

RECOMENDAÇÕES

SBU

2012

HPB



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

RECOMENDAÇÕES

SBU

Coordenação

Aguinaldo Cesar Nardi

Marcus Vinicius Sadi

Archimedes Nardoza Júnior

Luis Augusto Seabra Rios

José Carlos Truzzi



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

Diretoria Executiva

Presidente

Dr. Aguinaldo Cesar Nardi

Vice-Presidente

Dr. Eugenio Augusto Costa de Souza

Secretário Geral

Dr. Pedro Cortado

1º Secretário

Dr. Henrique da Costa Rodrigues

2º Secretário

Dr. Antonio de Moraes Júnior

3º Secretário

Dr. Márcio Josbete Prado

1º Tesoureiro

Dr. Samuel Dekermacher

2º Tesoureiro

Dr. Sebastião José Westphal

3º Tesoureiro

Dr. João Batista Gadelha de Cerqueira

Diretor de Pesquisas

Dr. Eduardo Franco Carvalhal

Diretor de Comunicação

Dr. Carlos Alberto Bezerra

Conselho de Economia

Presidente

José Maria Ayres Maia

Membros

Salvador Vilar Correia Lima

Manoel Juncal Pazos

Paulino Granzotto

Geraldo Ferreira Borges Jr.

Suplentes

David Lopes Abelha Jr.

Francisco Ribeiro R. da Silva

Autores

Antonio Carlos Lima Pompeo

Hudson de Lima

João Afif Abdo

João Pádua Manzano

Mauro da Rocha Muniz

Rogério Simonetti Alves

Ronaldo Damião

Consultores

Aguinaldo Cesar Nardi

Archimedes Nardozza Jr.

Carlos Eduardo Corradi Fonseca

José Carlos Truzzi

Renato Prado Costa



Prezado Associado,

O papel da SBU transcende a esfera da educação continuada, influenciando nossas condutas e a relação médico-paciente. O avanço do conhecimento urológico ocorre de forma muito rápida e nos impõe uma atualização constante; além de uma análise criteriosa da literatura internacional.

A escolha da conduta e a informação aos nossos pacientes devem ser prioridade absoluta na nossa prática diária. As nossas diretrizes necessitavam de uma atualização para se adequar ao contexto atual do trabalho urológico.

A diretoria da SBU, preocupada com esta lacuna, organizou por meio da Escola Superior de Urologia, em sintonia com todos os departamentos, este importante trabalho, que irá beneficiar todos os urologistas brasileiros.

Agradecemos o esforço de todos os envolvidos neste projeto, em especial, os doutores Archimedes Nardoza Jr. e José Carlos Truzzi, que coordenaram os trabalhos.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'A. Nardi'.

Aginaldo Nardi
Presidente SBU

Projeto Recomendações

O Projeto Recomendações SBU 2012 foi elaborado pelos Departamentos da Sociedade Brasileira de Urologia e seguiu o padrão do Projeto Diretrizes, uma iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina, que tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico.

As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Metodologia empregada na elaboração

Diversas orientações para elaboração de diretrizes são encontradas na rede da Internet, mostrando pequena variação metodológica na dependência do país de origem. A metodologia selecionada no presente projeto buscou a padronização de texto

objetivo e afirmativo sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos, recomendando ou contraindicando condutas, ou ainda apontando a inexistência de informações científicas que permitam a recomendação ou a contraindicação. As referências bibliográficas são citadas numericamente por ordem de entrada no texto, seguidas do grau de recomendação A, B, C ou D. A classificação do grau de recomendação, que corresponde à força de evidência científica do trabalho, foi fundamentada nos centros de medicina-baseada-em-evidências do “National Health Service” da Grã-Bretanha e do Ministério da Saúde de Portugal.

Todos os graus de recomendação, incluindo-se o “D”, são baseados em evidência científica. As diferenças entre o A, B, C e D devem-se exclusivamente ao desenho empregado na geração da evidência.

A correspondência entre o grau de recomendação e a força de evidência científica é descrita em detalhes na Tabela 1 e está resumida a seguir:

- A- Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência;
- B- Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência;
- C- Relatos de casos estudos não controlados;
- D- Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

A utilização do grau de recomendação associado à citação bibliográfica no texto tem como objetivos principais: conferir transparência à procedência das informações, estimular a busca de evidência científica de maior força, introduzir uma forma didática e simples de auxiliar a avaliação crítica do leitor, que arca com a responsabilidade da decisão frente ao paciente que orienta.

Hiperplasia Prostática Benigna

Propedêutica

Os sintomas do trato urinário inferior (STUI) constituem uma síndrome clínica que pode ser causada por várias condições e a Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é a mais frequente dessas causas.

A avaliação inicial de um indivíduo com STUI e provável etiologia por HPB, sem doença neurológica concomitante consiste de:

- História clínica
- Questionário de sintomas I-PSS
- Exame físico incluindo Toque retal
- Exame de urina
- Dosagem de creatinina plasmática
- Dosagem do antígeno prostático específico (PSA)

História clínica

Deve abordar a condição global da saúde, a duração e natureza dos STUI, antecedentes de cirurgias, doenças neurológicas e metabólicas que possam afetar o trato urinário e uso de medicamentos. Antecedentes familiares de câncer de próstata, HPB e litíase. ^{1,3} (B)

Questionário de Sintomas I-PSS

É instrumento validado e utilizado mundialmente para quantificar os STUI. A graduação dos sintomas e do incômodo que acarretam impacto na qualidade de vida pode auxiliar na decisão terapêutica. Escores até 7 são considerados sintomas leves, entre 8-19 moderados e de 20 a 35 intensos.

Os resultados do tratamento clínico ou cirúrgico também podem ser avaliados, embora não exista uma correlação estreita com outros parâmetros (fluxo urinário, volume residual, estudo Fluxo /Pressão).

A confiabilidade do escore é afetada pelo estado cognitivo, grau de escolaridade e outras condições que interfiram com a compreensão das perguntas. ^{1,3} (D)

Exame físico (incluindo toque retal)

Os requisitos mínimos são o exame neurológico sumário e o toque retal. Deve-se pesquisar a função sensitiva e motora do perineo e membros inferiores. O exame digital da próstata deve avaliar o volume, consistência, formato e presença de nódulos, além do tônus do esfíncter anal. ^{1,3} (C)

Exame de urina

A análise dos elementos do sedimento (urina tipo 1) pode demonstrar hematúria, piúria, glicosúria, proteinúria e outras anormalidades que implicarão em necessidade de investigações complementares. ^{1,3} (C)

Dosagem do PSA

O nível do PSA guarda correlação estreita com o volume prostático e pode ser utilizado como instrumento de estimativa do volume da glândula^{1,3}. (A)

Dosagem de creatinina plasmática

O risco de perda de função renal não é significativamente maior em portadores de HPB em comparação com população geral na mesma faixa etária, entretanto o custo benefício compensa a solicitação do exame. ^{1,3}(D)

Ultrassonografia do trato urinário inferior e próstata via abdominal

Permite a avaliação do volume e formato da próstata, protrução para o interior da bexiga, medida da espessura da parede vesical, identificação de divertículos, cálculos ou tumores vesicais, além do volume urinário residual. ^{1,3} (C)

Exames Opcionais

Diário Miccional

O formulário com informações do horário, número de micções e volume de cada micção pode ser útil, em especial para indivíduos com predominância de noctúria, pois pode identificar poliúria noturna. ^{1,3} (B)

Urofluxometria

É útil quando se planeja uma terapia invasiva e para avaliar a resposta ao tratamento instituído. O fluxo máximo baixo esta associado à obstrução infravesical, porém é incapaz de diferenciar a obstrução da hipocontratilidade do músculo detrusor. ^{1,3} (C)

Volume residual

A estimativa do volume residual é realizada de maneira não invasiva pela ultrassonografia suprapúbica. Há grande variabilidade individual, principalmente nos casos de hiperdistensão vesical e portanto, não tem valor significativo como avaliação isolada. ^{1,3} (C).

Estudo Urodinâmico

É o único exame que consegue diferenciar a obstrução infravesical da hipocontratilidade do músculo detrusor. ^{1,4} (B)

Tem como desvantagem o fato de ser invasivo.

É recomendável nas seguintes condições:

- Volume urinado na fluxometria menor que 150mL
- Indivíduos sintomáticos com fluxo máximo maior ou igual a 15mL/s.
- Idade inferior a 50 anos ou superior a 80 anos
- Volume residual maior que 300mL

- Doença neurológica associada
- Hidronefrose bilateral
- Antecedente de cirurgia pélvica radical
- Falha de tratamento

Ultrassonografia Transretal

Não substitui o exame digital da próstata na avaliação rotineira do paciente com STUI por HPB, não tendo por esta razão indicação para ser realizado. ^{1,3} (D)

Ultrassonografia de Rins e vias urinárias

É recomendável quando os níveis de creatinina estão elevados, na presença de hematúria, suspeita de litíase urinária e antecedente de infecção do trato urinário alto. ^{1,3} (D)

Uretrocistografia

Pode ser realizada em pacientes com suspeita de estenose de uretra (traumática ou manipulação uretral prévia). ^{1,3} (D)

Uretrocistoscopia

Pode ser útil em pacientes com hematúria, suspeita de câncer de bexiga ou de estenose de uretra. ^{1,4}(D)

Recomendações:

1. A avaliação inicial de um indivíduo com STUI e provável etiologia por HPB consiste de: história clínica, questionário IPSS, exame físico incluindo toque retal, exame de urina, dosagem de creatinina plasmática, PSA e US do trato urinário inferior e próstata via abdominal. (B)

2. Constituem avaliações opcionais a serem recomendadas em casos selecionados: US de trato urinário superior, estudo urodinâmico, volume residual, uretrocistografia e uretrocistoscopia. (B)

3. O US transretal não substitui o toque retal. (B)

Referências:

1. McVary K, Roehrborn CG, Avins AL, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2011; 185: 1793-1803
2. Oelke M, Bachmann A, Descazeud A, et al. European Association guidelines on non-neurogenic treatment of male LUTS. *European Association of Urology*, 2011.
3. Hering F, Bendhack ML, Fonseca CEC, et al. Diretrizes em HPB. Sociedade Brasileira de Urologia, 2009.
4. Abrams P, Chapple C, Khoury S, et al. Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older man. *J. Urol* 2009; 181: 1779-1787.

Tratamento da HPB

O objetivo do tratamento é a melhoria dos STUI e da qualidade de vida do paciente, bem como prevenir complicações relacionadas com a evolução da HPB.

Vigilância ativa

Uma proporção significativa de homens com HPB não necessitam de tratamento. A observação não implica necessariamente ausência de tratamento. Podemos obter melhora nos STUI adotando algumas medidas não-farmacológicas, como a redução da ingestão hídrica noturna, a redução do consumo de caféina e seus derivados e de bebida alcoólica, evitando o uso descongestionantes e antihistamínicos.

São candidatos a vigilância ativa:

1. Homens com sintomas leves ou moderados com impacto mínimo na qualidade de vida.¹ (A)
2. Os pacientes devem ser reavaliados anualmente.¹ (A)

Tratamento Medicamentoso da HPB

1. Fitoterapia

Em decorrência da falta de evidência científica não se recomenda o uso sistemático de fitoterápicos para tratamento dos STUI associado à HPB. ² (A)

2. Alfa-bloqueadores

Os receptores alfa estão envolvidos na regulação do tônus da musculatura lisa da próstata e do colo vesical e são mediadores críticos na sintomatologia do trato urinário inferior e na fisiopatologia dos STUI devido a HPB. Por esta razão, os bloqueadores alfa são drogas de primeira linha no tratamento dos sintomas da HPB³. (A)

Alfa-bloqueadores atualmente disponíveis:

- Doxazosina
- Tansulosina
- Alfuzosina
- Terazosina
- Silodosina

Apesar de existirem pequenas diferenças entre os alfa-bloqueadores, todos são igualmente eficazes, levando a uma queda objetiva de 4 a 6 pontos do IPSS-AUA, o suficiente para a maioria dos pacientes referir melhora significativa dos sintomas. São consideradas drogas bastante eficazes como monoterapia no tratamento dos STUI associada a HPB ³ (A).

Os pacientes candidatos à monoterapia com alfa-bloqueadores são principalmente aqueles com STUI moderados a severos e com impacto na qualidade de vida. A melhora sintomática é percebida pelo paciente em até quatro semanas podendo se estender por longo período³. (A)

Os alfa-bloqueadores são eficazes no tratamento dos STUI associada à HPB, mas o seu mecanismo de ação não impede a evolução da doença, apenas o alívio dos sintomas.³ (A)

Os efeitos colaterais mais comuns de bloqueadores são astenia, tontura e hipotensão (ortostática).

3. Inibidores da enzima 5-alfa-redutase

Existem atualmente duas medicações que atuam inibindo a 5AR: a finasterida e a dutasterida. A finasterida é o inibidor seletivo da isoenzima tipo II e a dutasterida o inibidor não seletivo, inibindo as isoenzimas I e II.

Os inibidores de 5 alfa redutase podem ser prescritos a homens com sintomas do trato urinário baixo e próstata aumentada (> 40mL) ou PSA elevado (> 1,6ng/mL). Os inibidores de 5 alfa redutase podem prevenir a progressão da doença reduzindo a necessidade de cirurgia e retenção urinária aguda.^{3,8}(A)

Uma limitação ao uso da monoterapia com inibidores da 5AR é o período de ação: para a melhora sintomática dos STUI associada à HPB são necessários entre 4 a 6 meses de terapia.

Os efeitos adversos mais relevantes incluem a diminuição da libido, disfunção erétil e desordens de ejaculação. Cerca de 1-2% dos pacientes desenvolvem ginecomastia (aumento das mamas com sensibilidade na mama ou mamilo).

4. Anti-muscarínicos

Estes medicamentos tem a propriedade de inibir a ação da acetilcolina e conseqüentemente reduzem a contratilidade do músculo detrusor.

As drogas disponíveis atualmente no Brasil são:

- oxibutinina

- tolterodina
- darifenacina
- solifenacina

Os antagonistas de receptores muscarínicos devem ser considerados em homens com sintomas do trato urinário baixo que apresentam predominantemente sintomas de armazenamento vesical. 9 (B)

Essa classe medicamentosa deve ser utilizada com cautela em homens com HPB e obstrução infravesical, principalmente com resíduo pós-miccional elevado, devido a possibilidade de esvaziamento incompleto e desenvolvimento de retenção urinária aguda.⁹(C)

Os efeitos adversos mais comuns incluem boca seca, constipação, dificuldades de micção, nasofaringite, tontura, confusão mental e agitação.

5. Terapia combinada

A combinação de alfa bloqueadores e inibidores da 5 alfa redutase é um tratamento efetivo para pacientes com STUI moderados a intensos, aumento do volume prostático (>40 mL), PSA elevado (> 1,6ng/mL) e fluxo urinário máximo reduzido. O uso da terapia combinada é válido não apenas para alívio dos sintomas, mas para reduzir a progressão da HPB.³⁻⁸ A terapia combinada não é recomendada para tratamento com duração inferior a um ano.^{3,8} (A)

A terapia combinada de alfa bloqueador e antimuscarínicos deve ser considerada em pacientes com sintomas do trato urinário inferior moderados a intensos, com sintomas de armazenamento e se a melhora sintomática tenha sido insatisfatória com ambas monoterapias.^{3,8}(B)

A terapia combinada de alfa bloqueadores e antimuscarínicos deve ser prescrita com cuidado em homens com suspeita de obstrução infravesical e resíduo pós-miccional elevado.^{3,8}(B)

6. Inibidores da PDE5

Vários estudos comprovam o efeito dos inibidores da PDE5 (iPDE5) no tratamento da HPB^{10,11,12,13}(A). Os prováveis mecanismos de ação são decorrentes dos efeitos sobre o relaxamento do músculo liso, na proliferação de células endoteliais, na melhora do fluxo sanguíneo e na atividade sobre os nervos eferentes prostáticos.¹⁴ (B). Atualmente a Tadalafila (5mg 1vez ao dia) está aprovada no Brasil para o tratamento dos sintomas urinários associados à HPB. Esta indicação está baseada em estudos clínicos prospectivos, randomizados e duplo-cegos comparados com placebo que mostraram redução significativa do IPSS em doze semanas^{11,12,15}(A). Estudo prospectivo placebo-controlado de Tadalafila com Tamsulosina como comparador ativo, mostrou que Tadalafila levou a diminuição do IPSS semelhante a Tamsulosina a partir da primeira semana. Como os iPDE5 são indicados para o tratamento da disfunção erétil, esta classe terapêutica pode ser uma opção no tratamento dos pacientes que apresentam as duas patologias (DE e LUTS/HPB)^{11,12,15}(A).

Recomendações:

Homens com sintomas leves ou moderados com impacto mínimo na qualidade de vida, são candidatos à vigilância ativa. (A)

Os alfa-bloqueadores são recomendados no tratamento dos STUI associados à HPB, com melhora rápida dos sintomas, porém seu mecanismo de ação não interfere na evolução da doença. (A)

Os inibidores da 5 alfa redutase são recomendados para homens com sintomas do trato urinário inferior, próstata aumenta-

da e/ou PSA elevado. Os resultados começam a ser observados em alguns meses (4 a 6 meses) no entanto, podem prevenir a progressão da doença reduzindo a necessidade de cirurgia e retenção urinária aguda. (A)

A terapia com inibidores da 5 alfa redutase associada a alfa bloqueadores é recomendada para homens com sintomas do trato urinário inferior moderados a intensos, próstatas aumentadas e/ou PSA elevado e fluxo urinário máximo reduzido. (A)

Os antagonistas de receptores muscarínicos devem ser considerados com cautela em homens com sintomas do trato urinário baixo que apresentam predominantemente sintomas de armazenamento vesical. (B)

Os inibidores da PDE5 são recomendados no tratamento dos STUI associados à HPB. Esta classe terapêutica pode ser uma opção no tratamento dos pacientes que apresentam Disfunção erétil e STUI associados à HPB. (A)

Os pacientes devem ser alertados para os eventuais efeitos colaterais do tratamento medicamentoso do HPB. (A)

Em decorrência da falta de evidência científica não existe recomendação para o uso de fitoterápicos no tratamento dos STUI associado à HPB. (A)

Referências:

1. Wiygul J, Babayan RK. Watchful waiting in benign prostatic hyperplasia. *Current Opinion in Urology* 2009; 19: 3-6.
2. Tacklind J, MacDonald R, Rutks I, Wilt TJ. Serenoa repens for benign prostate hyperplasia. *Cochrane Database Sys Rev* 2009; 15:CD001423.
3. Bautista OM, Kusek JW, Nyberg LM et al.: Study design of the Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOP^S) trial. *Control Clin Trials*, 24: 224, 2003
4. Marberger M, Harkaway R, de la Rosette J. Optimising the medical management

of benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol.* 2004 Apr;45(4):411-9.

5. Roehrborn CG, Boyle P, Bergner D, et al. Serum prostate-specific antigen and prostate volume predict long-term outcome in symptoms and flow rate: results of a 4-year, randomized trial comparing finasteride vs placebo. PLESS Study Group. *Urology.* 1999;54:662-669.
6. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damiao R, et al. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from the CombAT study. *J Urol* 2008; 176: 616-621.
7. Clark RV, Hermann DJ, et al. Marked suppression of dihydrotestosterone in men with benign prostatic hyperplasia by dutasteride, a dual 5-alpha reductase inhibitor. *JCEM* 2004; 89: 2179-2184.
8. Boyle R, Roehrborn CG, et al. 5-alpha reductase inhibition provides superior benefits to alpha blockage by preventing AUR and BPH-related surgery. *Eur Urol* 2004; 45: 620-626.
9. Kaplan SA, Roehrborn CG, Abrams P, et al. Antimuscarinics for treatment of storage lower urinary tract symptoms in men: a systematic review. *Int J Clin Pract.* 2011 Apr;65(4):487-507.
10. Donatucci CF, Brock GB, Goldfischer ER, Pommerville PJ, Elion-Mboussa A, Kissel JD, et al. Tadalafil administered once daily for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: a 1-year, open-label extension study. *BJU International.* 2011 abr;107(7):1110-6.
11. Egerdie RB, Auerbach S, Roehrborn CG, Costa P, Garza MS, Esler AL, et al. Tadalafil 2.5 or 5 mg administered once daily for 12 weeks in men with both erectile dysfunction and signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia: results of a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *J Sex Med.* 2012 jan;9(1):271-81.
12. Oelke M, Giuliano F, Mirone V, Xu L, Cox D, Viktrup L. Monotherapy with tadalafil or tamsulosin similarly improved lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in an international, randomised, parallel, placebo-controlled clinical trial. *Eur. Urol.* 2012 maio;61(5):917-25.
13. Gacci M, Corona G, Salvi M, Vignozzi L, McVary KT, Kaplan SA, et al. A Systematic Review and Meta-analysis on the Use of Phosphodiesterase 5 Inhibitors Alone or in Combination with α -Blockers for Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia. *European Urology.* 2012 maio;61(5):994-1003.
14. Andersson K-E, de Groat WC, McVary KT, Lue TF, Maggi M, Roehrborn CG, et al. Tadalafil for the treatment of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: Pathophysiology and mechanism(s) of action. *Neurourology and Urodynamics.* 2011 mar;30(3):292-301.
15. Porst H, McVary KT, Montorsi F, Sutherland P, Elion-Mboussa A, Wolka AM, et al. Effects of Once-Daily Tadalafil on Erectile Function in Men with Erectile Dysfunction and Signs and Symptoms of Benign Prostatic Hyperplasia. *European Urology.* 2009 out;56(4):727-36.

Tratamento minimamente invasivo da HPB

Os procedimentos minimamente invasivos para tratamento dos sintomas da HPB apresentam-se como técnicas atraentes, devido a sua facilidade de realização e possibilidade de tratamento ambulatorial. Porém de um modo geral apresentam resultados clínicos insatisfatórios quando comparados aos tratamentos cirúrgicos, além de alta taxa de retratamento.

1 - Termoterapia Transuretral por Microondas (TUMT)

É a emissão de radiação de microondas através de uma antena intra-uretral proporcionando calor para o interior da próstata, o que leva à destruição tecidual, apoptose e denervação de receptores α , reduzindo assim a obstrução. A TUMT é um procedimento ambulatorial e uma alternativa para pacientes idosos com comorbidades e aqueles apresentando risco anestesiológico elevado, ou inaptos ao tratamento invasivo.^{1,3} (A)

2 - Ablação Prostática através de Agulha Transuretral (TUNA™)

Fornecer baixo nível de energia de radiofrequência para a próstata por meio de agulhas transuretrais inseridas até o parênquima prostático.

A TUNA™ é uma alternativa à RTUP para pacientes que desejam adiar ou evitar RTUP. No entanto, os pacientes devem estar cientes das expressivas taxas de re-tratamento e menor melhora dos sintomas e qualidade de vida ^{4,6}. (A)

3 - Stent prostático

É alternativa ao cateterismo vesical de demora em homens sem condições clínicas para o procedimento cirúrgico. O uso de stents requer detrusor com bom funcionamento. A inserção é realizada em ambiente ambulatorial, sob anestesia local. A colocação é confirmada por ultrassonografia abdominal ou cistoscopia. ^(7,9) (B)

4 - Injeções de etanol ou toxina botulínica

Injeções intra-prostáticas de etanol ou toxina botulínica, para homens com STUI moderado a intenso devido a HPB ainda estão em fase experimental e devem ser realizadas somente em ensaios clínicos. ^{10,12} (C)

5 – Embolização seletiva das artérias prostáticas

A embolização seletiva de artérias prostáticas para homens com STUI moderado a intenso devido a HPB ou homens com retenção urinária ainda são experimentais e devem ser realizadas apenas em ensaios clínicos. ^{13,15} (D)

Recomendações:

1. Termoterapia Transuretral por Microondas (TUMT) e Ablação Prostática através de Agulha Transuretral (TUNA™) podem ser alternativa para pacientes idosos e/ou com comorbidades que desejam adiar ou evitar RTUP. (A)

2. Stents são alternativa ao cateterismo vesical de demora em homens sem condições clínicas para o procedimento cirúrgico. (B)

Referências:

1. Hoffman RM, MacDonald R, Monga M, et al: Transurethral microwave thermotherapy vs transurethral resection for treating benign prostatic hyperplasia: a systematic review. *BJU Int* 2004; 94(7):1031-6
2. Floratos DL, Kiemeny LA, Rossi C, et al: Long-term followup of randomized transurethral microwave thermotherapy versus transurethral prostatic resection study. *J Urol* 2001; 165: 1533-8
3. Wagrell L, Schelin S, Nordling J et al. Feedback microwave thermotherapy versus TURP for clinical BPH – a randomized controlled multicenter study. *Urology* 2002; 60: 292-9
4. Cimentepe E, Unsal A, Saglam R: Randomized clinical trial comparing transurethral needle ablation with transurethral resection of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia: results at 18 months. *J Endourol* 2003; 17: 103.
5. Roehrborn C, Burkhard F, Bruskewitz R et al: The effects of transurethral needle ablation and resection of the prostate on pressure flow urodynamic parameters: analysis of the United States randomized study. *J Urol* 1999; 162: 92.
6. Hindley R, Mostafid A, Brierly R et al: The 2-year symptomatic and urodynamic results of a prospective randomized trial of interstitial radiofrequency therapy vs transurethral resection of the prostate. *BJU Int* 2001; 88: 217.
7. Guazzoni G, Montorsi F, Coulange C, et al. A modified prostatic UroLume Wallstent for healthy patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia: a European Multicenter Study. *Urology* 1994 Sep;44(3):364-70.
8. Armitage JN, Rashidian A, Cathcart PJ, et al. The thermo-expandable metallic stent for managing benign prostatic hyperplasia: a systematic review. *BJU Int* 2006 Oct;98(4):806-10.
9. Van Dijk MM, Mochtar CA, Wijkstra H, et al. The bell-shaped Nitinol prostatic stent in the treatment of lower urinary tract symptoms: experience in 108 patients.

10. Plante MK, Gross AL, Kliment J, et al. Intraprostatic ethanol chemoablation via transurethral and transperineal injection. *BJU Int* 2003 Jan;91(1):94-8.
11. Grise P, Plante M, Palmer J, et al. Evaluation of the transurethral ethanol ablation of the prostate (TEAP) for symptomatic benign prostatic hyperplasia (BPH): a European multi-center evaluation. *Eur Urol* 2004 Oct;46(4):496-501.
12. Brisinda G, Cadeddu F, Vanella S, et al. Relief by botulinum toxin of lower urinary tract symptoms owing to benign prostatic hyperplasia: early and long-term results. *Urology* 2009 Jan;73(1):90-4.
13. Nabi G, Sheikh N, Greene D, Marsh R. Therapeutic transcatheter arterial embolization in the management of intractable haemorrhage from pelvic urological malignancies: preliminary experience and long-term follow-up. *BJU Int* 2003; 92:245-247.
14. Pisco JM, Pinheiro LC, Bilhin T, et al. Prostatic Arterial Embolization to Treat Benign Prostatic Hyperplasia. *J Vasc Interv Radiol* 2011; 22:11-19
15. DeMeritt JS, Elmasri FF, Esposito MP, Rosenberg GS. Relief of benign prostatic hyperplasia-related bladder outlet obstruction after transarterial polyvinyl alcohol prostate embolization. *J Vasc Interv Radiol* 2000; 11: 767-770.

Tratamento Cirúrgico da HPB

A cirurgia da próstata é geralmente necessária para pacientes com sintomas urinários moderados ou intensos, que apresentam indicações absolutas de cirurgia: retenção urinária recorrente ou refratária, incontinência por transbordamento, infecções recorrentes do trato urinário, cálculos ou divertículos na bexiga, hematúria macroscópica devido a HPB, ou dilatação do trato urinário superior devido a HPB, com ou sem insuficiência renal. Além disso, a cirurgia é geralmente necessária quando os pacientes obtiveram alívio insuficiente dos STUI ou do resíduo pós miccional (RPM) após a instituição dos tratamentos conservadores ou medicamentosos (indicações relativas de cirurgia).

1 - Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP)

A RTUP é adequada e eficaz para o tratamento cirúrgico primário em homens com sintomas urinários do trato inferior moderados ou intensos. Este procedimento é considerado padrão para próstata entre 30 e 80 mL ^{1,5}. (A)

A RTUP bipolar é uma alternativa com eficácia semelhante a monopolar. A escolha entre monopolar ou bipolar deve ser baseada na experiência do cirurgião ⁵. (B)

Incisão Transuretral da Próstata (ITUP)

A ITUP reduz a obstrução prostática pela divisão do colo vesical e próstata, sem remoção de tecido. Nos pacientes com indicação adequada, a ITUP promove resultados equivalentes à RTUP.

A escolha entre a RTUP e a ITUP é baseada no volume prostático, de modo que próstatas < 30 mL são adequadas para ITUP.

2 - Prostatectomia aberta

Esta indicada para pacientes com próstatas maiores que 80g, ou na presença de grandes divertículos ou cálculos de bexiga. As complicações perioperatórias são maiores quando comparadas a RTUP. A prostatectomia aberta é o procedimento mais invasivo, porém o mais eficaz e duradouro para o tratamento dos STUI decorrente da HPB. ^{6,9} (A)

3 - Enucleação da Próstata com Holmium Laser (HoLEP) ou Ressecção da Próstata com Holmium Laser (HoLRP)

A ressecção é normalmente realizada em próstatas < 60 mL, enquanto a enucleação é utilizada para glândulas maiores. Estudos recentes sugerem um possível papel da enucleação transuretral como opção para os homens com próstatas maiores e em uso de anticoagulantes. A disúria é a complicação pós-operatória mais comum.

Quando comparada à cirurgia aberta, os resultados são ligeiramente inferiores, porém semelhantes aos obtidos por RTUP, e os custos são maiores, envolvendo necessidade de equipamentos

específicos. Por outro lado, a curva de aprendizagem para a enucleação com holmium laser é maior do que a de outras tecnologias.^{10,12} (A)

Com relação à taxa de complicações a longo prazo, os resultados disponíveis para a HoLEP são comparáveis a RTUP.^{10,12} (A)

4 - Vaporização fotosselativa da próstata

A Vaporização da próstata com laser leva à remoção imediata de tecido prostático e consequente redução dos STUI. A vantagem do procedimento é o fato de não haver material para estudo anatomopatológico. Os escores dos sintomas melhoraram de forma consistente em todos os estudos, assim como escores de QV e fluxo urinário máximo.^{13,15} (B)

A segurança intra-operatória para pacientes anticoagulados ou de alto risco cardiovascular é superior a RTUP e deve ser considerada.^{13,15} (B). A disúria é a complicação pós-operatória mais comum.

5 - Prostatectomia simples laparoscópica ou robótica

A Prostatectomia simples laparoscópica ou robótica pode ser realizada como alternativa à cirurgia aberta para próstatas grandes, porém a cirurgia geralmente é mais demorada, requer maior treinamento e curva de aprendizado longa. Não há dados publicados suficientes para embasar uma recomendação de tratamento.^{16,17}

Recomendações:

A RTUP monopolar é o procedimento cirúrgico padrão para próstatas entre 30 e 80 mL e STUI moderados a intensos devido a HPB e STUI refratário ao tratamento medicamentoso. (A)

A ITUP é alternativa a RTUP e pode ser recomendada para próstata < 30 mL. (B)

A prostatectomia aberta é a primeira opção de tratamento cirúrgico em homens com próstatas > 80 mL, STUI moderado a intenso devido a HPB e STUI refratário ao tratamento medicamentoso. (A)

A vaporização fotoseletiva da próstata com laser é alternativa menos invasiva à RTUP para homens com STUI moderado a intenso devido a HPB, em próstatas pouco aumentadas. (B)

A HoLEP é alternativa menos invasiva que a cirurgia aberta para homens com STUI moderado a intenso devido a HPB e próstatas grandes. (B)

A Prostatectomia simples laparoscópica ou robótica pode ser realizada como alternativa à cirurgia aberta para próstatas grandes, porém não há dados publicados suficientes para se basear uma recomendação de tratamento. (D)

Referências:

1. Wasson JH, Reda DJ, Bruskewitz RC, et al. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate. *New Engl J Med* 1995 Jan;332(2):75-9.
2. Mayer EK, Kroeze SG, Chopra S, et al. Examining the 'gold standard': a comparative critical analysis of three consecutive decades of monopolar transurethral resection of the prostate (TURP) outcomes. *BJU Int.* 2012 Apr 30. 1-7.
3. Varkarakis J, Bartsch G, Horninger W. Long-term morbidity and mortality of transurethral prostatectomy: a 10- year follow-up. *Prostate* 2004 Feb;58(3):248-51.
4. Lourenco T, Shaw M, Fraser C, et al. The clinical effectiveness of transurethral incision of the prostate: a systematic review of randomised controlled trials. *World J Urol* 2010 Feb;28(1):23-32.
5. Issa MM. Technological Advances in Transurethral Resection of the Prostate: Bipolar versus Monopolar TURP. *J Endourol* 2008 Aug;22(8):1587-95.
6. Varkarakis I, Kyriakakis Z, Delis A et al: Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients. *Urology* 2004; 64: 306.
7. Gacci M, Bartoletti R, Figlioli S et al: Urinary symptoms, quality of life and sexual function in patients with benign prostatic hypertrophy before and after prostatectomy: a prospective study. *BJU Int* 2003; 91: 196.
8. Tubaro A, Carter S, Hind A et al: A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2001; 166: 172.
9. Helfand B, Mouli S, Dedhia R et al: Management of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia with open prostatectomy: results of a contemporary series. *J Urol* 2006; 176: 2557.
10. Kuntz R, Lehrich K: Transurethral holmium laser enucleation versus transvesical open enucleation for prostate adenoma greater than 100 gm.: a randomized prospective trial of 120 patients. *J Urol* 2002; 168: 1465.
11. Gilling PJ, Aho TF, Frampton CF, et al. Holmium laser enucleation of the prostate: results at 6 years. *Eur Urol* 2008 Apr;53(4):744-9.
12. Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai SA. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial. *Eur Urol* 2008 Jan;53(1):160-6.
13. Ruszat R, Seitz M, Wyler SF, et al. GreenLight Laser Vaporisation of the Prostate: Single-Center experience and long-term results after 500 procedures. *Eur Urol* 2008 Oct;54(4):893-901.
14. Capitán C, Blázquez C, Martín MD. GreenLight HPS 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Eur Urol.* 2011 Oct;60(4):734-9

15. Al-Ansari A, Younes N, Sampige VP. GreenLight HPS 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for treatment of benign prostatic hyperplasia: a randomized clinical trial with midterm follow-up. *Eur Urol*. 2010 Sep;58(3):349-55
16. Sotelo R, Spaliviero M, Garcia-Segui A et al: Laparoscopic retropubic simple prostatectomy. *J Urol* 2005; 173: 757.
17. Matei, D. V., Brescia, A., Mazzoleni, F., Spinelli, M., Musi, G., Melegari, S., Galasso, G., Detti, S. and de Cobelli, O. (2012), Robot-assisted simple prostatectomy (RASP): does it make sense?. *BJU International*. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11192.x



Baixe a versão digital



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

www.sbu.org.br