, Crestani A, Rossanese M, Calandriello M, Ficarra V. Urology. 2018 May;115:125-132.

O protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) tem se demonstrado como eficiente e seguro para o cuidado peri-operatório de pacientes submetidos a cistoprostatectomia radical. Neste estudo prospectivo foram avaliados 114 pacientes consecutivos submetidos a cistectomia radical pelo mesmo cirurgião entre Julho de 2013 e Junho de 2016, sendo que foram comparados 74 pacientes no protocolo ERAS e 40 como grupo controle com cuidados perioperatórios habituais. Foram comparados o início dos ruídos hidroaéreos (RHA), presença de flatus e evacuação, além de complicações pós-operatórias após 90 dias. Como resultados, foi observada a presença de RHA no primeiro dia de pós-operatório (PO) em 58% dos pacientes do primeiro grupo contra 10% do segundo grupo, presença de flatus no segundo dia de PO em 55% do primeiro grupo contra 28% do segundo e presença de evacuação no terceiro dia de PO em 50% contra 0%, respectivamente ($p < 0,01$ para todos). Complicações gerais e maiores após 90 dias foram vistas em 47,3% e 17,6% dos pacientes no grupo de estudo e em 62,5% e 22,5% nos paciente do grupo controle ($p = 0,14$ e $0,38$, respectivamente).

Em conclusão, o protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) permitiu uma recuperação da função intestinal significativamente mais rápida e sem aumento de complicações nos primeiros 90 dias de pós-operatório quando comparado com os cuidados perioperatórios habituais.

2. The Effect of Nerve Sparing Status on Sexual and Urinary Function: 3-Year Results from the CEASAR Study. Avulova S, Zhao Z, Lee D, Huang LC, Koyama T, Hoffman KE, Conwill RM, Wu XC, Chen V, Cooperberg MR, Goodman M, Greenfield S, Hamilton AS, Hashibe M, Paddock LE, Stroup A, Resnick MJ, Penson DF, Barocas DA. J Urol. 2018 May;199(5):1202-1209.

O estudo CEASAR (Comparative Effectiveness Analysis of Surgery and Radiation) é um estudo prospectivo e observacional realizado em pacientes com câncer de próstata localizado diagnosticados entre 2011 e 2012. Foram avaliadas as funções sexuais e urinárias basais e nos 36 meses seguintes à prostatectomia radical, com os graus de preservação dos nervos relatados (nenhum, unilateral ou bilateral). Foram avaliados 991 homens, sendo que foi demonstrado na análise multivariada que a preservação bilateral dos nervos teve diferença significativa tanto na função sexual quanto na função urinária, quando comparado com a preservação unilateral ou na não preservação. Porém, esta diferença não foi significativa naqueles pacientes que já apresentavam função sexual reduzida.

Em conclusão, este estudo confirmou a importância da preservação dos nervos em casos selecionados, porém com ressalva para não afetar o resultado oncológico e nos pacientes com função sexual reduzida no pré-operatório.

3. Use of Digital Rectal Examination as an Adjunct to Prostate Specific Antigen in the Detection of Clinically Significant Prostate Cancer. Halpern JA, Oromendia C, Shoag JE, Mittal S, Cosiano MF, Ballman KV, Vickers AJ, Hu JC. J Urol. 2018 Apr;199(4):947-953.

Os guidelines da NCCN® (National Comprehensive Cancer Network®) advogam o uso do toque retal somente em homens com elevação de PSA. Neste estudo, com implicações na prática clínica, foi avaliada a associação do PSA com o toque retal na detecção de câncer de próstata clinicamente significativo (Gleason 7 ou mais) em 35350 homens nos Estados Unidos em um braço do estudo Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening). Um total de 1.713 casos de câncer de próstata clinicamente significativo foram detectados, com uma incidência acumulada em 10 anos de 5,9%. O toque retal teve utilidade prognóstica quando o PSA estava acima de 3ng/ml, utilidade pequena quando PSA era abaixo de 2ng/ml e utilidade marginal quando estava entre 2 e 3ng/ml.

Em conclusão, o exame de toque retal tem utilidade quando o PSA for mais elevado pois aumenta a especificidade da detecção do câncer de próstata e não deve ser utilizado como uma modalidade de screening primário para aumentar a sensibilidade.

4. Cessation of Ureteral Colic Does Not Necessarily Mean that a Ureteral Stone Has Been Expelled. Hernandez N, Mozafarpour S, Song Y, Eisner BH. J Urol. 2018 Apr;199(4):1011-1014.

Este estudo apesar de pequeno e retrospectivo, tem propósitos práticos do ponto de vista clínico. Foram avaliados pacientes atendidos em urgência com quadro de cólica nefrética aguda e com cálculo ureteral, sendo que estes foram reavaliados posteriormente com ausência de dor por pelo menos 72 horas. Apesar da melhora clínica e ausência completa de sintomas, 26% destes pacientes ainda apresentavam cálculos ureterais, independentemente do tamanho do cálculo ou da sua localização.

Em conclusão, é interessante investigação radiológica para seguimento de pacientes com cólica nefrética para documentar a passagem do cálculo e evitar os riscos de uma obstrução ureteral silenciosa.

5. Conservatively Managed Peyronie's Disease- Long-term Survey Results From Patients Undergoing Nonsurgical and Noninjection Therapies. Ziegelmann M, Bole R, Avant R, Yang D, Montgomery B, Trost L. Urology. 2018 Mar;113:99-104.

Este estudo mostra o seguimento mais longo de tratamento conservador de pacientes com Doença de Peyronie,

sem qualquer tratamento cirúrgico ou com injeções intralesionais entre 1990 e 2012. Foram avaliados 3.840 pacientes, sendo que 719 apresentavam critérios para inclusão e 125 completaram o estudo. Com seguimento de 8,4 anos, 38% sentiram melhora dos sintomas, enquanto que 26% sentiram piora desde o início dos sintomas. Em relação a curvatura peniana, 43% tiveram melhora, 37% ficaram estáveis e 20% pioraram. Vinte por cento apresentaram nova curvatura. Dor peniana aconteceu em 42% dos pacientes, sendo que dentre estes 18% tiveram aumento da dor e em 64% a dor desapareceu. Encurtamento peniano aconteceu em 65% dos pacientes. Houve piora da função erétil em 60%, sendo que mais de 40% tiveram dificuldade em penetração. Ainda na esfera sexual, a frequência de relações reduziu em 68% dos pacientes, sendo que houve redução da satisfação no relacionamento em 59% deles. Aproximadamente 50% dos pacientes descreveram impactos psicológicos negativos do ponto de vista de auto-estima e imagem corporal.

Em conclusão, apesar de haver melhora em quase 40% dos pacientes, o impacto negativo do ponto de vista físico e psicológico atinge a maioria dos pacientes em tratamento conservador para Doença de Peyronie, o que precisa ser exposto e discutido com estes pacientes.

6. Long-term Safety and Efficacy of Mirabegron and Solifenacin in Combination Compared with Monotherapy in Patients with Overactive Bladder: A Randomised, Multicentre Phase 3 Study. Gratzke C, et al. Long-term Safety and Efficacy of Mirabegron and Solifenacin in Combination Compared with Monotherapy in Patients with Overactive Bladder: A Randomised, Multicentre Phase 3 Study (SYNERGY II). Eur Urol (2018), <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.05.005>

Estudo prospectivo randomizado multicentrico fase 3, envolvendo 1794 pacientes. Comparando-se pacientes em uso combinado de Mirabegron 50mg + solifenacina 5mg com mirabegron 50mg apenas e solifenacina 5mg durante 12 meses. O grupo combinado apresentou um aumento discreto de efeitos colaterais (principalmente boca seca) 49% x 41% x 44%. Em termos de eficácia, o grupo combinado foi estatisticamente superior em relação a menor numero de episodios de incontinência e LUTs de armazenamento.

7. Sunitinib Alone or after Nephrectomy in Metastatic Renal-Cell Carcinoma. Méjean A, Ravaud A, Thezenas S, et al. Sunitinib alone or after nephrectomy in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa1803675

Estudo randomizado fase 3 envolvendo 450 pacientes com CA de rim metastático no diagnóstico. Pacientes fo-

ram randomizados em 2 grupos: citoredutora + sunitinibe x apenas sunitinibe. Seguimento médio de 51 meses. So revida global foi maior no grupo de apenas Sunitinibe (18,4 vs 13,9 meses).

8. Randomized Trial of Partial Gland Ablation with Vascular-Targeted Phototherapy versus Active Surveillance for Low-risk Prostate Cancer: Extended Follow-up and Analyses of Effectiveness. Gill IS, et al. *J Urol.* jun 2018. doi: 10.1016/j.juro.2018.05.121

413 homens com CA de prostata de baixo risco foram randomizados em dois grupos de seguimento: 207 receberam ablação parcial da prostata (guiada por terapia alvo vascular fotodinâmica) e 206 seguimento ativo. Seguimento de 4 anos com re biopsias em 12 e 24 meses. Prostatectomia radical foi menos frequente no grupo de ablação do que no grupo de observação (7% x 32% em 2 anos, 24% x 53% em 4 anos). Progressão do tumor (para gleason 7 ou mais) foi menor no grupo de ablação (16% x 41%).

9. A Randomized Control Trial of Preoperative Prophylactic Antibiotics Prior to Percutaneous

Nephrolithotomy in Low Infectious Risk Population: A Report from the EDGE Consortium. Chew BH, et al. *J Urol.* 2018. doi: 10.1016/j.juro.2018.04.062.

86 pacientes com urocultura negativa com indicação de Nefrolitotripsia percutanea foram randomizados em dois grupos: 1- pacientes receberam macrodantina 7 dias antes da cirurgia e 2- pacientes não receberam nada. Ambos os grupos receberam antibiótico profilático na sala cirurgica. Não houve diferença estatística entre os grupos com relação ao desenvolvimento de sepse.

10. Natural History of Conservatively Managed Ureteral Stones: Analysis of 6600 Patients. Yallappa S, et al. *J Endourol.* 2018 May;32(5):371-379. doi: 10.1089/end.2017.0848.

Metanálise envolvendo 6642 pacientes submetidos a tratamento conservador na ureterolitíase, sem uso de nenhuma medicação. 64% dos pacientes expeliram seus cálculos. Média de tempo para resolução foi de 17 dias. 75% dos calculos <5mm e 62% dos cálculos >5mm foram expelidos.

Debatedores:**Ariê Carneiro**

Urologista do HIAE. Ex-Residente da Disciplina de Urologia da FMABC

Eduardo Pedroso

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Grupo de Uro-oncologia

Fernando Korkes

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Responsável pelo grupo de uro-oncologia

Câncer de próstata

Paciente de 62 anos sem queixas miccionais procura urologista para avaliação de rotina. Faz uso de anti-hipertensivo devido HAS leve e controlada. Refere que sempre faz exames de rotina e seu PSA nos últimos anos era motivo de preocupação, visto que “sempre se apresentou entre 3 e 3,7”. Nega antecedentes familiares de doenças prostáticas.

Ao exame físico, devido ao biotipo, houve dificuldade em atingir a base da próstata durante o toque, porém a glândula parecia aumentada, lisa e sem nódulos.

URO ABC: Em relação ao screening de próstata, com qual idade o Sr recomenda que os homens iniciem seus exames?

› **Ariê Carneiro:** O racional de realizar o rastreamento universal de toda a população masculina (sem considerar fatores de risco como raça e história familiar, por exemplo) é controverso; pois eleva de forma significativa o número de biópsias desnecessárias e do diagnóstico do CaP de baixo risco, expondo os pacientes aos riscos inerentes de um procedimento invasivo e aumentando a taxa de tratamentos sem benefício de tempo de sobrevivência. Individualizar a abordagem é fundamental neste sentido. A identificação de pacientes com risco de desenvolver a doença de forma mais agressiva ou mais precoce, através de parâmetros clínicos e/ou laboratoriais, pode ajudar a otimizar a indicação do rastreamento e a frequência que o mesmo deve ser realizado. Atualmente a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado, para uma avaliação individualizada e iniciar o rastreamento anual com toque retal e PSA. Aqueles da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. Após os 75 anos poderá ser realizado apenas para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos.

O ponto fundamental do rastreamento é a ampla discussão e orientação dos pacientes sobre os riscos e benefícios. O paciente incluído em um programa de rastreamento deve estar ciente de todas as possibilidades, incluindo:

A realização de uma biópsia desnecessária e das morbidades relacionadas a ela.

O diagnóstico de um câncer inicial, de baixa agressividade biológica, que não necessitará obrigatoriamente de um tratamento radical.

A idade, a raça e a história familiar apresentam-se como os mais importantes fatores de risco e devem ser levados em consideração na decisão de quando os exames de rotina devem ser iniciados

Paciente retorna com os exames solicitados: USG demonstra próstata de 60 gramas. Bexiga normal e resíduo pós miccional de 48ml. PSA: 3,2ng/dl e relação PSA/PSAt de 19%.

URO ABC: Como você interpreta estes resultados e qual seria sua orientação?

› **Eduardo Pedroso:** Homens com PSA entre 3,1 e 4 apresenta uma chance de terem câncer de próstata em 26%, porém somente 7% com Gleason igual

ou maior que 7. Algumas estratégias podem ser usadas para aumentar a acurácia do PSA. A primeira é calcular a densidade através da razão do PSA pelo volume prostático, no caso de 0,05 neste paciente. Valores menores que 0,15 sugerem hiperplasia prostática e maiores que 0,15-0,20 sugerem neoplasia prostática. A segunda é a relação do PSA livre sobre o PSA total, que neste paciente é de 19%. Valores maior que 15% sugerem hiperplasia prostática. Com estes resultados mais a idade, ausência de sintomas e toque retal normal fico seguro de aguardar 3 meses e repetir o PSA. Sem se esquecer que a RNM multiparamétrica da próstata, apesar de não ser um exame standard nesta situação, pode dar informações adicionais ao caso.

› Fernando Korkes: O paciente em questão apresenta um PSA elevado, sem um seguimento muito preciso anterior. A dinâmica do PSA é um dos fatores mais importantes a ser considerado, e quando não há uma história precisa precisamos levar em conta também outros fatores associados a este marcador, como seu valor absoluto, densidade do PSA, relação entre PSA livre e total, PSA de acordo com a idade. O paciente em questão apresenta uma baixa densidade de PSA (PSA/volume prostático menor de 15%), contudo uma relação entre PSA livre e total em uma zona cinzenta (entre 14 e 20%) e principalmente um valor absoluto de PSA elevado (maior de 2,5ng/dl). Levando estes fatores em consideração, caso a realização de uma ressonância magnética multiparamétrica fosse possível, seria uma boa alternativa. O seguimento de perto dos níveis de PSA também seria uma alternativa para este homem.

URO ABC: Em casos como este, onde o paciente assintomático apresenta próstata aumentada, você cogitaria utilizar inibidores da 5 alfa redutase ?

› Eduardo Pedroso: Neste momento, como se está investigando a possibilidade de neoplasia de próstata e paciente assintomático, não acho necessário e nem conveniente o uso, pois além de não trazer benefícios clínicos pode alterar a cinética do PSA.

Paciente retorna em 6 meses seguindo a orientação médica. Ainda assintomático, traz PSA: 3,98ng/dl (relação livre/total: 19%) e ao exame de toque, houve a percepção que a borda direita da próstata apresentava-se pouco mais espessa e irregular.

URO ABC: Com estes exames, qual seria sua conduta?

› Ariê Carneiro: A distinção entre aumento de PSA causado por patologia benigna ou maligna é difícil de ser realiza-

da. Com isso, estratégias de refinamento da análise do PSA têm sido aplicadas para auxiliar essa avaliação (densidade do PSA, velocidade de crescimento do PSA, PSA de acordo com a idade, fração livre, entre outros). A análise dinâmica do PSA também é importante, pois flutuações dos valores podem ocorrer de maneira fisiológica, porém alguns estudos demonstraram que seu aumento rápido e progressivo está mais correlacionado com o CaP. O PSA produzido por células neoplásicas, em geral, não é submetido aos processos proteolíticos intracelulares, resultando em maior fração de PSA ligado à ACT (alfa-1-antiquimiotripsina) e assim a uma menor porcentagem de PSA livre, sendo importante sua mensuração. Como este paciente possui o exame clínico alterado e um aumento do PSA significativo no período, a biópsia de próstata já esta indicada. No entanto, eu realizaria antes uma ressonância nuclear magnética multiparamétrica, com o objetivo de identificar possíveis lesões alvo para guiar a biópsia por fusão. Com a melhora da tecnologia da ressonância multiparamétrica da próstata, e experiência dos radiologistas a acurácia na identificação da lesão índice vem crescendo de forma significativa e com isso a RNM está sendo cada vez mais utilizada antes mesmo da biópsia para auxiliar na indicação e guiar a biópsia de áreas alvo com fusão de imagens.

› Fernando Korkes: Este paciente apresenta indicação formal de biópsia prostática, devido à elevação do PSA e alteração ao exame clínico. Caso esteja em um serviço com dificuldade de acesso a exames mais complexos, a biópsia randômica é a indicação. Contudo, atualmente sabemos que é possível aumentar a acurácia diagnóstica. Desta forma, podemos ter um diagnóstico mais preciso e utilizando-se o sistema PI-RADSV2, o mais utilizado atualmente, conseguimos avaliar a presença de áreas suspeitas para adenocarcinoma e orientar a biópsia, seja por fusão entre imagens de ressonância com as do ultrassom ou por fusão cognitiva.

Solicitada ressonância multiparamétrica de próstata

Próstata de topografia e morfologia habituais, medindo 5,5 x 4,4 x 5,6cm (volume aproximado de 70,4cm³).

Caracterizam-se áreas justapostas de hiposinal em T2, restrição à difusão e perfusão positiva, localizadas na zona periférica posterior direita, estendendo-se do terço médio ao ápice, medindo, em conjunto, 2,8cm no maior eixo (longitudinal).

Glândula interna prostática expandida, heterogênea, sugerindo hiperplasia da zona transicional, determinando impressão sobre o assoalho vesical (projeta-se em torno de 0,7cm em direção ao assoalho vesical), sem áreas suspeitas.

Não foram caracterizados sinais de extensão extracapsular das alterações supracitadas.

Conclusão

Muito alta probabilidade de doença neoplasia significativa (PI RADS 5).

URO ABC: Em casos como este, onde existe uma suspeita de neoplasia, como vc se comporta em relação à ressonância magnética? Sempre solicita antes da biópsia? Em quais situações você contempla a utilização deste exame?

› **Fernando Korkes:** Pessoalmente, há anos não indico biópsia de próstata sem uma avaliação por ressonância magnética prévia. Em casos como este, em que a suspeita é forte para adenocarcinoma, com cT2 ao toque retal, pode-se cogitar a realização de PET-REMA-PSMA (exame que combina a tomografia por emissão de pósitrons com PSMA marcado com gálio-68 e a ressonância magnética). Apesar de ser um tema ainda bastante controverso, o racional seria de fazer um único exame que já auxilia no diagnóstico, orientando para biópsia áreas suspeitas tanto pela imagem da ressonância como a do PET-PSMA, já permite o estadiamento da lesão primária, de linfonodos, ossos e vísceras caso haja confirmação do diagnóstico. Contudo há limitações financeiras para esta conduta que devem ser consideradas.

Devido ao resultado da ressonância, foi solicitada biópsia de próstata cujo resultado revelou Adenocarcinoma Gleason 8(4+4) no ápice e terço médio à direita.

URO ABC: Como você conduziria este caso agora? Novos exames e conduta sugerida ao paciente.

› **Eduardo Pedroso:** com o diagnóstico de uma neoplasia de próstata T2a clínico de alto risco, sugiro estadiamento com cintilografia óssea de corpo total e tomografia computadorizada de abdome total.

Caso estadiamento negativo, sugiro prostatectomia radical pela via referida do cirurgião e linfadenectomia pélvica estendida. Novos dados sugerem que a via laparoscópica assistida pelo robô tem vantagens no sangramento, no tempo de internação e recuperação mais precoce da continência urinária e função sexual, porém ainda sem resultados oncológicos a longo prazo.

A radioterapia de intensidade modulada (IMRT) ou arcoterapia volumétrica modulada (VMAT) de altas doses 74-80 Gy + hormonioterapia adjuvante pode ser oferecida como alternativa a cirurgia. Terapias focais com crioterapia ou radiofrequência só devem ser oferecidas em casos selecionados, incluídos em protocolos de pesquisa.

› **Ariê Carneiro:** Este paciente possui um tumor de alto risco e com isso deve ser submetido a exames de estadiamento. No CaP é recomendado o estadiamento clínico com tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome e pelve para todos os pacientes com expectativa de vida longa (superior a 10 anos em casos de risco intermediário e superior a 5 anos em casos de alto risco) e com: PSA>20 ng/ml, estadiamento clínico T3 ou T4 ou escore de Gleason >7. A cintilografia óssea (CO) deve ser realizada em pacientes com escore de Gleason ≥7, suspeita clínica ou radiológica de doença localmente avançada ou PSA>10ng/ml(51). Novas tecnologias envolvendo estudos funcionais têm sido desenvolvidas e cada vez mais utilizadas. Na minha prática clínica, sempre que possível eu solicito um PET-PSMA para pacientes de alto risco. Pesquisadores australianos avaliaram o papel do PSMA-PET/CT no estadiamento de 38 pacientes com câncer de próstata com recidiva bioquímica, a maioria após a cirurgia. O nível do PSA na recidiva correlacionou-se diretamente com a acurácia do método: pacientes com o PSA menor que 0,5ng/ml, o PSMA-PET/CT identificou a recidiva e sua localização em 50% dos casos; PSA entre 0,5-2,0ng/ml em 71%. O PSMA-PET/CT foi superior ao outro radiofármaco utilizado no estudo (18F-fluoromethylcholine). Em outro estudo, o PSMA-PET/CT modificou o tratamento em 63% dos casos [Dados ainda não publicados. Estudo apresentado no congresso da ASCO 2017].

A perspectiva é que este exame não seja somente utilizado na avaliação do paciente com recidiva bioquímica, mas no estadiamento primário do paciente de alto risco.

Exames de estadiamento (cintilografia óssea e tomografia de abdome total e pelve) não revelaram sinais de lesões secundárias. Submetido à prostatectomia radical aberta convencional e linfadenectomia estendida sem intercorrências. Resultado anátomo patológico: AdenoCa Gleason 7 (4+3) com margens negativas e 14 linfonodos sem acometimento.

URO ABC: Como você interpreta este downgrade? Esta situação é habitual?

› **Fernando Korkes:** Segundo a série do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, downgrading ocorre em cerca de 10% das prostatectomias radicais. Há alguns estudos demonstrando que a utilização de ressonância magnética tem o potencial de reduzir esta ocorrência. No caso em questão, a conduta clínica não se altera, apesar do paciente mudar de grupo de risco, de alto para intermediário.

URO ABC: Como você seguiria e quais as recomendações que você dá a este paciente logo após a cirurgia?

› **Ariê Carneiro:** É de fundamental importância o paciente ser amplamente orientado sobre os cuidados e planejamem-

to pós-operatório para reabilitação funcional e seguimento oncológico. De forma protocolar forneço um documento ao paciente constando as principais orientações, entre elas as principais são:

1. Retirada da sonda vesical entre 7 e 10 dias após a cirurgia.
2. Após a retirada da sonda oriento, enfaticamente, que pode haver perdas involuntárias de urina. Neste caso oriento o paciente já trazer um absorvente masculino (Dryman ou cueca descartável Plenitude) no dia da retirada da sonda.
3. Para reabilitação da continência oriento:

Contração de esfíncter urinário várias vezes ao dia: 3 séries de 10 contração e relaxamento e 1 série de 10 segundos mantendo a contração contínua.

Quando estiver sentado, deitado ou até mesmo saindo do carro, sempre lembrar de contrair o esfíncter antes de se levantar (re-educação da musculatura)

Durante micção "cortar" o jato urinário cerca de 3 vezes.
4. Oriento não pegar peso e fazer exercícios pesados por 60 dias. Pode e deve andar, mas não faça caminhadas forçadas ou corra.
5. Dirigir após 20 dias da cirurgia.
6. Tomar cialis 5mg 1x/dia. Iniciar após 10 dias da cirurgia. Se for possível, pode ter relações após 30 dias. A reabilitação da ereção será dinâmica e progressiva de acordo com a recuperação.
7. Fazer exame de PSA após 30 dias.

› **Eduardo Pedroso:** por se tratar de um um câncer de próstata de risco intermediário. esclareço ao paciente que ele tem um risco de recidiva de 25-50% em 5 anos. Deve realizar um PSA em 6 semanas. Se PSA <0,01, deve repetir em 3, 6 e 12 meses e a cada 6 meses por 3 anos e depois anualmente. Exame de imagens a principio não são necessários.

Paciente evoluiu bem, com padrão miccional satisfatório sem incontinência. Ereção parcial com utilização de inibidores da 5 fosfodiesterase. Não conseguiu ainda penetração durante intercurso. No 3º mês pós operatório realizou dosagem do PSA e o valor encontrado foi 1,41ng/dl.

URO ABC: O que pode estar ocorrendo? Como abordar esta situação?

› **Ariê Carneiro:** Me chama atenção o fato de ser um paciente de risco intermediário (ISUP 3), margens negativas e linfadenectomia estendida, aparentemente bem realizada (14 linfonodos negativos), apresentar um PSA tão elevado em um pós operatório precoce. Esse paciente, não zerou o PSA e isso nos faz pensar em 3 hipóteses:

1. Doença residual
2. Tecido prostático benigno residual
3. Doença sistêmica

Para elucidar o caso eu solicitaria uma revisão da patologia e também um PET-RM PSMA. Neste caso em especial, eu optaria por utilizar o PET PSMA com ressonância, se disponível, pois já realizaria uma avaliação local convencional.

Foi solicitado ao paciente a realização de um PET-PSMA que demonstrou área de captação na loja prostática, logo abaixo da anastomose vesico-uretral.

URO ABC: O exame de PET-PSMA é um exame recentemente incorporado em nossa rotina. Quais suas principais indicações e utilidade?

› **Fernando Korkes:** O PET-PSMA é um exame de tomografia por emissão de pósitrons com PSMA marcado com gálio-68. Apesar de ainda não ser aprovado pelo FDA, nos EUA, tem sido muito utilizado em países da Europa e no Brasil. Sua principal indicação atualmente é a avaliação de recidiva bioquímica após prostatectomia radical. Neste contexto, apresenta sensibilidade crescente para detecção de doença de acordo com os níveis de PSA:

0-0,2 ng/dL:	42%
0,2-1,0 ng/dL:	58%
1,0-2,0 ng/dL:	76%
>2,0 ng/dL:	95%

Contudo, é um exame que apresenta enorme potencial em diversos outros cenários do tratamento de homens com câncer da próstata. Apresenta sensibilidade muito maior do que TC/REMA para avaliar acometimento linfonodal (53% vs. 25%) e muito maior do que a cintilografia óssea para detectar metástases ósseas (100% vs. 57%). Identifica também a lesão primária na próstata intacta, podendo orientar no diagnóstico e direcionamento para biópsia. Neste contexto, de acordo com a intensidade de captação de PSMA na próstata pode-se a prever o escore de Gleason da biópsia do tumor primário. Pode ser utilizado, portanto não somente para avaliação da recidiva bioquímica como também pré-biópsia prostática para orientar o local a ser biopsiado e para estadiamento pré-tratamento de pacientes com doença de alto risco. Uma grande vantagem seria o fato de um único exame poder avaliar a próstata, estadiar linfonodos, ossos, pulmão e vísceras. A principal limitação atualmente é o custo relativamente alto.

URO ABC: E se você não dispusesse deste exame? Provavelmente outros exames não revelariam este achado. Como conduzir?

› **Eduardo Pedroso:** A persistência de PSA elevado pós tratamento radical indica doença residual, principalmente

recidiva local. A dificuldade é diferenciar micrometastases de recidiva local. Neste caso uma nova cintilografia óssea e uma nova RNM seriam os exames solicitados caso não houvesse a possibilidade da realização da PET. Caso os exames não mostrassem a localização do tumor a terapia sugerida e discutida com o paciente (pensando nos efeitos da Rt na continência e na função sexual) seria Rt + hormonioterapia. Estudos de nível 1 de evidência sugerem que a radioterapia associada a hormonioterapia, em pacientes sem evidência de metástases a distância ou linfonodal, aumentam a sobrevida global e diminuem o aparecimento de metástase.

URO ABC: As características clínicas e os exames radiológicos pré-operatorios, assim como o resultado anátomo-patológico com margens livres sugeriam doença localizada. Existe alguma explicação possível para este comportamento detectado no pós-operatório?

› **Ariê Carneiro:** Bom, pra ser honesto, acho que as características clínicas e anatomo-patológicas deste caso falam muito mais a favor de doença a distância se considerar que inicialmente era de alto risco, com margem negativa e o PSA não zerou ou de tecido prostático benigno residual. No entanto, se a revisão da patologia confirmar um adenocarcinoma ISUP 3 e com margem negativa, minha principal suspeita é que tecido benigno poderia ter ficado de forma inadvertida e com isso, na dúvida, eu indicaria biópsia antes de adicionar toxicidade de outro tratamento. O papel do PET-PSMA em diferenciar tecido residual benigno versus tumor não é muito bem conhecido, no entanto em casos que realizamos o exame para estadiamento, temos observado um maior SVU na área de neoplasia. Já tive casos de suspeita de recidiva local com SUV elevado e optei por tratamento direto. Outra ferramenta interessante nesses casos é a dinâmica do PSA, sem tecido neoplásico o padrão de crescimento costuma ser progressivo.

URO ABC: Qual conduta deve ser tomada agora?

› **Fernando Korkes:** Em um paciente com persistência bioquímica pós-prostatectomia radical, deve-se considerar como possibilidades a persistência de doença em loja prostática, a presença de metástases linfonodais pélvicas ou a presença de doença sistêmica. Com a incorporação do PET-PSMA temos observado muitas vezes doença em regiões que não costumávamos avaliar, como os linfonodos pélvicos pré-sacrais e coto de ducto deferentes por exemplo. O PET-PSMA, se realizado, pode orientar a decisão entre radioterapia e/ou hormonioterapia. Para doença localizada na loja prostática, deve-se irradiar a loja prostática. Para doença em linfonodos pélvicos, deve-se considerar a radioterapia pélvi-

ca (ou linfadenectomia de resgate em casos selecionados). Para doença sistêmica, a hormonioterapia é a indicação atual. Caso este exame não seja disponível e a cintilografia/tomografia sejam negativas, deve-se considerar a radioterapia de loja prostática e pelve de forma adjuvante.

› **Ariê Carneiro:** Se confirmado doença local, esse paciente necessita de um tratamento complementar. Teoricamente, para ser chamado de adjuvância o PSA teria que ter zerado. No entanto tanto estudos de adjuvância (SWOG por exemplo) e de recidiva (RTOG por exemplo) incluíram pacientes com PSA que não zerou.

Nesse caso em especial, utilizando como referência os estudos de adjuvância ele possui indicação de radioterapia. Existem 3 estudos prospectivos e randomizados que mostram benefício da adjuvância nesse cenário (SWOG 8794, EORTC e o ARO).

Existe dúvida na literatura qual o momento ideal da radioterapia (Adjuvante versus resgate) em pacientes que zeram o PSA, o estudo RADICAL esta em andamento e responderá esta questão.

A radioterapia da pelve no mesmo tempo é motivo de muita discussão, de forma geral os estudos de adjuvância incluíram apenas a loja. No cenário de resgate, o GETUG eles indicaram apenas para os pacientes que não fizeram linfadenectomia estendida com com alto risco de acordo com o nomograma de PARTIN. No RTOG, a radioterapia apenas da loja em todos os casos (assumiram a pelve tratada com linfadenectomia).

Nesse caso, eu conversaria com o cirurgião sobre a linfadenectomia se eu tiver dúvida se todos os templates foram ressecados de forma adequada eu sugiro incluir o campo da pelve. Não podemos assumir o risco de deixar de tratar a pelve em duas oportunidades.

Este paciente foi submetido à 34 sessões de radioterapia sem intercorrências e sem efeitos colaterais ao término do tratamento. Durante o tratamento radioterápico recebeu 2 ampolas de análogo LH por orientação do radioterapeuta. Dois meses após o PSA estava 0,01 ng/dl.

URO ABC: A utilização do bloqueio hormonal é um consenso?

› **Ariê Carneiro:** Existem dois estudos prospectivos e randomizados que estudaram esta questão:

O estudo GETUG, francês, publicado na LANCET em 2016, avaliou de forma prospectiva e randomizada a radioterapia de resgate com ou sem terapia de privação hormonal (Goserelina por 6 meses). Neste estudo incluíram pacientes,

com PSA < 0,1 nos primeiros 6 meses e observou um ganho de sobrevida livre de progressão clínica e recorrência bioquímica com o uso do tratamento hormonal (ganho aproximado de 15%).

O estudo RTOG9601, publicado no New England em 2017, avaliou de forma prospectiva e randomizada a radioterapia de resgate com ou sem terapia de privação hormonal (com bicalutamida por 2 anos). Neste estudo, observou um ganho de sobrevida global em 12 anos (76% vs 71%) principalmente em pacientes com PSA maior que 1,5ng/dl na recidiva.

Assim, nesse caso, certamente haverá benefício do uso de terapia sistêmica e eu discutiria com o paciente qual dos dois esquemas ele teria preferência.

URO ABC: Como você espera o comportamento do PSA pós RT?

› **Eduardo Pedroso:** O nível do PSA após a radioterapia tende a cair de forma gradual, e pode não alcançar seu nível mais baixo até 2 anos ou mais após o tratamento. Este nível mais baixo não é igual ao paciente tratado com cirurgia radical pois a próstata não foi estripada e as células remanescentes ainda produzem uma quantidade mínima de PSA. Neste caso especificamente como se trata de possível doença resi-

dual ou recidiva local se espera que o PSA caia rapidamente e como foi feito uso de análogo LH o PSA pode se encontrar indetectável neste momento

› **Fernando Korkes:** O resultado do tratamento foi excelente. Contudo, não temos como saber neste caso se foi resultado da radioterapia ou da privação androgênica. Se a radioterapia consolidou a cirurgia eliminando células tumorais residuais, esperamos a estabilidade do PSA em valores indetectáveis. Se a privação androgênica foi a principal responsável, em algum momento futuro deve ocorrer a progressão para doença resistente à castração.

URO ABC: Você acredita que este paciente possa estar curado desta neoplasia? Como seria sua sugestão de acompanhamento?

› **Eduardo Pedroso:** Não podemos falar em cura neste momento, mas a chance de permanecer sem doença detectável por um longo período é grande. Este paciente deve ser seguido a cada 3 meses nos próximos 2 anos com PSA e toque retal. E exames de imagens devem ser solicitados a depender do PSA ou de sintomatologia específica que sugeria recidiva da doença.

Debatedores:**Fernando Lorenzini**

Doutor em Clínica Cirúrgica
pela UFPR

Membro do Depto de Andrologia
da SBU

Giuliano Aita

Urologista TiSbu – Teresina/Pi
Mestre em Ciências – Fundação
Antônio Prudente/AC Camargo
Cancer Center

Priapismo

Paciente de 23 anos sofreu queda de um muro batendo violentamente a região do períneo contra uma trave de madeira. Foi encaminhado ao Pronto Socorro onde constatou-se não ter havido nenhuma fratura ou mesmo lesão do trato gênito urinário.

Dois dias após o trauma percebeu que seu pênis estava em ereção persistente, sem dor. Manteve-se assim por mais três dias, quando procurou um urologista. Referia que neste período teve uma relação sexual e masturbou-se duas vezes, sem nenhum problema.

UROABC: Qual o seu diagnóstico?

› **Fernando Lorenzini:** O quadro clínico é altamente sugestivo de priapismo arterial.

› **Giuliano Aita:** Priapismo de alto fluxo, baseado na história de ereção peniana com duração superior a 4 horas, não dolorosa e ocorrida após trauma perineal.

UROABC: Que exames você pediria para comprovar o seu diagnóstico?

› **Fernando Lorenzini:** Gasometria do sangue cavernoso (punção aspirativa de corpo cavernoso): para confirmar as características sanguíneas arteriais.

Eco-Doppler de corpos cavernosos: pode localizar a fístula artério-cavernosa, exame este que apresenta aproximadamente 75% de sensibilidade e de 100% de especificidade.

Arteriografia seletiva: para definir a localização, a uni ou bilateralidade e o número de fistulas.

› **Giuliano Aita:** Diante da forte suspeita etiológica para o caso em questão, o manejo inicial pode ser a observação e medidas conservadoras, incluindo-se a aplicação de gelo local. Até 62% dos casos podem apresentar resolução espontânea.¹ Entretanto, para efeito de confirmação diagnóstica eu solicitaria USG doppler peniano, caso disponível. Se não disponível, a simples punção cavernosa para análise do pO₂ e pCO₂.

Priapismo não-ischêmico (alto fluxo ou arterial)

Caracteriza-se pelo aumento do fluxo arterial, na presença de retorno venoso normal, com elevação da pressão parcial de oxigênio. É comum o relato de antecedente de trauma perineal ou peniano. A ereção é indolor e o sangue dos corpos cavernosos, quando aspirado, tem coloração vermelhoclara.

A gasometria dos corpos cavernosos é do tipo arterial (PO₂>90 mmHg; PCO₂<40mmHg; pH±7,40), sem acidose ou hipoxemia.

Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia.



Ultrassonografia doppler mostrando "turbilhão" no corpo cavernoso sugerindo a presença de fístula arteriocavernosa.

UROABC: Qual a fisiopatologia da lesão ocorrida?

› **Fernando Lorenzini:** A rotura traumática da parede da artéria cavernosa, no presente caso por trauma perineal (que é a causa mais comum), leva a formação de uma fístula desta artéria para o interior do corpo cavernoso, mantendo assim um alto influxo constante de sangue arterial que é responsável pela ereção indolor (não isquêmica) permanente.

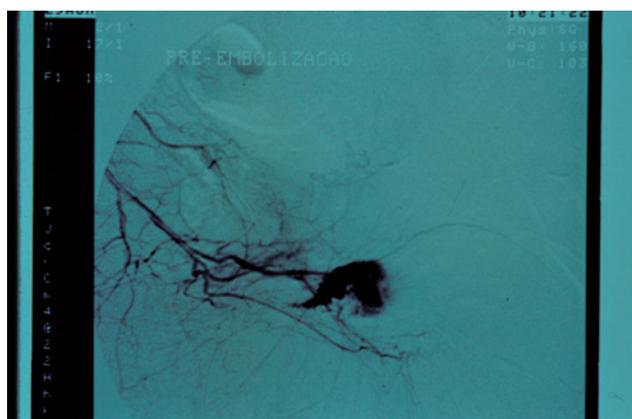
› **Giuliano Aita:** O trauma perineal determinou uma laceração na artéria cavernosa, formando uma fístula arterio-sinusoidal, aumentando, por conseguinte, o fluxo arterial para o corpo cavernoso.

UROABC: Qual o tratamento a ser proposto?

› **Fernando Lorenzini:** O tratamento pode ser conservador, uma vez que não há isquemia cavernosa.

Opcionalmente pode-se realizar a embolização ou a abordagem cirúrgica da fístula, mas existe o risco de disfunção erétil permanente, principalmente se a fístula for bilateral.

› **Giuliano Aita:** Não há um intervalo de tempo bem definido na literatura que determine de forma consensual o início do tratamento. Há que se considerar que o sangue no interior do corpo cavernoso é bem oxigenado e o risco de necrose e subsequente fibrose da musculatura lisa é baixo. Entretanto, alguns pacientes não apresentam resolução espontânea e vão requerer tratamento. O tratamento consiste na embolização superseletiva da fístula, utilizando-se material absorvível.^{2,3} É fundamental discutir com o paciente os riscos de disfunção erétil associados ao tratamento.



Arteriografia superseletiva das artérias cavernosas, mostrando extravasamento do contraste da artéria cavernosa para o corpo cavernoso.

Referências

1. Montague DK, Jarow J, Broderick GA et al. American Urological Association guideline on the management of priapism. J Urol 2003; 170:1318-24.
2. Salonia A, Eardley I, Giuliano F et al. European Association of Urology guidelines on priapism. Eur Urol 2014;65:480-9.
3. Muneer A, Ralph D. Guideline of guidelines: priapism. BJU Int. 2017 Feb;119(2):204-208.

NOTÍCIAS DA DISCIPLINA

Guilherme Andrade Peixoto

Preceptor da Disciplina de Urologia da FMABC

Anis Taha

Preceptor da Disciplina de Urologia da FMABC

Eventos:

1. No dia 12 de abril de 2018 realizou-se o **“Curso de Implante de Esfíncter Artificial Urinário para Tratamento da Incontinência Urinaria Masculina”** no Hospital Estadual Mário Covas da FMABC, em parceria com a Boston Scientific. As aulas e as cirurgias foram ministradas pelo Dr. Bahaa Malaeb da University of Michigan - EUA.



2. Entre os dias 11 e 13 de março ocorreu o curso **PROTEUS INTENSIVÃO** da Sociedade Brasileira de Urologia no centro de convenções Rebouças em São Paulo. O curso foi promovido pela SBU-SP, tendo como um dos coordenadores o Dr. André Farinhas Tomé (FMABC). Diversos professores e assistentes da Disciplina de Urologia da FMABC ministraram aulas durante o evento: Dr. Fabio José Nascimento, Dr. Luis Alexandre Villares da Costa, Dr. Eduardo Augusto Corrêa Barros, Dr. Marcello Gava, Dr. José Ferreira da Rocha Grohmann, Dr. Alexandre Saad Feres Lima Pompeo, Dr. Edmir Cherit, Dr. Leonardo Dr. Seligra Lopes, Dra. Maria Cláudia Bicudo Furst, Dr. André Luiz Farinhas Tomé, Dr. César Juliano e Dr. Oséas de Castro Neves.





NOTÍCIAS DA DISCIPLINA

- Entre os dias 18 e 21 de maio de 2018 ocorreu em São Francisco (Califórnia) o **113º Congresso Americano de Urologia – AUA**, com a presença de diversos professores e assistentes da Disciplina da FMABC. O evento é considerado um dos mais importantes do mundo na área de Urologia.



-
- As reuniões do **"Journal Club"** seguem a todo o vapor nas primeiras segundas-feiras de cada mês. Presidida pelo Prof. Dr. Sidney Glina, conta sempre com a presença de professores convidados. Considerada como atividade obrigatória para a formação dos residentes pela Comissão de Ensino e Treinamento da SBU, a Disciplina de Urologia da FMABC, além de manter uma discussão da literatura atualizada, também aprimora a capacidade de interpretação e de apresentação de trabalhos científicos pelos médicos residentes da Disciplina. No último evento que ocorreu no dia 04 de junho, contou com a presença do Dr. Mário Henrique E. de Mattos (FMABC) e do Dr. Alex Elton Meller (EPM).



5. No dia 02 de abril e 14 de maio foram ministradas as primeiras aulas do **“Curso Continuoado de Bioestatística e Interpretação de Artigos Científicos”** pelo Dr. Milton Ghirelli Filho. O curso tem por objetivo revisar conceitos para uma interpretação adequada da literatura científica.



6. Durante o Congresso da AUA 2018 o Prof. Antonio C. Lima Pompeo teve participação ativa como moderador das sessões:
- Bladder cancer - moderated session;
 - Encontro “AUA/Brazilian Portuguese Urology Program”.
- A participação do Prof. Pompeo neste grandioso evento, engrandece e representa a Urologia ABC!



Participações e publicações em Congressos

- Pazeto CL, TN Lima, JC Truzzi, N. Sumita, de Sá J, FR Oliveira, Glina S. PSA kinetics before 40 years of age. Journal of Urology. 2018.
- Carvalho IT, Baccaglini W, Claros OR, Chen FK, Kayano PP, Lemos GC, Weltman E, Kuban DA, Carneiro A. Genitourinary and gastrointestinal toxicity among patients with localized prostate cancer treated with conventional versus moderately hypofractionated radiation therapy: systematic review and meta-analysis. Acta Oncologica. 2018.
- Wroclawski ML, Baccaglini W, Pazeto CL, Carbajo C, Matsushita C, Carneiro A, Pompeo A, Glina S, Pompeo ACL, Cavalcante LB. Extrarenal Angiomyolipoma: differential diagnosis of retroperitoneal masses. Int Braz J Urol. 2018.

HOMENAGEM



Em março deste ano a Disciplina de Urologia da FMABC sofreu uma grande perda, quando Prof. Carlos Alberto Bezerra partiu precocemente após anos de luta contra o câncer de pulmão. O que mais nos admirou foi sua força física e espiritual, seu entusiasmo e sua forma serena de enfrentar a doença. Aliás, serenidade sempre foi uma invejável característica deste grande professor e amigo. Diante de momentos difíceis ou situações a serem definidas, a opinião e intervenção do “Carlinhos” eram sempre fundamentais e necessárias. Recorríamos a ele para “quase tudo” que dizia respeito à Disciplina. Sua capacidade administrativa, sua visão estrutural da UroABC e seu conhecimento em urologia o tornavam uma pessoa difícil de ser substituída... A perda do amigo querido, conciliador, divertido e sempre presente é irreparável...

Apesar de todas as merecidas homenagens já recebidas, a revista Uro ABC não poderia se furtar de prestar mais esta homenagem a seu Co-Editor, que de forma intensa e entusiasmada, sempre auxiliou na idealização e realização deste periódico, que esperamos possa auxiliar os colegas urologistas na sua prática diária.

Prof. Carlos partiu e deixou um grande vazio na “Familia UroABC”. Não está mais presente fisicamente, mas sempre é lembrado por nós com muito carinho e seu legado nos serve como inspiração e exemplo. Que ele siga seu caminho de Luz e descanse em Paz.

Obrigado Carlinhos!!

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Prof Sidney Glina

Co-editores e Organizadores da revista UroABC.

O curso de pós-graduação em sexologia tem como fundamentos teóricos estudos de pesquisadores que apontam para a necessidade do desenvolvimento de conhecimentos específicos relativos à sexualidade humana. O eixo central deste curso é a informação científica sobre a sexualidade e o desenvolvimento de uma postura educadora e/ou clínica sem ambiguidades ou distorções.

Para tanto, o conhecimento anatomofisiológico da sexualidade (infantil, adolescente, adulta e na velhice), o papel do afeto e da cognição (por meio dos progressos médicos-psicológicos dos últimos 60 anos), os aspectos orgânicos, com possibilidades terapêuticas oferecidas pela farmacologia, cirurgia, nutrição e fisioterapia, interferindo na expressão e manifestação da sexualidade, a visão sociológica, filosófica e antropológica da sexualidade delineiam o caminho a ser percorrido neste curso de pós-graduação.

◆ PÚBLICO ALVO

Profissionais graduados em curso superior reconhecido pelo conselho nacional de educação nas áreas de saúde, educação, comunicação, psicologia, serviço social e outros profissionais interessados no tema.

◆ COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

- ◆ Prof^ª Dra. Margareth de Mello Ferreira dos Reis
- ◆ Prof^º Roberto Vaz Juliano

◆ INÍCIO DO CURSO

A partir do início de qualquer um dos módulos, pois são independentes. Faça a sua consulta.

- ◆ **Período do curso:** 24 meses.
- ◆ **Carga horária do curso:** 360 horas.
- ◆ **Horário das aulas:** Um final de semana por mês:
sábado das 8h às 18h e **domingo** das 8h às 13h.

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES

SECRETARIA DA PÓS-GRADUAÇÃO DA FMABC

☎ (11) 4993-7282 / 4993-5496

✉ posgraduacao@fmabc.br

🌐 www.fmabc.br/pos-graduacao/lato-sensu

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Av. Lauro Gomes, 2.000 - B. Sacadura Cabral
Santo André, SP - CEP 09060-870



COMUNICADO

Compareçam as reuniões da **Disciplina de Urologia**

às quartas-feiras das 8:30h às 10:30h.

Anfiteatro da Disciplina de Urologia “Prof. Dr. Eric Roger Wroclawski”

Anexo 2 - Campus FMABC

NO TRATAMENTO DA **HPB**, CONTE COM A

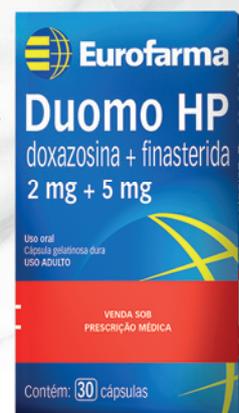
HARMONIZAÇÃO
PERFEITA*

DUOMO HP doxazosina+finasterida

A **COMBINAÇÃO HARMÔNICA EM DOSE ÚNICA****

Reduz o risco de progressão clínica da HPB, quando comparado ao tratamento com drogas isoladas.³

Menor incidência de disfunção erétil e ejaculatória quando comparado com a dutasterida.⁴



Duomo HP® (doxazosina + finasterida). USO ORAL E ADULTO. INDICAÇÕES: no tratamento da hiperplasia prostática benigna (HPB) e dos sintomas obstrutivos e irritativos relacionados à doença, para redução de risco de retenção urinária aguda e de intervenções cirúrgicas. CONTRAINDICAÇÕES: Mulheres, crianças e hipersensibilidade conhecida a qualquer um dos componentes da fórmula. PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS: Recomenda-se a realização de toque retal bem como de outras avaliações para detecção do câncer da próstata, antes do início da terapia com finasterida e periodicamente durante o tratamento. Este medicamento contém LACTOSE. Não opere máquinas ou dirija veículos, especialmente no início do tratamento com este produto. Sua habilidade para essas tarefas pode estar prejudicada. Este medicamento é contraindicado para uso por mulheres. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: A finasterida provoca redução de cerca de 50% nas concentrações séricas de PSA em pacientes com HPB, mesmo na presença de câncer da próstata. REAÇÕES ADVERSAS: vertigem, zumbido, cefaleia, hipotensão postural, disfunção erétil e na ejaculação, alterações gastrointestinais, dispneia, ginecomastia, entre outros. POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO: Um comprimido via oral, uma vez ao dia, uso contínuo. TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. M.S.: 1.0043.1076. Fabricado por: EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A. Rod. Pres. Castello Branco, km 35,6 Itapevi - SP. CNPJ: 61.190.096/0001-92. INFORMAÇÃO DESTINADA A PROFISSIONAIS HABILITADOS A PRESCREVER MEDICAMENTOS.

Contraindicações: Mulheres, crianças e Hipersensibilidade conhecida a qualquer um dos componentes da fórmula. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.
Interações Medicamentosas: A Finasterida provoca redução de cerca de 50% nas concentrações séricas de PSA em pacientes com HPB, mesmo na presença de câncer da próstata.

* Bula do produto ** A combinação harmônica se refere a associação da dose única dos dois ativos 1) McConnell JD; Roehrborn CG; Bautista OM; Andriole GL; Dixon CM; Kusek JW; Lepor H; McVary KT; Nyberg LM; Clarke HS; Crawford ED; Diokno A; Foley JP; Foster HE; Jacobs SC; Kaplan SA; Kreder KJ; Lieber MM; Lucia MS; Miller GJ; Menon M; Milam DF; Ramsdell JW; Schenkman NS; Slawin KM; Smith JA. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med; 349(25): 2387-98, 2003 Dec 18 2) Bula do produto Duomo HP 3) Marberger M. The MTOPS Study: New Findings, New Insights, and Clinical Implications for the Management of BPH. European Urology Supplements 2006;5(9):628-33. 4) Kaplan SA; Chung DE; Lee RK; Scofield S; Te AE. A 5-year retrospective analysis of 5 α -reductase inhibitors in men with benign prostatic hyperplasia: finasteride has comparable urinary symptom efficacy and prostate volume reduction, but less sexual side effects and breast complications than dutasteride. Int J Clin Pract; 66(11): 1052-5, 2012 Nov.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

 **Eurofarma**
Ampliando horizontes.