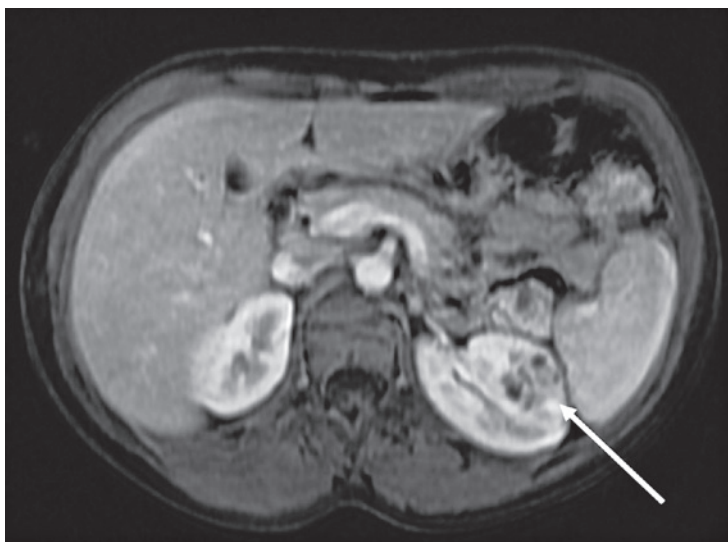




REVISTA UROABC

volume 7 - número 2 - maio-agosto/2017



Nefronia lombar à esquerda.

Atualização Terapia focal em neoplasia prostática

Interface Fisioterapia no tratamento da disfunção erétil

Revisando Conceitos Azoospermias

Casos Clínicos Urologia geral / Litíase urinária

Mesa Redonda Hiperplasia prostática benigna

Notícias da Disciplina

Eurofarma, um laboratório que **crece** junto com a **UROLOGIA**.

45 anos de história



Mais de **650** apresentações disponíveis

Entre as **3** maiores farmacêuticas brasileiras



Cerca de **6.500** colaboradores

2º laboratório mais prescrito*



Maior força de propaganda médica do Brasil

América Central e Caribe

Belize
Costa Rica
El Salvador
Guatemala
Honduras
Nicarágua
Panamá
República Dominicana

Colômbia
Equador

Peru

Bolívia

Chile

Venezuela

Brasil

Paraguai

Uruguai

Argentina

1ª multinacional farmacêutica do Brasil



Presente em mais de 20 países



Mais de 140 milhões investidos em inovação



Complexo Industrial de Itapevi
Um dos maiores parques industriais farmacêuticos da América Latina.

MARCAS PRESCRITAS PELA UROLOGIA**:

ASTRO
azitromicina

DEJAVÚ
citrato de sildenafil

DUOMO
mesilato de doxazosina

DUOMO HP
mesilato de doxazosina +
finasterida

FORITUS
cloridrato de
ciprofloxacino

MELOCOX
meloxicam

MUSCULARE
cloridrato de
ciclobenzaprina

PACO
paracetamol +
fosfato de codeína

PONDERA
cloridrato de paroxetina

PROFLAM
aceclofenaco

SINOT-CLAV
amoxicilina + clavulanato
de potássio

STUB
cloridrato de
tansulosina

TADA
tadalafila

TADA DIÁRIO
tadalafila

TAMIRAM
levofloxacino

TROK
dipropionato de betametasona +
cetoconazol

TROK-G
dipropionato de betametasona +
sulfato de gentamicina

TROK-N
dipropionato de betametasona +
cetoconazol + sulfato de neomicina



REVISTA

UROABC

expediente

Editor-chefe

Prof. Dr. Antonio Carlos Lima Pompeo

Coeditores

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra

Prof. Dr. Sidney Glina

Conselho Editorial

Dr. Alexandre Gomes Sibanto Simões

Dr. Andre Luiz Farinhas Tomé

Dr. Caio Cesar Cintra

Prof. Dr. Celso Gromatzki

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 7 - Número 2
Maio-Agosto/2017



Faculdade de Medicina do ABC

Diretor

Prof. Dr. Adilson Casemiro Pires

DISCIPLINA DE UROLOGIA DA FMABC

Professor Titular da Disciplina de Urologia

Prof. Dr. Sidney Glina

Chefe de Clínica

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra

Grupo de Urologia Geral

Dr. Paulo Kouiti Sakuramoto (Responsável)
Dr. Alexandre Gomes S. Simões
Dr. Carlos Ricardo Doi 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 Herminio Forseto Jr.
Dr. Rodrigo Dal Moro Amarante

Grupo de Disfunções da Micção

Dr. Carlos Alberto Bezerra (Responsável)
Dr. Alexandre Oliveira Rodrigues
Dr. André Luiz Farinhas Tomé
Dr. Caio Cesar Cintra
Dra. Maria Claudia Bicudo Furst
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 Bastos
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. Marcos Tobias Machado (Responsável)
Dr. Alexandre Pompeo
Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo
Dr. Eduardo Pedroso
Dr. Oséas de Castro Neves
Dr. Pedro Hermínio Forseto Jr.

Grupo de Uro-Pediatria

Dr. Fabio José Nascimento (Responsável)
Psic. Dr. Rodrigo Fernando Pereira

Grupo de DST

Dr. Edmir Choukri Cherit

Fellow de Medicina Sexual e Reprodutiva / 2017

Dr. Rafael Favero Ambar

Fellows de Laparoscopia / 2017

Dr. Eduardo Azevedo de Souza
Dr. Hermano de Carvalho Cavalcante
Dr. Rafael R. Tourinho Barbosa
Dr. Ricardo José Fontes de Bragança

Residentes 2017

Dr. Anis Taha (5º)
Dr. Cristiano Linck Pazeto (5º)
Dr. Guilherme Andrade Peixoto (5º)
Dr. Pedro Henrique Borba Leite (5º)
Dra. Maira Cristina Silva (4º)
Dr. Rafael Castilho Borges (4º)
Dr. Thiago Fernandes N. Lima (4º)
Dr. Willy Roberto C. Baccaglioni (4º)
Dr. Felipe Guerreiro Quadros (3º)
Dr. Frederico Timóteo S. Cunha (3º)
Dr. Leonardo Monteiro (3º)
Dra. Rafaela Lima Santos (3º)

Coordenadores do Curso do 4º ano

Dr. Fabio José Nascimento
Dr. Leonardo Seligra Lopes

Coordenador do Internato

Dr. Gabriel Esteves Gaiato
Dr. Leonardo Seligra Lopes

Coordenador do Programa de Residência Médica

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Psicólogos

Psic. Izilda Suzete Bozzo
Psic. Dra. Margareth dos Reis
Psic. Dr. Rodrigo Fernando Pereira

Secretária

Vanda Lourenço Schmidt

Congresso Brasileiro de Urologia – patrimônio da SBU

Nossa SBU tem uma história rica que se inicia em 1926, graças ao pioneirismo de notáveis colegas que nos antecederam... Seu fundador e primeiro presidente foi Angenor Estellita Lins, que coordenou a sessão inaugural no Rio de Janeiro, neste ano, com a presença de 13 urologistas! Entre os objetivos da Sociedade, que teve sua primeira sede no próprio consultório deste colega no Rio de Janeiro, incluíam-se o ensino da especialidade, a agregação de seus associados e a organização de um congresso brasileiro de urologia. Este foi realizado pela primeira vez naquela cidade, em 1935, e teve periodicidade irregular até 1969, quando passou a ser organizado a cada dois anos. Na atualidade a maioria reconhece, por inúmeras razões, a importância da SBU atuante na nossa vida profissional. Nosso congresso é uma referência mundial, sendo considerado o terceiro em importância, superado apenas pelo AUA e EAU. Este destaque é um grande catalisador para a presença de urologistas brasileiros e do exterior, notadamente da América Latina. É uma oportunidade ímpar para atualizações, divulgar produtividade institucional ou pessoal, além do conagraçamento entre os presentes. A Uro-ABC sempre esteve representada por numerosas delegações e participação científica marcante com apresentação de trabalhos e palestrantes. Em um desses eventos (Natal, 2013) nossa equipe conseguiu um fato inédito: foi a que apresentou maior número de trabalhos! Não temos a pretensão de afirmar que foram os melhores, o que não tira o mérito do fato.

Nossa mensagem é que todo urologista brasileiro que tiver condições deve presenciar nossos congressos (este ano em Fortaleza), pois seguramente enriquecerá seu currículo pessoal e associativo.

Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo

Editor da Revista UROABC

3	EDITORIAL Congresso Brasileiro de Urologia – patrimônio da SBU Antonio Carlos Lima Pompeo
5	ATUALIZAÇÃO Perspectivas futuras para terapia focal no tratamento da neoplasia prostática Igor Nunes-Silva, Marcos Tobias-Machado
7	INTERFACE Papel da fisioterapia no tratamento da disfunção erétil Mariane Castiglione, Sidney Glina
10	REVISANDO CONCEITOS Diagnósticos diferenciais das azoospermias: como conduzir Marcello Gava, Rafael Favero Ambar
15	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS Urologia geral Rodrigo Dal Moro Amarante Leonardo Seligra Lopes Caio Eduardo Valada Pane Edward Gomes Silva
19	Litíase urinária Rafael Castilho Borges Alexandre Augusto Monteiro Sato Mario Henrique Elias de Mattos Antonio Corrêa Lopes Neto
23	MESA REDONDA Hiperplasia prostática benigna Marcelo Langer Wroclawski Sidney Glina Carlos Alberto Bezerra Fernando Almeida
28	NOTÍCIAS DA DISCIPLINA Guilherme Andrade Peixoto Cristiano Linck Pazeto

Igor Nunes-Silva

Médico Urologista do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho – IAVC

Fellowship de Uro-Oncologia & Laparoscopia – Faculdade de Medicina ABC

Fellowship Cirurgia Robótica, L'Institut Mutualiste Montsouris, Université Paris-Descartes

Marcos Tobias-Machado

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

Médico assistente, responsável pelo programa de laparoscopia – IAVC

Perspectivas futuras para terapia focal no tratamento da neoplasia prostática

A incidência do câncer de próstata (CaP) de baixo risco tem aumentado substancialmente nos últimos anos.¹ Apesar de apresentar caráter naturalmente indolente, consideráveis taxas de 'overtreatment' ainda são verificadas e se relacionam com as morbidades das terapias radicais. Nesse contexto, a terapia focal (TF) emerge como potencial fator de mudança na prática clínica para o tratamento do CaP ao propor a possibilidade de preservação tecidual da próstata. Apesar de ainda aplicada apenas no cenário experimental de pesquisa clínica, a TF tem sido indicada para pacientes com CaP de risco baixo e intermediário (Gleason score 3 + 3 ou 3 + 4), com expectativa de vida >10 anos, em tumores unifocais ou multifocais, tendo um papel importante naqueles pacientes não elegíveis para vigilância ativa (AS) ou que recusaram a vigilância.² Dessa forma, a TF se apresenta como uma opção de tratamento ativo de baixa morbidade para este grupo de pacientes, porém evitando as possíveis morbidades relacionadas aos tratamentos radicais.

Apesar do CaP apresentar caráter multifocal, a TF tem como princípio de tratamento a ablação da lesão index (lesão de maior volume tumoral, normalmente de maior grau, correlacionada com prognóstico). O volume prostático ou tumoral não são limitantes para a TF e a ablação pode variar desde uma "targeted focal ablation" (ablação focada na lesão alvo com preservação máxima do tecido prostático), "hemiablation" (ablação da hemi-glândula) ou até uma "hockey-stick ablation" (ablação da hemi-glândula associada a ablação da região anterior ou posterior do lado contra-lateral da próstata).³ Nesse cenário, a avaliação por imagem do volume da lesão index e da geometria e volume da próstata são essenciais para execução do tratamento, sendo a ressonância nuclear multiparamétrica (mpMRI) a ferramenta de imagem de escolha e mais confiável até o momento tanto para a caracterização das lesões e guiar as biópsias prostáticas, quanto para o planejamento transoperatório da ablação e follow-up. Em relação à escolha do tipo de energia a ser aplicada, atualmente inexistem evidências consistentes baseadas em trials randomizados definindo a melhor opção em termos de resultados funcionais e oncológicos. No entanto, utiliza-se o conceito de "A la carte approach" baseando a escolha do tipo de energia de acordo com a localização do tumor na próstata, sendo HIFU, crioterapia e braquiterapia aplicados para tratamento dos tumores de localização posterior, anterior e apical, respectivamente, objetivando a otimização dos resultados funcionais e oncológicos.⁴

Por outro lado, o ponto de grande controvérsia converge em como monitorar o follow-up da TF. O consenso em relação ao follow-up advém de nível de evidência 4 e recomenda que o follow-up seja baseado na avaliação de parâmetros bioquímicos e de recorrência clínica do tumor com base em imagem (mpMRI) e avaliação histopatológica da lesão. Como parâmetros bioquímicos, são utilizados os critérios de Phoenix ou Stuttgart para definir recorrência após

a ablação. No entanto, ambos critérios apresentam baixa acurácia e são criticados por uma série de motivos, especialmente porque não foram desenvolvidos para o cenário específico de TF. Outro ponto importante é que a quantidade de tecido prostático normal remanescente e as diferentes modalidades de energia e ablação afetam diferentemente o comportamento do PSA após ablação, dificultando o seu uso como marcador de recorrência ou falha.⁵ Um terceiro conceito de recorrência bioquímica espera uma queda de 50% do valor do PSAi em 3 meses após ablação da lesão index, e caso isso não ocorra ou haja progressão a recorrência é suspeitada. Imagem com mpMRI é essencial durante o follow-up e deve ser realizada para avaliar o status da área tratada com 3 e 6 meses após ablação ou em qualquer momento no caso de suspeita de recorrência ou falha. Biópsia prostática da área tratada e não tratada devem ser realizadas dentro de 1 ano após ablação ou em qualquer momento na suspeita de recorrência. A biópsia é o único método objetivo disponível para avaliação concreta da eficácia do tratamento.⁵ Alterações nos parâmetros bioquímicos ou achados suspeitos na mpMRI desencadeiam confirmação por biópsia. As opções de tratamento para recorrência ou falha dependem das características do tumor (grau, volume e localização), variando desde AS ou re-tratamento com TF até as opções de tratamento de salvação mais radicais como radioterapia externa ou prostatectomia radical.

Apesar de que as evidências na literatura têm demonstrado segurança oncológica e adequados resultados funcionais com boa preservação de potência e continência após tratamento primário com a TF, a avaliação dos resultados oncológicos a longo prazo destes pacientes ainda não estão definidos. Nesse sentido, Nunes-Silva *et al.* recentemente demonstraram resultados oncológicos significativamente mais pobres nos pacientes submetidos a prostatectomia radical robótica de salvação após falha no tratamento primário com TF, comparado aos pacientes primariamente tratados com prostatectomia radical robótica apenas.⁶ Esses pacientes apresentaram taxas de sobrevida livre de recorrência

bioquímica (BCR) significativamente mais baixas (56,3% vs 92,4% at 2 years, $p=0,001$) e um risco significativamente mais alto de BCR (HR 4,8, 95% CI 1,67-13,76, $p=0,004$). Curiosamente, o tempo mediano global entre a TF primária e a cirurgia radical de salvação foi razoavelmente elevado [24 meses (12,75-31,25), o que pode ter potencialmente afetado os resultados oncológicos da cirurgia de salvação.⁶ Consequentemente, esse cenário traz a tona uma pergunta: O quão efetivo têm sido os métodos atuais empregados para Follow-up na predição precoce da recorrência ou falha após o tratamento primário com TF?

Nesse contexto, a TF ainda permanece uma área controversa dentro da urologia. A falta de critérios objetivos capazes de definir recorrência bioquímica e falha no tratamento primário precocemente, compõe uma das facetas ainda não resolvidas da terapia focal. Sem dúvidas as perspectivas futuras da TF passam pelo desenvolvimento de critérios bem definidos de sucesso e falha do tratamento, seja através do refinamento de novos marcadores moleculares e genéticos, ou através do aprimoramento de novos métodos de imagem mais acurados.

Referências

1. Klotz L. Active surveillance for prostate cancer: overview and update. *Curr Treat Options Oncol* 2013;14:97-108.
2. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol* 2017;71:618-629.
3. Perera M, Krishnananthan N, Lindner U, et al. An update on focal therapy for prostate cancer. *Nat Rev Urol*. 2016;13(11):641-653.
4. Sivaraman A, Barret E, van den Bos W, et al. Focal Therapy for Prostate Cancer: An "A la Carte" Approach. *Eur Urol* 2016; 69(6): 973-975.
5. Barret E, Harvey-Bryan KA, Sanchez-Salas R, et al. How to diagnose and treat focal therapy failure and recurrence? *Curr Opin Urol* 2014;24(3): 241-246.
6. Nunes-Silva I, Barret E, Srougi V, et al. Effect of Prior Focal Therapy on Perioperative, Oncologic and Functional Outcomes of Salvage Robotic Assisted Radical Prostatectomy. *J Urol*. 2017 May 24. pii: S0022-5347 (17)74439-4. doi: 10.1016/j.juro.2017.05.071. [Epub ahead of print].

Mariane Castiglione

Fisioterapeuta / Doutoranda pela FMABC

Sidney Glina

Prof Titular da Disciplina de Urologia da FMABC

Papel da fisioterapia no tratamento da disfunção erétil

Sexualidade humana

A sexualidade é exposta como um dos indicadores de qualidade de vida, sendo ela uma experiência sensorial que envolve além de aspectos genitais, mentais e corporais é formada, pelos valores individuais, comportamentos, atitudes, aparência física, emoções, personalidade, empatia, crenças, aversão e crenças espirituais, assim como as diversas influências exercidas pelo meio social. Ela é flexível e mutável, varia com o tempo e com o grupo social, sendo que do que, era proibido ou considerado incomum em épocas anteriores, hoje passou a ser permitido e aceitável e não pode ser dividida entre os componentes biológicos, psicológicos e socioculturais. Por estes fatores reforçamos o caráter interdisciplinar do tratamento das disfunções sexuais (DS) femininas e masculinas, e no caso de disfunções físicas presentes, o fisioterapeuta pélvico pode contribuir com a melhora dos pacientes.^{1,10}

Ciclo da resposta sexual

O Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais – DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) da Associação Psiquiátrica Americana (APA), determinou o ciclo de resposta sexual como um conjunto de quatro fases sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução, usando como referência os modelos propostos por Masters e Johnson e modificado por Kaplan, estudiosos da Sexologia.^{2,3}

Na Segunda Conferência Internacional sobre DS, um novo modelo circular, o da psiquiatra canadense Basson, foi sugerido para representar a resposta sexual feminina, onde a mulher pode iniciar a relação sexual sem sentir desejo, exercitar-se fisicamente e prosseguir com as demais fases, perfazendo um ciclo circular, que auto alimenta até a satisfação e resolução. A sua participação no jogo sexual ocorreria, inicialmente, por necessidade e desejo de intimidade, para agradar ao parceiro ou a si mesmo, por exemplo.^{3,4}

Classificação das disfunções sexuais femininas e masculinas

Uma vez que ocorra a incapacidade de participar do ato sexual, com satisfação, devido à alteração em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual (desejo - excitação - orgasmo - resolução) podemos considerar a possível presença de uma DS.⁹

Publicada em 2013, o DSM-5 trouxe importantes mudanças na classificação e nos critérios diagnósticos dos distúrbios sexuais:³

Classificação das disfunções sexuais femininas e masculinas – DSM-5	
302.74	Ejaculação retardada
302.72	Transtorno erétil
302.73	Transtorno do orgasmo feminino
302.72	Transtorno do interesse/excitação sexual feminino
302.76	Transtorno de dor genitopélvica/penetração
302.71	Transtorno do desejo sexual hipoativo masculino
302.75	Ejaculação prematura (precoce)
302.79	Outra disfunção sexual especificada
302.70	Disfunção sexual não especificada

Fisioterapia nas disfunções sexuais masculinas e femininas

Nos últimos anos, a fisioterapia pélvica é indicada como primeira opção de tratamento conservador, Nível A, para as disfunções do assoalho pélvico (DAP), incluindo as DS, comprovada por meio de estudos controlados onde a cura ou melhora dos sintomas variam de 50% a 97% dependendo do tipo, gravidade e programa de tratamento realizado. A fisioterapia pélvica tem como principal objetivo oferecer ao indivíduo com DS melhora das suas condições físicas para o aprimoramento da função sexual.^{4,6,7,8}

A avaliação fisioterapêutica é composta por três etapas a primeira, a anamnese; a segunda, a avaliação postural, recomendada sempre pois é sabido a importância da conexão entre o eixo postural com a manutenção das funções do assoalho pélvico, e no caso do diagnóstico de alterações posturais, as mesmas podem ser corrigidas através de terapias manuais por exemplo, a reeducação postural global, e a osteopatia.^{4,5}

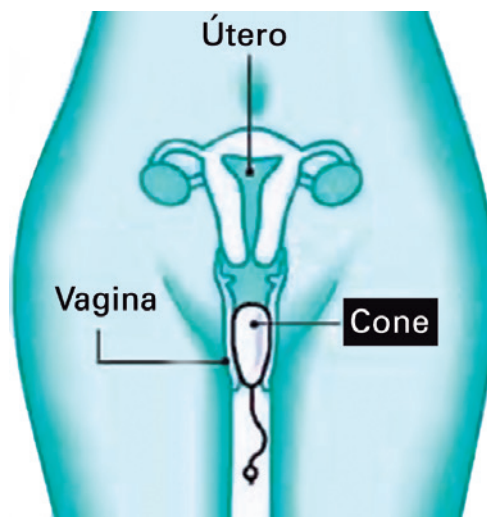
Uma queixa física associada com alteração postural é a lombalgia, frequentemente acompanhada de rigidez nos movimentos da pelve e alteração do tônus dos músculos pélvicos e membros inferiores, além de dores nas articulações coxofemorais que interferem na atividade sexual.^{1,4,10}

E a terceira etapa, o exame muscular do assoalho pélvico, permitirá avaliarmos o comportamento como, tônus e habilidade do controle muscular além, da presença de disfunções como, hipertonia, hipotonia, dores, cicatrizes, entre outras presentes que colaboram com a piora ou até mesmo com o fator causal da DS. Dentre estas alterações é comum encontrarmos presença de hipotonia em homens e mulheres com transtornos de interesse e excitação e hipertonia presente em mulheres com dor genitopélvica.^{1,4,10,15}

A literatura apresenta diversos recursos fisioterapêuticos citados abaixo para tratar as DS femininas e masculinas que

podem ser usados de forma isolada e/ou combinada, de acordo com a avaliação fisioterapêutica de cada paciente.^{1,7,11,10}

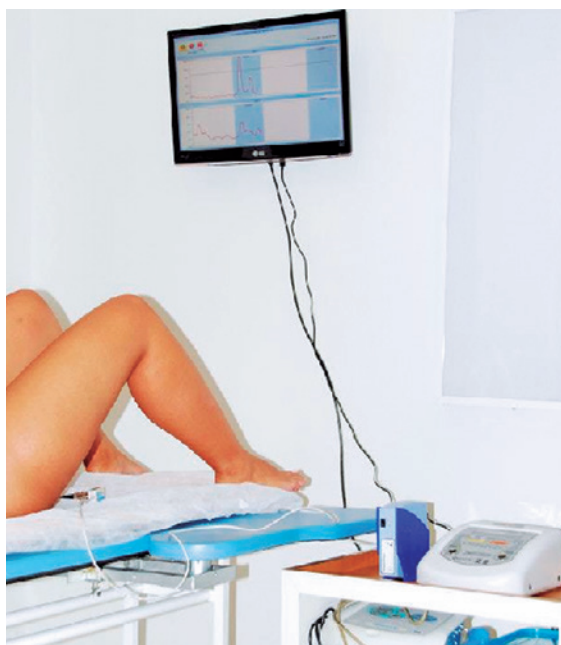
- Biofeedback: temos os modelos pressórico e o eletromiográfico ambos, oferecem estímulos visuais, auditivos e proprioceptivos e promovem a ação voluntária dos músculos do assoalho pélvico propiciando verificar a presença ou não de atividade muscular espontânea, incoordenações e sincinesias. É uma modalidade refinada que promove conscientização, e elaboração das funções musculares e são recomendados para tratar as diversas DS femininas e masculinas.^{12,18}
- Ultrassom Terapêutico: aplicado na região do períneo, proveitoso para casos de dor e hipertonia nos casos por exemplo de dor genitopélvica.^{1,4,10}
- Eletroestimulação: pode ser aplicada por via vaginal, anal e de superfície, tem como objetivos normalizar o tônus e a ação muscular através de pulsos elétricos, estimulando a função sexual, pode ser usada por exemplo, em transtornos de interesse e excitação, anorgasmia e dor genitopélvica.^{14,15,17}
- Dessensibilização genital e massagem perineal: manobras miofasciais, específicas para promover o relaxamento e facilitar a penetração.^{4,10,19}
- TMAP: exercícios funcionais específicos para os MAP, com o objetivo de melhorar a performance muscular, através da restauração ou manutenção da função muscular, bem como mobilidade, alongamento e coordenação adquiridas através dos movimentos de contração e relaxamento, podendo ser utilizados tanto para prática terapêutica como preventiva.^{10,13,14,20}
- Cone vaginal: são dispositivos intracavitários com forma e volumes variados, é inserido na vagina para promover,



Cone vaginal.

ativação de fibras musculares tipos I e II, percepção, resistência e feedback sensorial, a mulher passa a compreender a localização dos MAP, através de um mecanismo de biofeedback, pois ativa uma contração reflexa no momento que o cone vaginal desliza pela vagina.^{4,16}

- Exercícios sexuais: exercícios específicos para estimular experiências eróticas específicas para cada tipo de disfunção sexual que o paciente pode realizar individualmente ou com sua parceria, de forma privada baseados nos exercícios de Helen Kaplan (1978).^{1,4,10}



Biofeedback eletromiográfico.

Conclusão

Ressaltamos a importância do tratamento interdisciplinar das disfunções sexuais e o papel do fisioterapeuta pélvico atuando junto a equipe, conduzindo a melhora das funções físicas dos pacientes após, uma avaliação fisioterapêutica minuciosa e a escolha dos recursos fisioterapêuticos recomendados durante o tratamento.

Referências

- Rosenbaum TY, PT, Owens A, MD, PhD. The role os pelvic floor Physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain- related sexual dysfunction. *J sex med*; 2008; 5; pag. 513-518.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5*. 5ª ed. Whashington: APA, 2013.
- AbdoCHN. *Sexualidade Humana e seus transtornos*. Casa leitura médica. 5ª edição. 2014.
- Baracho E, et al. *Fisioterapia Aplicada a Saúde da Mulher*. 5ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan, 2014. ISBN: 978-85-277-2104-2.
- Fozzatti MCM, Palma P, Herrmann V, Dambros M. Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):17-22.
- Neumann PB, Grimmer KA, Deenadyakan Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment os stress urinary Incontinence in women: a systematic review. *BMC Women's Health* 2006;6:11. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/6/11> [citado 05 Jan 2010].
- Petros PP. The female pelvic floor: function, dysfunction and management according to the integral theory. [on line] 2007. Disponível em: <http://www.integraltheory.org> [2007 Aug 30].
- Bo K, Morkved S, Frawley H, Sherburn M. Evidence an benefit of transverses abdominis training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary Incontinence: a systematic review. *Neurourol Urodyn* 2009b;28:368-73.
- Glina S, Anker C. *Manual prático de condutas em Medicina Sexual e Sexologia*. Ed. Santos.200.
- Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J.Sex, Marital Ther.* 2005;31(4):329-40.
- Dumoulin C, Hay-Smith J Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary Incontinence in women. A Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44:47-63.
- Capellini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic Floor Exercises with Biofeedback for Stress Urinary Incontinence. *International Braz J Urol* Vol. 32(4):462-469, July - August, 2006.
- Antonioli RDS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev. Neurocienc.* 2010;18(2);267-274.
- Lavoisier P, Roy P, Dantony E, Watrelot A, Ruggeri J, Dumoulin S. Pelvic floor muscle rehabilitation in Erectile Dysfunction and premature ejaculation. *Physical Therapy* 2014. N 12; v 94; pag. 1731-1743.
- Moreno AL, et al. *Fisioterapia em Uroginecologia*. 2ed. Barueri, SP. Manole, 2009. ISBN: 978-85-204-2716-3.
- Haddad J, Ribeiro RM, Bernardo WM, Abrão MS, Baracati EC. Vaginal cone use in passive and active phases in patients with stress urinary incontinence. *CLINICS* 2011;66(5):785-791. DOI:10.1590/S1807-59322011000500013.
- Geraerts I, Poppel HV, Devoogdt N, Groef AD, Fieuws S, Kampem VM. Pelvic floor muscle training for erectile dysfunction and climacturia:1 year after nerve sparing radical prostatectomy: a randomized controlled Trial. *International Journal of Impotence Research* 2015;28; pag.9-13.
- Pischedda A, Fusco F, Curreli A, Grimaldi G, Farina FP. Pelvic floor and sexual male dysfunction. *Archivio Italiano Di Urologia e Andrologia*; 2013;85(1);1-7.
- Marques AA, Silva MPP, Amaral MTP. *Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher*. 1ed. São Paulo, SP. Roca Ltda, 2011. ISBN: 978-85-7241-910-9.
- Pera GL, Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years experience. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia* 2014;86(2):123-125.

Diagnósticos diferenciais das azoospermias: como conduzir

Marcello Gava

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Grupo de Medicina Sexual e Reprodutiva

Rafael Favero Ambar

Fellow em Medicina Sexual e Reprodutiva do Homem da Disciplina de Urologia FMABC

Introdução

Aproximadamente 15% dos casais não obtém gestação após um ano de tentativas e em 50% dos casos existe um fator masculino associado, o que indica que a investigação de homens e mulheres deve ser feita desde o início, concomitantemente.^{1,2}

Homens em idade reprodutiva apresentam, em média, 96 milhões de espermatozoides por ejaculação.³ Azoospermia é o termo que define a ausência completa de espermatozoides após centrifugação de pelo menos duas amostras de ejaculado coletadas em oportunidades diferentes e está presente em 15% dos homens inférteis.⁴ A correta investigação da azoospermia é fundamental na decisão pelo melhor tratamento.⁵

Investigação diagnóstica

A avaliação inicial do paciente com azoospermia tem como objetivo identificar a possível etiologia associada e, assim, determinar em cada paciente se estamos diante de um quadro reversível ou passível de tratamento; escolher o tratamento mais apropriado; e pesquisar comorbidades associadas que tenham impacto clínico.¹

As causas de deficiência testicular em sua função reprodutiva podem ser agrupadas de maneira didática em três categorias de acordo com a classe etiológica (Tabela 1).

Tabela 1. Causas de infertilidade masculina por classe de etiologia

Categoria	Causa
Congênita	Anorquia
	Criptorquidia/disgenesia testicular
	Alterações genéticas
Adquirida	Trauma
	Torsão de testículo
	Inflamações/infecções
	Fatores exógenas (medicações, drogas citotóxicas, radiação, calor)
	Doenças sistêmicas (insuficiência renal/hepática)
	Câncer de testículo
	Varicocele
	Causas iatrogênicas (pós-operatório)
Idiopática	Etiologia desconhecida

Adaptado de EAU Guidelines on Male Infertility, 2016.

A investigação da azoospermia com o objetivo de determinar a sua topografia inicia-se com uma anamnese completa, exame físico e perfil hormonal do paciente.

Alguns achados mais relevantes que podem ser obtidos através da história clínica e exame físico incluem: gestação ou filhos anteriores, doenças da infância, trauma e cirurgias prévias, infecções, uso de medicações ou drogas, exposição à radiação ou quimioterápicos ou toxinas ambientais, episódio recente de febre, doenças hereditárias ou casos de familiar infértil, tamanhos e consistência dos testículos, caracteres sexuais secundários, presença de ducto deferente e epidídimos, varicocele, obesidade, ginecomastia.

De acordo com os achados da anamnese e exame físico, podem ser solicitados exames complementares como USG Doppler de bolsa testicular, a fim de obter informações adicionais quanto à morfologia testicular ou alterações do cordão espermático, como varicocele. USG transretal pode ser útil na identificação das vesículas seminais e cistos prostáticos, bem como a RNM de pelve. Vasografia e outros exames invasivos estão reservados para casos específicos.

Quanto ao perfil hormonal, a recomendação da EAU (European Association of Urology) e da AUA (American Urological Association) é que sejam solicitados, inicialmente, apenas dosagens séricas de testosterona e FSH^{1,4}.

Finalmente, devemos nos lembrar que faz parte da investigação básica dos pacientes azoospermicos não obstrutivos a avaliação genética que, inicialmente, se restringe ao cariótipo e pesquisa de microdeleção de cromossomo Y.

Diagnóstico diferencial

Uma vez realizada a investigação inicial, poderemos direcionar os próximos passos para quesitos mais específicos com o objetivo de determinar se estamos diante de um quadro de Azoospermia Obstrutiva (AO) ou Azoospermia Não Obstrutiva (ANO), pois essa diferenciação será fundamental para a escolha terapêutica, se disponível.

Do ponto de vista prático, também pode ser útil classificar a causa da infertilidade, quando há uma causa definida, conforme a sua topografia em:¹

- I. Pré-testicular (azoospermia não obstrutiva): alterações endócrinas (hipogonadismo secundário).
- II. Testicular (azoospermia não obstrutiva): alterações da espermatogênese intrínsecas.
- III. Pós-testicular: alterações ejaculatórias ou obstrução mecânica (azoospermia obstrutiva).

Vale salientar que, em vias gerais, causas pré e pós-testiculares tem maior possibilidade de correção do que as causas testiculares, que raramente são tratadas com sucesso.³

As dosagens hormonais também podem auxiliar no diagnóstico diferencial. Geralmente, os níveis de FSH estão

relacionados com o número de espermatogônias. Quando existe ausência ou diminuição importante na quantidade de espermatogônias, FSH está frequentemente aumentado. Quando estão presentes em quantidade normal, ainda que haja azoospermia por parada de maturação, os valores de FSH são normais. No entanto, os níveis de FSH não devem ser usados como preditor de espermatogênese na avaliação individualizada de um paciente.^{6,7}

Na vigência de alteração hormonal ou se suspeita clínica de outras condições endocrinológicas, recomenda-se prosseguir com a dosagem de LH, SHBG, prolactina e estradiol. Dessa forma, entende-se que as diversas alterações hormonais, podem nos indicar diferentes causas de azoospermia não obstrutiva. No caso de elevação de gonadotrofinas com valores baixos de testosterona (ou com tendência à diminuição), deve-se estar atento ao diagnóstico de hipogonadismo hipergonadotrófico, achado mais comum em homens com infertilidade. Passado de terapia de reposição de testosterona e achado de baixas dosagens de gonadotrofinas indicam supressão do eixo hipófise-testículo. Gonadotrofinas e testosterona com níveis baixos podem significar baixa produção hipofisária, alteração de receptores de GnRH, síndrome de Kalmann, tumor hipofisário, entre outros; alterações dos níveis de SHBG também podem alterar a testosterona biodisponível e, assim prejudicar a espermatogênese.

Independentemente da causa, a azoospermia não obstrutiva geralmente está acompanhada de atrofia/hipotrofia testicular.¹ O diagnóstico definitivo só pode ser feito através de biópsia testicular. No entanto a realização desta como método diagnóstico é motivo de grande controvérsia. No serviço de Urologia da FMABC, defendemos que a biópsia não deve ser feita como método diagnóstico, realizamos de forma terapêutica. Em geral, a biópsia testicular não é necessária para determinar se a azoospermia é consequência de alteração da espermatogênese ou de obstrução, visto que 96% dos homens com azoospermia obstrutiva tem FSH de até 7,6UI/L e maior eixo testicular (MET) maior do que 4,6cm. Por outro lado, 89% dos homens com azoospermia não obstrutiva tem FSH maior do que 7,6UI/L e maior eixo testicular medindo até 4,6cm.^{8,9} Outro fator que auxilia no diagnóstico de azoospermia não obstrutiva é que, na maior parte das vezes, esses pacientes tem volume e pH seminais normais.

Os testes genéticos tem grande importância no cenário do paciente azoospermico, não só por identificar causas obstrutivas e não obstrutivas, mas também porque pode revelar alterações que venham a comprometer a prole. Anomalias cromossômicas são responsáveis por 6% dos casos de infertilidade masculina e essas taxas são ainda maiores nos casos de ANO. A indicação de cariótipo varia conforme a referência (<10milhões/ml para EAU ou <5milhões/ml para AUA),

mas se houver história familiar de retardo mental, abortos recorrentes ou malformação, o cariótipo estará indicado independentemente da contagem de espermatozoides.

Além do cariótipo, para pacientes com contagem de espermatozoides <5milhões/ml, está indicada a pesquisa de microdeleção do cromossomo Y. Nesta situação, são pesquisadas três regiões do cromossomo designadas AZFa, AZFb e AZFc. Sabe-se que microdeleção de cromossomo Y é um achado exclusivo de pacientes oligo/azoospermicos, nestes últimos com frequência de 8-12% dos casos, não sendo encontrada sob nenhuma forma em pacientes com contagem normal³. As deleções ocorrem em bloco, causando perda de genes que tem papel na espermatogênese. O prognóstico para recuperação de espermatozoides através de procedimentos invasivos varia conforme a deleção apresentada. A microdeleção AZFc apresenta melhor prognóstico.

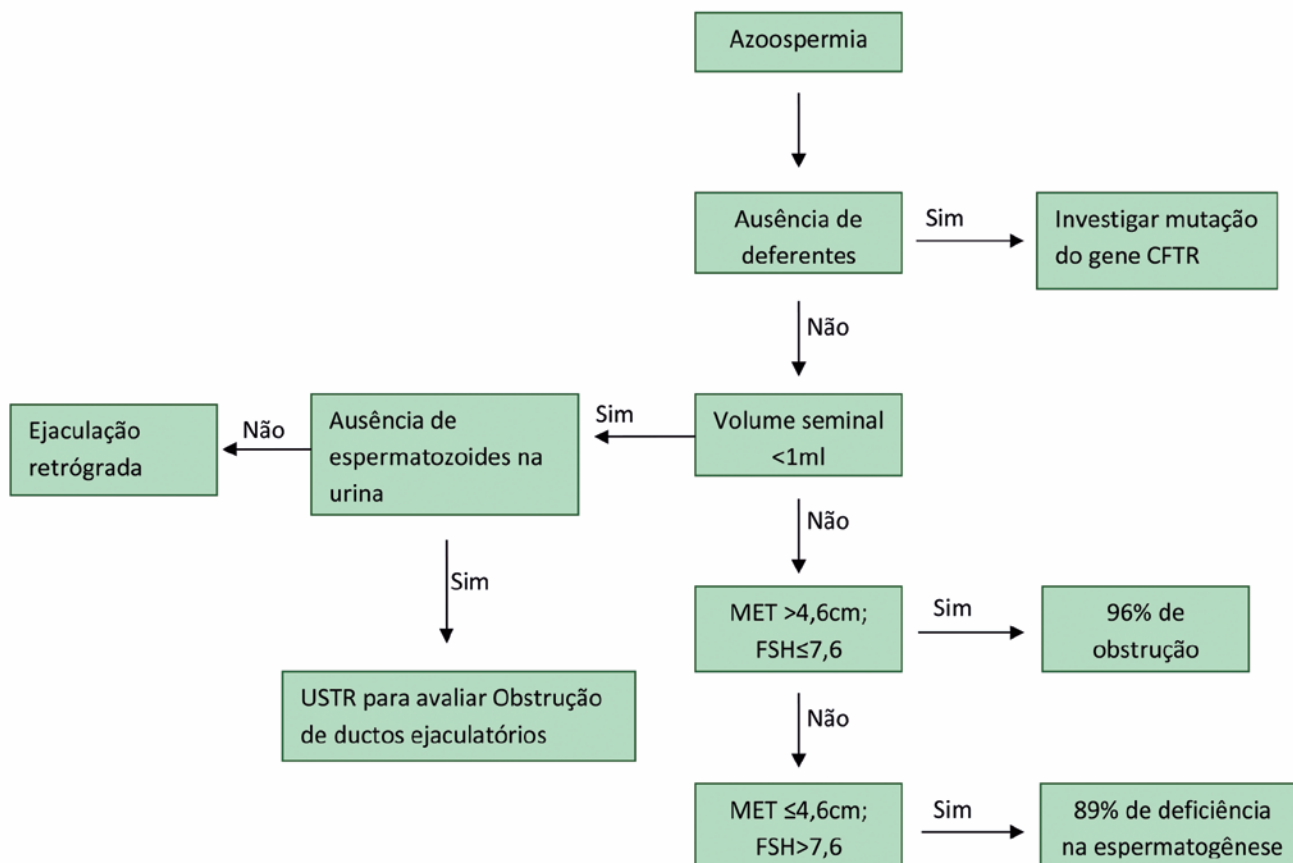
Como já foi citado, alterações genéticas podem levar também à azoospermia obstrutiva. É o que acontece nos pacientes com mutação do gene CFTR (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*), mais conhecido por gene da fibrose cística. Esta é a causa mais comum de agenesia bilateral de ductos deferentes, que pode estar pre-

sente em 30-67% destes homens, e é a principal causa de azoospermia obstrutiva congênita.^{1,4} A agenesia de ductos deferentes pode estar associada à agenesia ou hipoplasia de vesículas seminais e, neste caso, além de azoospermia, podemos encontrar hipospermia.

Desse modo, percebe-se que outro fator que pode auxiliar no diagnóstico diferencial é o volume e a composição do sêmen. Pacientes com baixo volume seminal, deferentes palpáveis e com perfil hormonal normal, podem ter o diagnóstico de obstrução de ductos ejaculatórios. Neste caso, é útil pesquisar alterações do pH seminal e a dosagem de frutose no sêmen, bem como a realização de USG transretal (USTR) já que estes exames podem corroborar a hipótese diagnóstica. Para diagnóstico definitivo, é necessário punção de vesícula seminal guiada por USG ou vesiculografia. O fluxograma 1 ilustra o raciocínio clínico a ser seguido diante de um caso de azoospermia.

Tratamento

O método de tratamento deve ser individualizado conforme a causa da infertilidade e o perfil do casal. Quando



Fluxograma 1. Avaliação diagnóstica da azoospermia.

é necessário terapia de reprodução assistida, a técnica de escolha é Fertilização in vitro (FIV) com ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozoide).

No caso de azoospermia obstrutiva (congenita ou adquirida), devemos considerar, principalmente, vasectomias, agenesia de ductos deferentes e obstrução de ductos ejaculatórios. Na primeira, é importante discutir com o casal sobre FIV *versus* reversão de vasectomia e analisar o tempo de vasectomia e a idade feminina, entre outros. Na segunda, devemos incluir pesquisa de agenesia renal associada e aconselhamento genético ao casal. Já os pacientes com obstrução de ducto ejaculatório são tratados com ressecção endoscópica ou partir para a realização de reprodução assistida.

Para realização de fertilização in vitro nos pacientes azoospermicos, devemos proceder com uma das técnicas de captação de espermatozoides. Nos pacientes com obstrução, os espermatozoides são, usualmente, recuperados através de PESA (*Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration*); (Figura 1), procedimento executado sob anestesia local ou sedação, onde se realiza apreensão do epidídimo e com agulha fina procede-se com punção e aspiração do epidídimo. Procedimento rápido e de baixo custo.



Figura 1. PESA.

Para pacientes com azoospermia não obstrutiva, são necessárias técnicas mais complexas como TESA (*Testicular Sperm Aspiration*), TESE (*Testicular Sperm Extraction*) ou ainda *micro-TESE* (microdissecção testicular) (Figura 2). Pacientes que apresentam ejaculação retrógrada podem ser tratados com terapia medicamentosa ou podem ter seus espermatozoides recuperados na urina ou através das técnicas cirúrgicas já citadas.

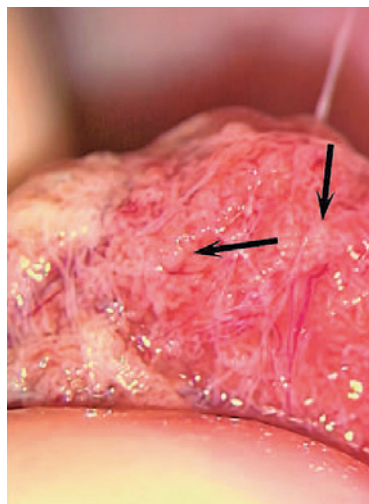
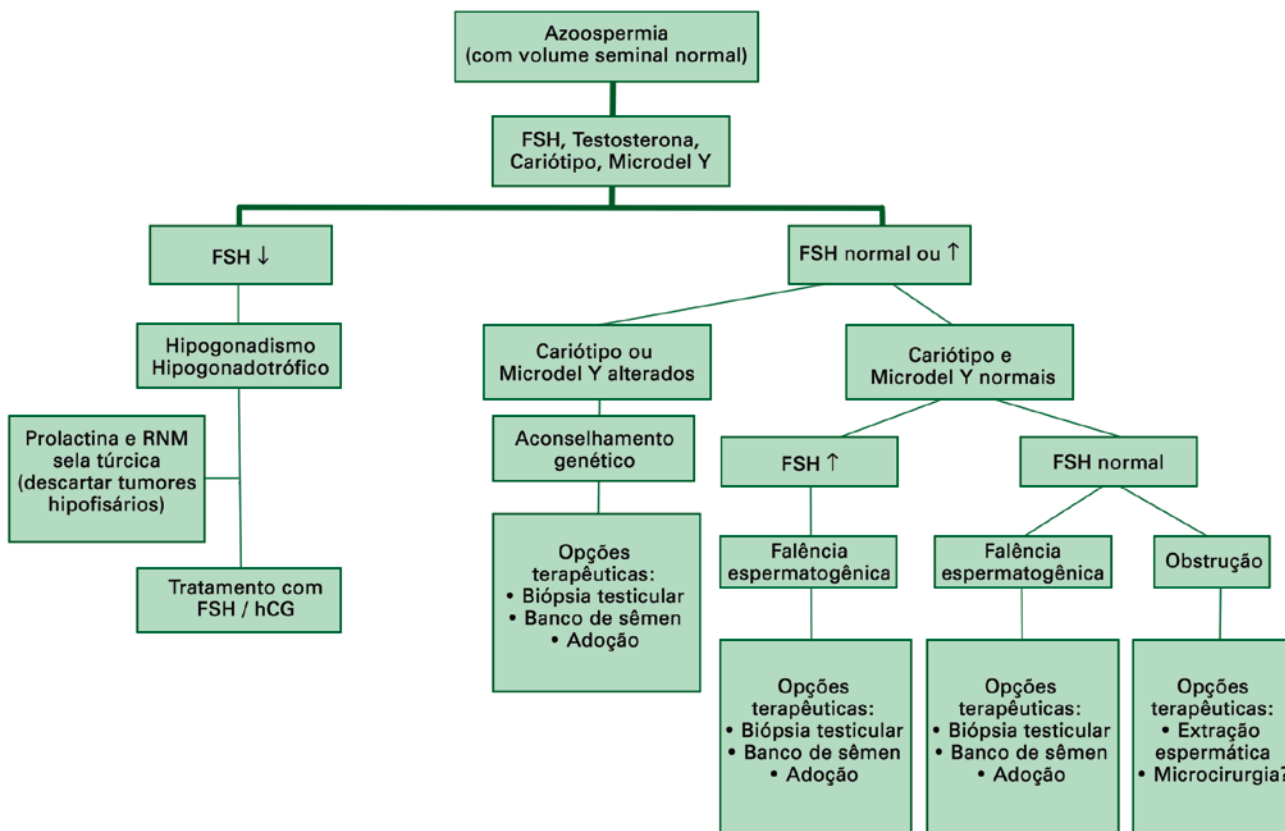


Figura 2. micro-TESE.

A recuperação espermática pode ser realizada antes ou simultaneamente à recuperação dos oócitos. A utilização do espermatozoide a fresco apresenta melhores chances de sucesso de gravidez nos casos de azoospermia não obstrutiva, pois a obtenção de espermatozoides é menor do que na azoospermia obstrutiva, podendo comprometer a criopreservação e futuro uso do espermatozoide¹⁰.

As principais condutas para os diferentes casos de azoospermia podem ser observadas no fluxograma 2.



Adaptado de Protocolo do Instituto Ideia Fértil de Reprodução Humana. Faculdade de Medicina ABC.2015.

Fluxograma 2. Tratamento do paciente azoospermico.

Referências

1. The Evaluation of the Azoospermic Male: AUA Best Practice Statement. Jaron, J et.al. [http://www.auanet.org/guidelines/male-infertility-azoospermic-male-\(reviewed-and-amended-2011\)](http://www.auanet.org/guidelines/male-infertility-azoospermic-male-(reviewed-and-amended-2011)).
2. Schlegel, P.N. Evaluation of male infertility. *Minerva Ginecol.* 2009 Aug; 61(4):261-83
3. Esteves, SC. Clinical management of infertile men with no obstructive azoospermia. *Asian J Androl.* 2015 May-Jun;17(3):459-70. doi: 10.4103/1008-682X.148719.
4. EAU Guidelines on male infertility. Jungwirth, A et.al. <http://uroweb.org/guideline/male-infertility, 2016>.
5. Schlegel, P.N; Berookhim, B.M. Azoospermia due to spermatogenic failure. *URL Clin N Am* 41 (2014) 97-113.
6. Hauser, R., et al. Fertility in cases of hypergonadotropic azoospermia. *Fertil Steril*, 1995. 63: 631. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7851598>.
7. Martin-du-Pan, R.C., et al. Increased follicle stimulating hormone in infertile men. Is increased plasma FSH always due to damaged germinal epithelium? *Hum Reprod*, 1995. 10: 1940.
8. Campbell-Walsh urology/editor-in-chief, Alan J. Wein; editors, Louis R. Kavoussi, Alan W. Partin, Craig A. Peters. Eleventh edition.
9. Carpi, A; Sabanegh, E.; Mechanick, J. Controversies in the management of nonobstrutive azoospermia. *Fertil Steril.* 2009 Apr;91(4):963-70. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.083. Epub 2009 Mar 21.
10. Protocolo do Instituto Ideia Fértil de reprodução humana. 2015.

Rodrigo Dal Moro Amarante

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

Leonardo Seligra Lopes

Urologista da Disciplina de Urologia
da FMABC – Grupo de Medicina
Sexual e Reprodutiva

Caio Eduardo Valada Pane

Urologista da Disciplina de Urologia
da FMABC – Grupo de Medicina
Sexual e Reprodutiva

Edward Gomes Silva

Urologista – Ex residente da
Disciplina de Urologia da FMABC

Urologia geral

Introdução

A nefronia lombar aguda (NLA) ou pielonefrite focal é uma forma pouco comum de infecção renal localizada e, muitas vezes, subdiagnosticada.¹ Inicialmente descrita por Rosenfield *et al.* em 1979, possui característica não liquefativa, promovendo efeito de massa com o acometimento de um ou mais lóbulos renais.² Histologicamente, observa-se hiperemia, edema intersticial e infiltrado leucocitário.^{3,4} Pode ser considerada como ponto intermediário na evolução da pielonefrite aguda para o abscesso, principais diagnósticos diferenciais, além do próprio carcinoma de células renais.^{5,6} Os diferentes aspectos histopatológicos envolvidos tornam tal diferenciação muito importante, visto que o manejo destas condições se fará de maneira muitas vezes distinta. Seu diagnóstico tem se tornado cada vez mais frequente devido aos avanços nos exames radiológicos disponíveis. Classicamente apresenta-se como massa sem liquefação à ultrassonografia ou tomografia computadorizada, associada aos sintomas e sinais clínico laboratoriais sugestivos de pielonefrite bacteriana.

Caso Clínico

J.A.L.A., 25 anos, paciente do sexo feminino e sem comorbidades, procurou o pronto atendimento com queixa de dor lombar esquerda, febre (38-39,5°C), disúria e urgência miccional iniciados há 3 dias. Observado hemograma com leucocitose (14.650 com 3% bastões), além de urina tipo I com 115.000 leucócitos e 27.000 hemácias (nitrito negativo). Demais parâmetros analisados na bioquímica sérica sem outras alterações. Foi instituído tratamento domiciliar com sintomáticos e ciprofloxacino 500mg de 12 em 12 horas, por um intervalo de 1 semana. Urocultura não colhida neste momento da avaliação. Apesar das medicações, paciente retornou ao hospital após 30 dias com nova piora do quadro álgico lombar, mas sem febre ou os sintomas urinários previamente referidos. Repetidos exames laboratoriais que demonstraram aumento da leucocitose (25.800 com 5% bastões), proteína C reativa de 112,2mg/L e urina 1 com leucocitúria de 33.000, sem hematúria. Urocultura mostrou-se negativa nesta ocasião. Função renal e eletrólitos normais (creatinina=0,55). Prosseguiu-se investigação radiológica com ultrassonografia que observou formação expansiva sólida isoecogênea ao córtex, discretamente heterogênea, de limites mal definidos, apresentando fluxo vascular ao doppler e localizada no terço médio/superior do rim esquerdo, medindo 5,1cm no maior eixo (Figuras 1 e 2). Sem cálculos ou dilatações.

Visto tais alterações, uma tomografia computadorizada do abdome foi solicitada, mantendo lesão renal sólida superiormente a esquerda, isodensa, com 35x33mm e realce heterogêneo ao meio de contraste (Figuras 3 e 4).

Durante a internação, com o intuito de afastar possível neoplasia relacionada, optou-se por complementar a investigação diagnóstica com ressonância

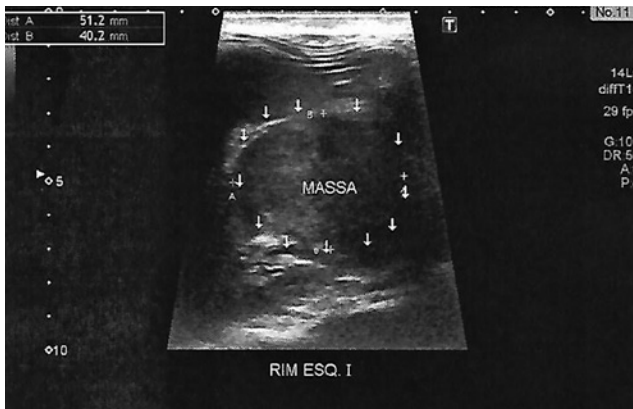


Figura 1.



Figura 2.

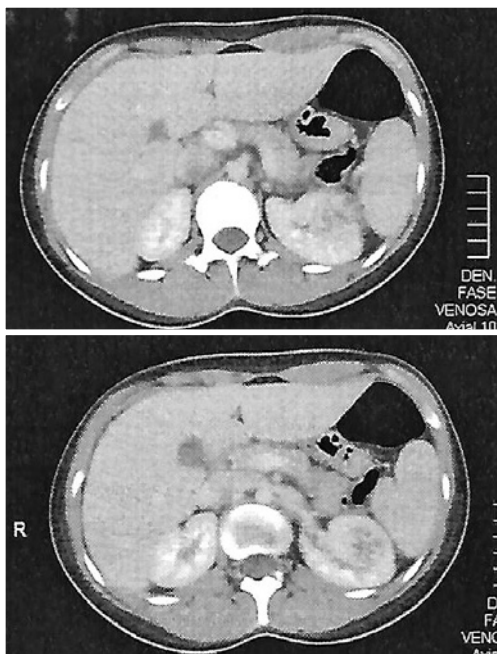


Figura 3.

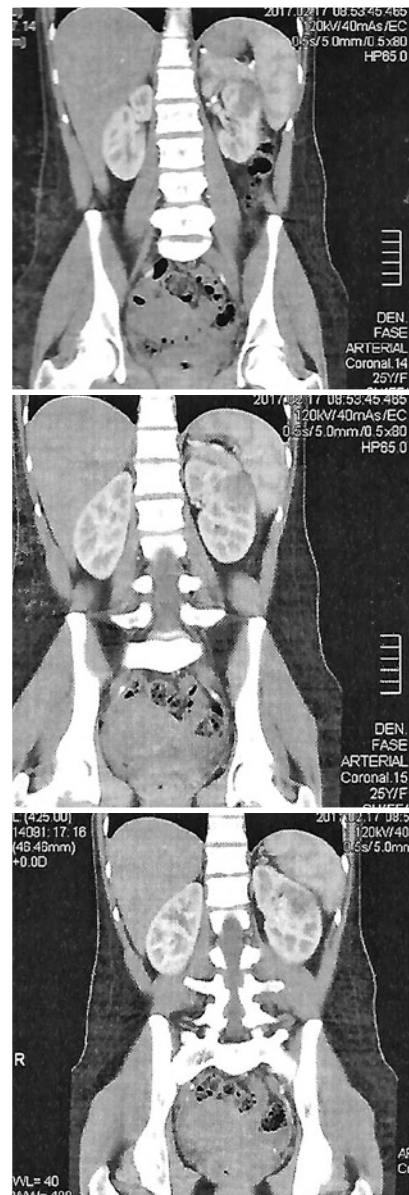


Figura 4.

nuclear magnética, cujo resultado evidenciou nódulo sólido na cortical anterior do polo superior do rim esquerdo, totalmente endofítico e hipervascular, heterogêneo, com focos necróticos, medindo cerca de 3cm no maior eixo longitudinal, sem aparente invasão do sistema coletor e distando cerca de 0,8cm da gordura do seio renal (Figuras 5 e 6). Paciente permaneceu em seguimento hospitalar por uma semana, onde fez uso de ceftriaxone 2g/dia, apresentando resolução completa do quadro infeccioso (tanto clínica quanto laboratorialmente).

Aventada a hipótese de NLA, foi proposto um tratamento domiciliar prolongado com antibiótico, seguida de

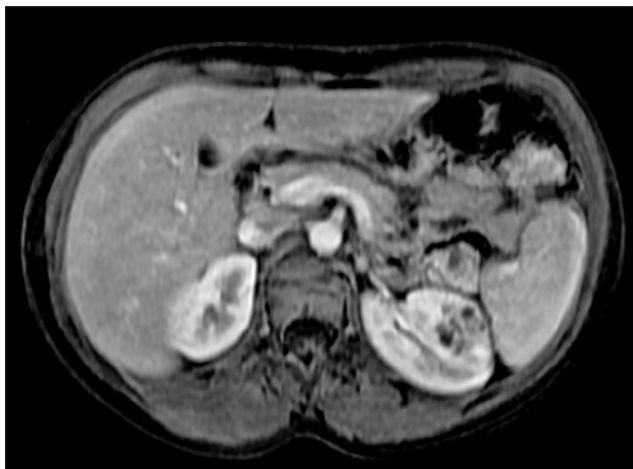


Figura 5.

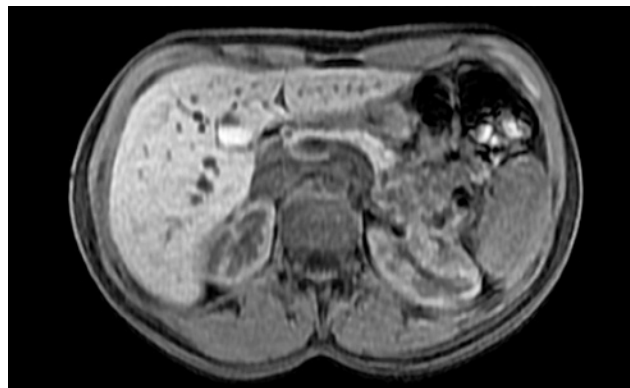


Figura 7.



Figura 6.



Figura 8.

reavaliação com exame de imagem. Orientado um curso de 3 semanas com 500mg de acetilcefuroxima duas vezes por dia. Paciente manteve-se assintomática durante todo o período, laboratório sem alterações, culturas negativas. Ressonância magnética de controle, realizada 10 dias após o término do tratamento, não mais caracterizou massa previamente observada, mas visualizando retração cortical na região acometida anteriormente pela lesão, com baixo sinal em T1/T2 e com afilamento parenquimatoso local, além de discreto espessamento do tecido adiposo perirrenal adjacente; achados relacionados à provável natureza fibrocicatricial, mas necessitando controle evolutivo (Figuras 7 e 8).

Discussão

A diferenciação clínica entre uma pielonefrite simples com a NLA torna-se muitas vezes difícil pela similaridade dos

sinais e sintomas relacionados. Um quadro mais arrastado, com internação prolongada, febre alta e persistente, leucocitose e elevação importante de marcadores inflamatórios sugerem evolução do quadro infeccioso.⁷ Seu diagnóstico necessita complementação com exames de imagem, imprescindíveis na suspeita de obstrução ou abscesso.^{8,9} Geralmente estão indicados quando não há resposta clínica favorável após 48-72h de tratamento antibiótico adequado.^{10,11} Embora a ecografia tenha uma boa acurácia, a tomografia computadorizada é considerada o método com maior sensibilidade. Pode apresentar-se como alteração renal localizada, em forma de cunha, ou com efeito de massa, mimetizando um tumor.^{10,11} O diagnóstico diferencial com carcinoma de células renais é fator de confusão e pode trazer ansiedade à equipe de seguimento. Deve-se ter em mente que nem toda massa diagnosticada durante um período de pielonefrite é de origem inflamatória. Um tumor necrótico, por exemplo,

também pode evoluir com sintomas infecciosos, como febre e queda do estado geral. A permanência das alterações radiológicas descritas apesar do tratamento instituído obriga ao urologista ter condutas mais invasivas, como solicitar punção guiada ou mesmo cirurgia para afastar doença neoplásica em curso.

Embora ainda controverso, é consenso que o tempo de antibioticoterapia deva ser prolongado. A recomendação envolve um período que varia de 2 a 3 semanas.¹ Cheng e cols. recentemente propuseram um protocolo para a prevenção de falha no manejo da NLA em crianças, envolvendo 21 dias de antibiótico direcionado.¹² Neste grupo de pacientes também é importante afastar fatores de risco para infecção do trato urinário alto, a exemplo do refluxo vesico ureteral e/ou outras má formações de caráter obstrutivo.¹² É na população pediátrica que se encontra a maior parte das publicações relacionadas ao tema, fato que torna seu relato em adultos de extrema importância.

Devemos considerar o diagnóstico de NLA em todo paciente com sinais e sintomas de pielonefrite aguda, muitas vezes refratários ao início do tratamento e associados à presença de massa renal à investigação com exames de imagem. Sabe-se que sua evolução frequentemente envolve a formação de cicatrizes e escaras na região acometida.¹² O diagnóstico diferencial com outros tumores renais se faz necessário com a persistência dos achados radiológicos ao término do manejo do quadro infeccioso.

Referências

1. SHEU, JN. "Acute Lobar Nephronia in Children". *Pediatrics and Neonatology* (2015) 56, 141 e 142.
2. ROSENFELD, A.T.; GLICKMAN, M.G.; TAYLOR, K.J. et al. Acute focal bacterial nephritis (acute lobar nephronia). *Radiology* 1979;132:553-61.
3. ZAONTZ, M.; PAHIRA, J.; WOLFMAN, M. et al: "Acute focal bacterial nephritis: a systematic approach to diagnosis and treatment". *J. Urol.*, 133: 752, 1985.
4. KOSTIS, E.; ZAPHIRIS, E.; MOULOPOULOS, L. et al: "Acute lobar nephronia as the presenting manifestation of hyperparathyroidism". *Br. J. Urol.*, 79: 144, 1997.
5. WEGENKE, J.; MALEK, G.; ALTER, A. et al: "Acute lobular nephronia". *J. Urol.*, 135: 343, 1986.
6. SILVERMAN, S.; PFISTER, R.; PAPANICOLAOU, N. et al: "Migratory lobar nephronia". *Urol. Radiol.*, 11: 16, 1989.
7. YANG, C.C.; SHAO, P.L; LU,C.Y. et al: Comparison of acute lobar nephronia and uncomplicated urinary tract infection in children. *J Microbiol Immunol Infect* 2010; 43:207 e 14.
8. KLAR, A.; HURVITZ, H.; BERKUN, Y. et al: "Focal bacterial nephritis (lobar nephronia) in children". *J. Pediatr.*, 128: 850, 1996.
9. RATHORE, M.; BARTON, L.; LUISIRI, A.: "Acute lobar nephronia: a review." *Pediatrics*, 87: 728, 1991.
10. SAUNDERS, A.J.S. Renal infections. In: Cosgrove D., Meire H, Dewbury K, eds *Abdominal and General Ultrasound*. 1993; 2: 499-512.
11. KENNEY, P.J.; MCCLENNAN, B.L. The kidney. In: Lee J K, Sagel S S, Stanley R J, Heiken J.P. eds. *Computed Body Tomography with MRI correlation*; 3rd ed. 1998:1087-170.
12. CHENG, C.H.; TSAU, Y.K.; CHANG, C.J. et al. Acute lobar nephronia is associated with a high incidence of renal scarring in childhood urinary tract infection. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29:624-8.

Rafael Castilho Borges

Residente da Disciplina de Urologia da FMABC

Alexandre Augusto Monteiro Sato

Urologista. Ex-Fellow de Litíase Urinária e Endourologia da Disciplina de Urologia da FMABC

Mario Henrique Elias de Mattos

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

Antonio Corrêa Lopes Neto

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

Litíase urinária

Introdução

A endourologia evoluiu muito nestas últimas décadas com a miniaturização dos aparelhos, surgimento de aparelhos flexíveis, laser e outros acessórios. Com isso, o uso da ureteroscopia semirígida e flexível foi expandido, tornando-se atualmente os dois principais métodos para o tratamento da litíase urinária, podendo também ser aplicados no diagnóstico e tratamento de tumores uroteliais do trato superior.

Na maior parte dos pacientes seu benefício é evidente. Há controvérsia sobre sua aplicação em pacientes que necessitam de anticoagulação contínua. Mesmo na comunidade urológica, alguns profissionais evitam este método nesta condição ou preferem suspender temporariamente os anticoagulantes antes da intervenção.

Atualmente nos Estados Unidos, 6 milhões de pessoas usam anticoagulantes orais para prevenção de eventos tromboembólicos e estima-se que 10% dessas pessoas necessitam de tratamento invasivo/ano.¹

Dessa forma, os pacientes em anticoagulação tornam-se um desafio terapêutico. Apresentaremos o caso de uma paciente submetida à ureteroscopia flexível na vigência de varfarina sódica.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 55 anos, hipertensa em uso de enalapril, com histórico de varizes de membros inferiores e trombose venosa profunda (TVP) de membro inferior esquerdo em janeiro/2017, passando a fazer uso de anticoagulante oral (varfarina sódica 5mg/dia).

A mesma é atendida pela equipe de urologia do Hospital Estadual Mario Covas em fevereiro/2017, com queixa de dor lombar esquerda, disúria, febre e calafrios. A avaliação laboratorial inicial revela leucocitose de 18.000 e função renal preservada, além de leucocitúria (130.000), hematúria microscópica (45.0000) e urocultura negativa.

Em decorrência da suspeita de infecção urinária febril associada à quadro litiásico, a paciente foi submetida a CT de abdome e pelve sem contraste que revelou cálculo de 780 Unidades Hounsfield (UH), dimensões de 12mm (cortes coronais) x 8mm (cortes transversais), pielocaliectasia moderada e sinais de pielonefrite aguda esquerda, corroborando a hipótese diagnóstica inicial (Figuras 1 e 2). Submetida à derivação urinária de urgência por meio da passagem de cateter JJ à esquerda. Recebe alta no segundo dia de pós-operatório, com quadro infeccioso em resolução e radiografia revelando cateter bem locado e cálculo em topografia renal (provável deslocamento proximal do cálculo durante procedimento de derivação urinária - push up) (Figura 3).

Quatro semanas após, a paciente é admitida para tratamento definitivo da nefrolitíase e submetida à ureterorenolitotripsia flexível em vigência de antioa-



Figura 1. Tomografia sem contraste mostrando cálculo de 1,2x0,8cm em ureter proximal esquerdo.

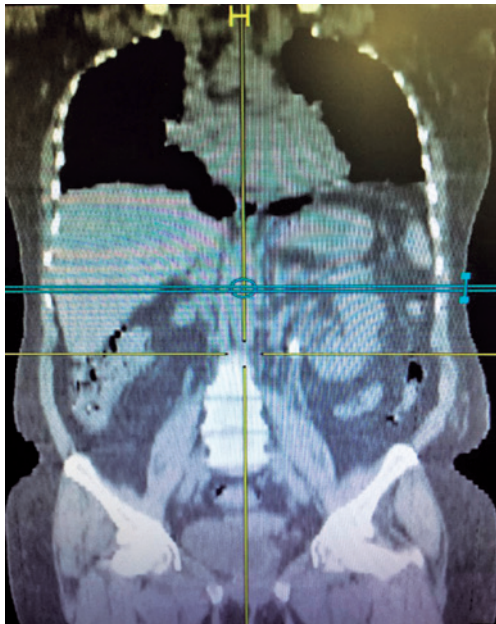


Figura 2. Tomografia sem contraste mostrando cálculo de 1,2x0,8cm em ureter proximal esquerdo.

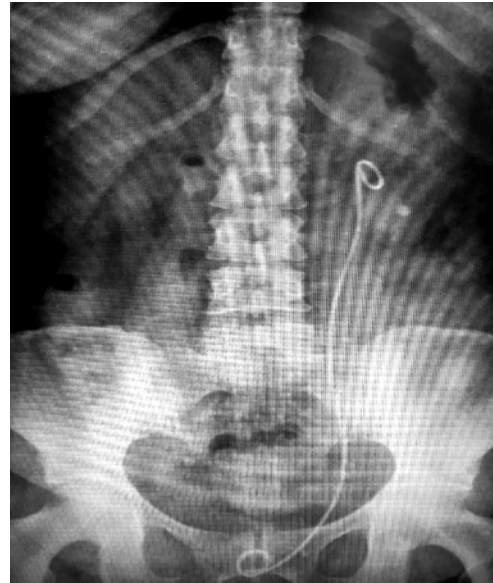


Figura 3. Rx simples de abdome mostrando cateter duplo j bem posicionado e a imagem cálcica em topografia renal.

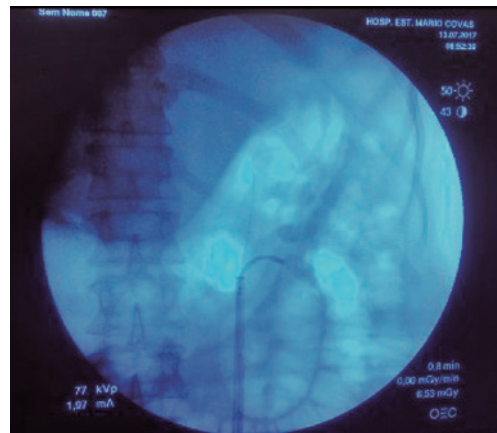


Figura 4. Intra-operatório da ureteroscopia flexível.



Figura 5. Intra-operatório da ureteroscopia flexível.

gulação. O procedimento ocorreu sem intercorrências, com duração de uma hora e vinte minutos. Foi utilizada bainha hidrofílica de acesso ureteral 12-14Fr e 35cm, e litotripsia com Holmium:YAGlaser (fibra de 200micras). Nefroscopia flexível revelou grupos calicinais superior e médio sem lesões ou cálculos e cálculo de 12mm em grupo inferior (Figuras 4, 5, 6 e 7). O cálculo foi pulverizado completamente até o "status stone-free" (fragmentos menores que 1mm), mantendo-se distância segura entre a ponta da fibra e o urotélio, de tal maneira que não ocorreram sangramentos significativos intra-operatórios. Optamos pela passagem de cateter JJ com fio e sonda vesical de demora (SVD) 14Fr.

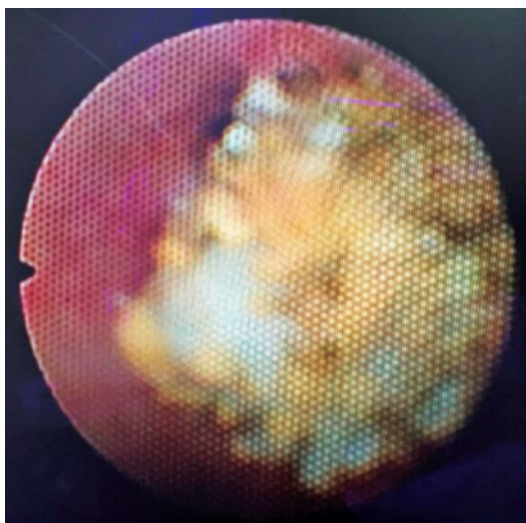


Figura 6. Intra-operatório da ureteroscopia flexível.

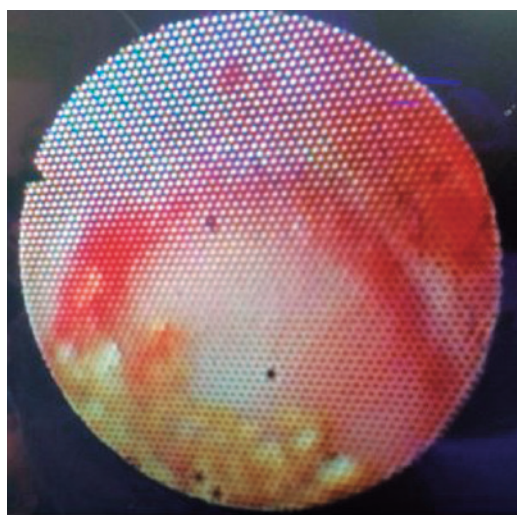


Figura 7. Aspecto final após fragmentação do cálculo.

Paciente apresenta ótima evolução pós-operatória, manteve-se assintomática durante toda internação, com diurese clara de 800ml nas 24 horas seguintes à cirurgia, quando é retirada de SVD e a paciente recebe alta (Figura 8). Retorna ambulatorialmente após 5 dias para retirada do cateter JJ.

Discussão

A literatura referente ao uso da anticoagulação em ureteroscopia é limitada e divergente. A AUA (American Urological Association) em 2014 afirmou que a ureteroscopia poderia ser realizada com uso de anticoagulação ou antiagregação plaquetária.²

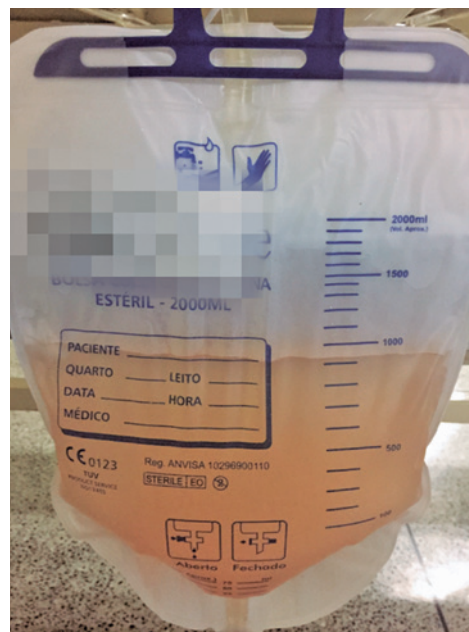


Figura 8. Sonda vesical de demora ao final do procedimento sem hematúria.

Em um estudo retrospectivo de 692 pacientes, Turna *et al.* identificou 37 pacientes (5,2%) em uso de anticoagulante ou antiagregante que foram submetidos à ureteroscopia e não houve diferença estatisticamente significativa na incidência de complicações no intra ou pós operatório.³

Em uma revisão sistemática da literatura, Aboumarzouk relatou 70 pacientes que foram submetidos à ureteroscopia flexível em uso de anticoagulação. Houveram apenas 4% de complicações relacionadas a sangramento. A taxa livre de cálculos foi de 87,7% não sendo influenciada pelo uso dos medicamentos.⁴

Guido fez um levantamento na literatura sobre ureteroscopia e anticoagulação, no qual 254 pacientes foram submetidos a tal procedimento com taxa livre de cálculos entre 69-100%. Houveram apenas 3 casos de complicações intra operatória e 7 casos de complicações pós operatórias relacionadas a sangramento.⁵

O CROES (Estudo Global da Sociedade de Endourologia) publicou o resultado da análise de 11.885 pacientes que foram submetidos a ureteroscopia. Nesta coorte, haviam 6% em uso de anticoagulantes e estes apresentaram taxa maior de complicação (1,1% vs 0,4%).⁶

Westerman analisou 276 pacientes que foram submetidos a ureteroscopia em uso de anticoagulação e mostrou que a taxa de complicações foi maior neste grupo em relação àqueles que suspenderam no dia anterior ou 5-7 dias antes (15,4% x 9% x 3% respectivamente), com uma taxa global de complicações relacionadas a sangramento de 8,1%.¹

Conclusão

A realização de ureteroscopia em vigência de anticoagulação é controverso na literatura, apresentando trabalhos prós e contras esta possibilidade. No caso apresentado, a paciente em vigência de anticoagulante oral foi submetida à ureteroscopia flexível sem intercorrências. Carecemos de trabalhos com maior número de pacientes e maior nível de qualidade.

Referências

1. Mary E. Westerman, Joseph A. Scales, Vidit Sharma, Derek J. Gearman, Johann P. Ingimarsson, Amy E. Krambeck, The Effect of Anticoagulation on Bleeding Related Complications Following Ureteroscopy, *Urology* (2016).
2. Culkin, Daniel J., E. J. Exaire, and D. Green. "Anticoagulation and Antiplatelet Therapy in Urologic Practice: ICUD and AUA Review Paper, 2014." (2015).
3. Turna B, Stein rJ, Smaldone Mc et al (2008) Safety and ef cacy of exible ureterorenoscopy and holmium: Yag lithotripsy for intrarenal stones in anticoagulated cases. *J Urol*.
4. Aboumarzouk, Omar M., Bhaskar K. Somani, and Manoj Monga. "Flexible ureteroscopy and holmium: YAG laser lithotripsy for stone disease in patients with bleeding diathesis: a systematic review of the literature." *International braz j urol* 38.3 (2012): 298-306.
5. Giusti, Guido, et al. "Sky is no limit for ureteroscopy: extending the indications and special circumstances." *World journal of urology* 33.2 (2015): 257-273.
6. Daels, F. Pedro J., et al. "Age-related prevalence of diabetes mellitus, cardiovascular disease and anticoagulation therapy use in a urolithiasis population and their effect on outcomes: the Clinical Research Office of the Endourological Society Ureteroscopy Global Study." *World journal of urology* 33.6 (2015): 859-864.

**Dr. Marcelo Langer
Wroclawski**

Urologista do Hospital Albert Einstein. Ex-Residente da Disciplina de Urologia da FMABC

Dr. Sidney Glina

Prof Titular da Disciplina de Urologia da FMABC

Dr. Carlos Alberto Bezerra

Urologista da Disciplina de Urologia da FMABC – Responsável pelo Grupo de Disfunção Miccional

Dr. Fernando Almeida

Professor livre-docente da EPM-UNIFESP

Hiperplasia prostática benigna

Apresentamos abaixo um caso típico de consultório e formulamos algumas perguntas sobre a condução desta situação clínica

Paciente de 58 anos procura atendimento urológico para avaliação prostática. Refere diminuição considerável do jato urinário, sensação de resíduo pós miccional em algumas ocasiões e discreto esforço abdominal às micções. Nictúria: 1-2x, raros episódios de urgência urinária e intervalo miccional de aproximadamente 2 horas. Nega disúria, hematúria ou antecedentes de infecção urinária. Se sente incomodado com seu padrão urinário.

Quanto a outras comorbidades, apresenta HAS leve e faz uso de medicamentos para controle. Obeso e com redução da libido e ereção. Faz uso de inibidores da fosfodiesterase para auxiliar esta questão.

Ao exame físico:

Hérnia inguinal à esquerda/genitais externos sem alterações/próstata aumentada de volume, estimada em 50 gramas, fibroelástica, sem nódulos e limites precisos.

Traz os seguintes exames:

PSA: 2,9ng/d; Cr: 1,18mg/dl; Urina I normal.

USG: Rins com cistos corticais bilaterais, sem cálculos ou dilatação pielocalicinal. Bexiga com leve espessamento de sua parede. Próstata de 62 gramas, ecotextura preservada e discreto lobo mediano projetando-se para o interior da bexiga estimado em 1,1cm. Resíduo pós miccional de 71ml.

1. Como você interpretaria os dados do caso clínico acima e haveria necessidade de outros exames?

Marcelo Wroclawski: O paciente acima apresentado é relativamente jovem, com poucas comorbidades, e apresenta significativos sintomas do trato urinário inferior, tanto de esvaziamento quanto de armazenamento. Tentando-se calcular seu IPSS baseado nas informações fornecidas, o resultado seria aproximadamente 17, o que equivale a sintomas moderados. Mas precisamos levar em consideração que estes estão trazendo prejuízo à qualidade de vida do homem em questão. Além disso, queixa-se de disfunção erétil e diminuição da libido.

Seu PSA é relativamente alto, estando acima do limite superior da normalidade. Apesar da densidade de PSA ser <10%, solicitaria uma nova dosagem deste marcador, em conjunto com o PSA livre, para cálculo da relação livre/total. Caso o PSA se mantenha acima de 2,5ng/ml ou se a relação for menor que 10-12%, discutiria com o paciente a possibilidade de realização de ressonância multiparamétrica da próstata, para melhor avaliação do risco de presença de câncer de próstata clinicamente significativo.

Pelo fato do homem ser obeso e hipertenso podemos pensar em síndrome metabólica. Desta forma, solicitaria uma glicemia, para garantir que não seja diabético. Vale lembrar que há diversos estudos correlacionando a síndrome metabólica com a hiperplasia prostática benigna (HPB) e com a piora dos sintomas do trato urinário inferior, além de sabermos que a diabetes descontrolada é uma das causas de hipocontratilidade detrusora, que também se manifesta através dos mesmos sintomas. Também por ser obeso e apresentar queixas sexuais, investigaria sua função hormonal, através de testosterona total e livre, LH e FSH.

Sidney Glina: Este é um paciente que apresenta sintomas urinários que devem lhe estar trazendo algum desconforto. Refere nicturia, urgência eventual, necessidade de fazer algum esforço para urinar. Tem uma próstata aumentada, sem nódulos. O PSA está um pouco elevado para a faixa etária e a ultrassonografia já mostra repercussão vesical, além de próstata de 62 gramas. Torna-se necessário neste caso esclarecer o aumento do PSA (não foi informado se tem antecedentes de câncer prostático familiar) e neste sentido eu repetiria a dosagem de PSA total com a fração livre. Caso este se mantivesse nestes níveis, com uma relação desfavorável eu solicitaria uma ressonância magnética multiparamétrica da próstata.

2. Qual a importância do lóbo mediano nos casos de Hiperplasia Prostática (HPB)?

Fernando Almeida: A protrusão prostática intravesical do lóbo mediano é a distância da extremidade mais cranial da protrusão prostática até o colo vesical, medida no plano sagital, através de ultrassom. É classificada em grau 1 (protrusão <5mm), grau 2 (5 a 10mm) e grau 3 (>10mm).

Diversos estudos correlacionam a protrusão prostática intravesical com variáveis relacionadas aos sintomas do trato urinário inferior. No entanto, vale lembrar que esta é uma medida operador dependente, pois é realizada através de ultrassonografia. Além disso, o método ultrassonográfico utilizado (via abdominal ou transretal) também pode ser fator determinante para possíveis diferenças nesta aferição. Outra questão é em relação à quantidade de volume intravesical no momento em que é realizada a medida da protrusão (volume intravesical inferior a 100ml pode superestimar, enquanto que volume superior a 400ml pode subestimar a aferição da protrusão prostática). Outros estudos mostraram que, quanto maior a medida da protrusão do lóbo mediano, menor é a resposta aos alfa-bloqueadores. E quanto menor for esta medida, há uma menor correlação com obstrução infravesical.

Carlos Bezerra: O lóbo mediano crescido pode se projetar para o interior da bexiga e, no momento da micção, ser

pressionado contra o colo vesical e a uretra, piorando a obstrução e causando sintomas de esvaziamento severos; esta é uma condição mecânica que não responde a tratamentos medicamentosos e exige tratamento cirúrgico; a identificação deste problema é importante pois evita transtornos ao paciente com a insistência de tratamento clínico; pode ser feita facilmente com um exame ultra-sonográfico bem feito.

3. Nos casos de HPB, em quais situações você indica realização de estudo urodinâmico?

Fernando Almeida: Historicamente, os sintomas do trato urinário inferior (LUTS) eram conhecidos como sintomas de prostatismo e eram relacionados apenas com obstrução infravesical causada pela próstata. No meio da década de 90, Paul Abrams e col. Descrevem e distinguem entre sintomas de armazenamento e esvaziamento.

A presença de HPB não se correlaciona com os sintomas de esvaziamento e tão pouco com os de armazenamento. Assim, a presença de HPB não é indicação para realização de estudo urodinâmico. Por outro lado, LUTS associados a HPB devem ser estudados de maneira adequada. No caso em questão os sintomas apresentados pelo paciente são de esvaziamento e apesar da idade pode estar relacionada a duas situações impossíveis de se distinguir por meio da história, que são: obstrução infravesical, hipocontratilidade detrusora ou a associação de ambos. Devido ao fato dessas condições apresentarem abordagens terapêuticas distintas, é importante identificar qual é a causa dos sintomas. Neste contexto, destaca-se a importância do estudo urodinâmico, em pacientes sintomáticos com intenção de tratamento cirúrgico, resposta insatisfatória ao tratamento medicamentoso, elevado resíduo pós miccional identificado ao ultrassom, pacientes que não conseguem urinar um volume superior a 150ml na urofluxometria livre e naqueles pacientes com sintomas urinários e idade inferior a 50 ou superior a 80 anos.

Carlos Bezerra: Classicamente, o exame urodinâmico pode ser indicado em situações nas quais os sintomas são discrepantes das demais alterações encontradas; por exemplo, pacientes muito jovens ou muito idosos, pacientes com sintomas severos e próstata de tamanho normal ao toque retal; pacientes com doenças neurológicas associadas onde nestes casos geralmente os sintomas de armazenamento são mais intensos do que os de esvaziamento (doença de Parkinson, doença de Alzheimer; antecedentes e/ou sequelas de AVC, etc.) e, finalmente, nos casos em que os pacientes estão refratários ao tratamento medicamentoso e se considera a necessidade de cirurgia; esta última indicação deve ser analisada com bastante parcimônia, uma vez que pode-se assumir que um paciente que inicialmente respondeu ao tratamento

medicamentoso e evoluiu com retorno dos sintomas, espessamento vesical e aparecimento ou aumento de resíduo pós miccional pode ser assumido como portador de obstrução infravesical, sem necessidade de urodinâmica. Todavia, existe uma proporção de até 30% de pacientes que apresentam hipocontratibilidade e/ou hiperatividade e que causarão persistência de sintomas urinários no pós-operatório, afetando o prognóstico ou o benefício da cirurgia. O prévio conhecimento destas condições associadas, através da realização do exame urodinâmico, ajuda o urologista a tomar decisões e orientar de forma mais precisa ao paciente e seus familiares. Não existe um estudo clínico randomizado que demonstre que a urodinâmica é necessária antes da cirurgia, porém na minha opinião o risco de um diagnóstico imperfeito com evolução tormentosa no pós-operatório é maior que o risco da realização de um exame urodinâmico pré-operatório.

4. Como você conduziria esse caso?

Marcelo Wroclawski: Há na literatura nomogramas que auxiliam a avaliar o risco de um paciente progredir, ou seja, evoluir com piora dos “sintomas” ou apresentar alguma complicação relacionada à HPB, como retenção urinária aguda, infecção ou acometimento do trato urinário superior. Por exemplo, numa subanálise do MTOPS, levou-se em consideração o a idade do paciente, o PSA, o IPSS e o BII (*BPH impact index*), que também é um questionário validado que avalia sintomas prostáticos.

Apesar deste paciente ser jovem e apresentar PSA de 2,9, há outros fatores de risco que devemos considerar. Dentre eles, resíduo pós miccional elevado, espessamento da parede vesical e presença de lobo mediano. Caso ele tenha realizado uma uro-fluxometria ou um estudo urodinâmico, o fluxo máximo também é um fator que devemos observar para avaliar o risco de progressão. Acredito que o paciente do caso apresentado beneficiar-se-ia de tratamento. A cirurgia poderia ser uma opção já de início, mas o tratamento medicamentoso costuma ser a primeira medida adotada. Por apresentar próstata com volume acima de 40g, ofereceria terapia combinada de tansulosina e dutasterida, com o objetivo de reduzir significativamente o risco de eventos relacionados à HPB, incluindo a necessidade de tratamento cirúrgico. Além disso, por já fazer uso de inibidor da 5 fosfodiesterase para a disfunção erétil, sugeriria substituir o medicamento de uso sob demanda pela tadalafila diária, uma vez que também há embasamento científico evidenciando que esta droga melhora os sintomas do trato urinário inferior. Mudanças do estilo de vida, com perda de peso, também podem ser úteis para redução dos sintomas. Caso a melhora clínica não fosse satisfatória ou se os exames piorassem durante o segmento, o tratamento cirúrgico estaria indicado.

Sidney Glina: Caso a ressonância não indicasse a necessidade de uma biópsia prostática, ou seja, não revelasse um nódulo, eu iniciaria tratamento clínico. Discutiria com o paciente as vantagens e desvantagens da associação de alfa-bloqueador e inibidor da 5 alfa redutase. Não se pode esquecer que o paciente já usa inibidor de fosfodiesterase tipo 5 para melhorar sua ereção e o uso da tadalafila diariamente no dosagem de 5mg pode melhorar o quadro miccional e erétil. Embora não tenhamos estudos a longo prazo (mais de seis meses) a associação tadalafila com inibidor da 5 alfa redutase pode ser uma boa indicação.

5. Este paciente se queixou de problemas na vida sexual. Os medicamentos utilizados para HPB podem piorar estas queixas? Se sim, você habitualmente orienta o homem sobre isso ou evita sugestioná-lo?

Marcelo Wroclawski: Sem dúvida os inibidores da 5-alfa redutase e a tansulosina podem impactar negativamente a vida sexual de seus usuários. Por exemplo, disfunção erétil, diminuição da libido, distúrbios ejaculatórios e ginecomastia ocorrem em 6%, 4%, 2% e 1% dos homens em uso de dutasterida. Por sua vez, os alfa-bloqueadores podem provocar anejaculação. É nosso papel, ao prescrevermos uma medicação, orientarmos os pacientes sobre seus possíveis efeitos colaterais. Entretanto, uma boa relação médico-paciente é fundamental para diminuir o risco de efeito Nocebo, no qual a sintomatologia é induzida, auto-sugestionado, apenas pelo conhecimento do possível efeito adverso.

Sidney Glina: Principalmente os inibidores da 5 alfa redutase tem um impacto negativo principalmente no desejo sexual e isto precisa ser discutido com o paciente; neste caso o paciente já apresenta queixa de disfunção erétil e de desejo, que podem ser agravados com a terapêutica e dificilmente o paciente terá uma boa aderência ao tratamento.

6. Em quais situações a cirurgia está indicada? O espessamento da bexiga preocupa?

Fernando Almeida: O tratamento cirúrgico faz parte do arsenal de possibilidades terapêuticas no paciente com obstrução infravesical decorrente da HPB. Orientar e discutir as opções de tratamento, além de observar a preferência do paciente faz parte da decisão do tratamento.

Além daqueles pacientes com indicação absoluta de cirurgia (ex. obstruídos e com retenção urinária), pacientes que não responderam ou que não desejam tratamento clínico medicamentoso também podem ser submetidos a procedimentos invasivos. Importante ressaltar que utilizo

sempre a avaliação urodinâmica antes de tomar a decisão cirúrgica. A espessura da parede vesical é a medida ultrasonográfica da distância entre a mucosa e a adventícia da bexiga. Vários estudos tentaram correlacionar a espessura e o peso vesical estimado pelo USG, mas os resultados são contraditórios e não permitem a utilização na prática clínica. Publicamos um estudo avaliando o peso vesical (BJU Int. 2011 Sep;108(6):864-7) e não encontramos correlação com o grau de obstrução dos pacientes. De tal forma que não utilizo essa medida na prática clínica.

Carlos Bezerra: O espessamento da bexiga é o primeiro sinal de que a obstrução é severa e pode causar complicações como aparecimento de resíduo pós miccional e infecção urinária; mas não é uma indicação absoluta de cirurgia. Nesses casos acompanho o paciente mais frequentemente (cada 4 a 6 meses), dependendo da intensidade dos sintomas; pacientes com sintomas que produzem impacto na qualidade de vida, apesar de adequadamente tratados com medicamentos devem ser operados. A cirurgia também é indicada quando aparecem resíduo pós miccional, infecção urinária, hematúria e outras complicações como cálculos na bexiga e deterioração do trato urinário superior.

7. Este paciente pretende em breve se submeter à herniorrafia inguinal. A HPB interfere no pós operatório? E como orientar esta situação?

Fernando Almeida: Importante conceituar: HPB não irá interferir no pós-operatório da hérnia, mas obstrução infra-vesical sim. Ou seja, HPB não é sinônimo de OIV. Tanto a presença de LUTS, quanto à anestesia são fatores de risco para retenção urinária aguda.

Um estudo multicêntrico com 6.074 homens, identificou que 28% dos pacientes com retenção urinária aguda foram submetidos a algum tipo de anestesia (geral ou locorregional). Este mesmo estudo identificou uma alta taxa de sucesso naqueles pacientes que receberam alfa-bloqueador antes da retirada da sonda vesical.

Outro estudo (francês), demonstrou a mesma taxa de retenção urinária aguda em pacientes submetidos à algum tipo de anestesia. Além disso, mais da metade dos pacientes que evoluíram com retenção urinária aguda tinham LUTS.

Nessa situação, minha orientação seria que o paciente fosse avaliado quanto os sintomas do trato urinário inferior, se leves e o fluxo livre fosse adequado, não traria preocupação. Por outro lado, se os sintomas fossem mais importantes, realizaria uma investigação mais aprofundada para tratamento adequado (clínico ou cirúrgico) antes da cirurgia de hérnia.

Carlos Bezerra: A necessidade de esforço abdominal para urinar é um fator de risco para falha do tratamento cirúrgico das hérnias abdominais. Antes do aparecimento dos medicamentos, a presença de hérnia inguinal era considerada um problema que exigia tratar cirurgicamente a próstata concomitante ou antes da herniorrafia. Hoje sabe-se que nem todos os pacientes obstruídos realizam prensa abdominal para esvaziar a bexiga; sendo que nesse caso eu oriento os pacientes portadores de HPB assintomáticos ou com sintomas leves a manter acompanhamento rigoroso após a herniorrafia e, ao menor sinal de evolução da HBP já considerar a possibilidade de cirurgia.

8. Você costuma prescrever associação de alfa bloqueador com inibidor da 5 alfa redutase? Em quais situações?

Marcelo Wroclawski: O estudo MTOPS mostrou benefício da associação de alfa-bloqueador e inibidor da 5-alfa redutase (doxazosina + finasterida) em relação à monoterapia com qualquer uma das drogas, reduzindo o risco de progressão clínica em pacientes com próstata acima de 31g. Já o estudo CombAT mostrou que a terapia combinada (tansulosina + dutasterida) foi superior do que cada uma das drogas isoladas em próstatas maiores que 40g. Na prática, penso em associar as medicações em pacientes com próstata de grande volume, principalmente acima de 40g.

Sidney Glina: Prescrevo a associação em pacientes com próstata maiores de 50g, explicando ao paciente a necessidade do uso em longo prazo, dos possíveis benefícios da diminuição da progressão da doença e do risco para cirurgia prostática.

Carlos Bezerra: Sim, o tratamento combinado beneficia pacientes com próstatas maiores que 30g como foi demonstrado com os estudos MTOPS e COMBAT; na minha prática de consultório, quando o paciente tem próstatas entre 30g e 50g e sintomas de esvaziamento que incomodam, proponho inicialmente o tratamento com alfa-bloqueador e quando tem próstatas maiores que 50g, proponho o tratamento combinado. Se o paciente tem próstata maior que 50g, mas não tem sintomas, explico as vantagens e desvantagens do uso de inibidores da 5 alfa redutase e a decisão é compartilhada.

9. Se o paciente acima fosse completamente assintomático, prescreveria alguma medicação? E no caso qual?

Fernando Almeida: Como dito anteriormente, o aumento benigno da próstata não é sinônimo de obstrução infra-vesical. Muitos homens acima de 40 anos desenvolverão

hiperplasia histológica, porém nem todos terão LUTS. Além disso, daqueles que desenvolverão LUTS, alguns podem ser por HPB e outros podem ter outras causas que levam a sintomas de esvaziamento, como estenoses de uretra ou hipotratilidade detrusora, por exemplo. Porém, é importante interrogar se o paciente é realmente assintomático, já que muitos homens acham “normal” apresentar sintomas de esvaziamento devido à idade. Além disso, orientar o paciente quanto à possibilidade de aparecimento dos sintomas e acompanhá-lo para evitar complicações futuras faz parte do nosso papel como urologista.

Sidney Glina: Embora exista uma indicação para o uso dos inibidores da 5 alfa redutase devido ao tamanho prostático, é muito difícil o paciente aceitar o tratamento quando é assintomático e conhece os riscos para a função sexual.

Marcelo Wroclawski: Independente dos sintomas, o paciente apresenta resíduo pós-miccional elevado e espessamento da parede da bexiga. Pelo risco de progressão da doença, pensaria em tratá-lo com inibidor da 5-alfa redutase para tentar reduzir a chance de retenção urinária e de procedimentos cirúrgicos relacionados à HPB.

10. Em relação a sua conduta, como acompanharia este paciente? Caso tenha prescrito medicação, esta é mantida por quanto

tempo? Quais exames são solicitado e em qual periodicidade?

Sidney Glina: Na minha prática inicio a medicação por 90 dias. Peço para o paciente me telefonar em 1 mês para avaliar se há alguma melhora e caso a resposta seja afirmativa peço um retorno após três meses; se a melhora se mantiver mantenho a medicação até o próximo retorno anual.

Marcelo Wroclawski: Neste caso, por se tratar de paciente com sintomatologia importante, no qual tentaremos inicialmente tratamento medicamentoso, solicitaria um retorno precoce, entre 4-6 semanas após início da terapia, para determinar se houve resposta à conduta instituída. Caso melhora clínica tenha sido observada, os retornos se dariam aos 3 meses, aos 6 meses, aos 12 meses e, posteriormente, de maneira anual. Nestas visitas, além da anamnese exame físico, é solicitado que o paciente traga PSA, função renal, exame de urina, ultrassonografia com medição do volume vesical pré e pós-miccional e urofluxometria. Se o paciente tolerar bem as medicações prescritas, tenderia a mantê-las por longo prazo, apesar de sabermos que a taxa de descontinuidade destas drogas é alto, podendo chegar a 70% após 1 ano de uso. Em caso de piora dos sintomas ou eventualmente dos exames, ou se houvesse sinais de progressão ou complicações, proporia cirurgia.

NOTÍCIAS DA DISCIPLINA

Dr. Guilherme Andrade Peixoto

Residente da Disciplina de Urologia da FMABC

Dr. Cristiano Linck Pazeto

Residente da Disciplina de Urologia da FMABC

Eventos

1. No dia 08 de abril de 2017 realizou-se o **"1º Curso Hand-on de Prótese Peniana"** no Hospital Estadual Mário Covas. O curso sob orientação do Dr. Roberto Vaz Juliano e Sidney Glina consistiu de **3 palestras** ministradas pelo Dr. Eduardo A. Corrêa Barros, Dr. Celso Gromatzki e Dr. Eduardo Berna Bertero (IAMSPE) e de **2 procedimentos** de colocação de prótese peniana. O curso contou também com a participação de integrantes da psicologia da FMABC.



2. Entre os dias 29 de março e 01 de abril de 2017 ocorreu o **curso PROTEUS** no centro de convenções Rebouças em São Paulo. O curso foi promovido pela SBU-SP sob coordenação do Dr. André Farinhas Tomé (FMABC). Dez assistentes da Disciplina de Urologia ministraram aulas neste tradicional curso preparatório para prova do título de especialista.

3. Entre os dias 04 e 06 de maio de 2017 ocorreu a **"XV Jornada Paulista de Urologia"** em Campos do Jordão – SP. O evento contou com a participação de diversos assistentes da Urologia FMABC entre eles: Dr. André Farinhas Tomé, Prof. Dr. Sidney Glina, Dr. Celso Gromatzky, Prof. Dr. Antonio Carlos de Lima Pompeo, Dr. Edmir Choukri Chérit, Dr. Fabio José Nascimento, Dr. Roberto Vaz Juliano, Dr. Marcos Tobias Machado.

4. Entre os dias 12 e 16 de maio de 2017 ocorreu em Boston (Massachusetts) o **112º Congresso Americano de Urologia – AUA**. Diversos assistentes da disciplina compareceram no evento que é considerado o mais importante do mundo na área de Urologia.



5. Durante o mês de maio de 2017, o residente Guilherme Andrade Peixoto realizou estágio (Observership) no Johns Hopkins Hospital – Baltimore, MD – EUA. A Instituição, com renome internacional, foi fundada em 1915 e é um dos maiores e mais renomados serviços de urologia dos Estados Unidos e do mundo. O residente foi recebido pelo Dr. Mohamad Allaf (Vice Chairman and Director of Minimally Invasive and Robotic Surgery – Department of Urology), acompanhando o serviço de urologia do hospital junto aos residentes e os acadêmicos da instituição.



6. No dia 20/05/17 aconteceu o primeiro módulo do **“Curso de Educação Continuada de Urologia para Residentes da FMABC”**. Os temas abordados foram Anatomia do retroperitônio, aparelho urinário e aparelho genital (R5 Pedro Henrique Borba Leite), propedêutica clínica e laboratorial em urologia (R5 Cristiano Linck Pazeto), propedêutica por imagem em urologia – Ultrassom (Dr. Peter Célio Francolim – FMUSP) e trauma em urologia (Dr. José Ferreira da Rocha Grohmann).



7. Nos dias 07 e 14 de junho de 2017 foi realizado o **“Curso Hands-on de Laparoscopia para Residentes”** na MEDTRONIC em São Paulo. O Curso em questão ocorreu através de uma iniciativa dos assistentes Dr. Marcos Tobias Machado e Oseas de Castro Neves em parceria com a ETHICON®.

NOTÍCIAS DA DISCIPLINA



8. Entre os dias 19 e 21 de junho de 2017 foi realizado o “2º Curso Hands on de Implante de Prótese Inflável do Programa de Treinamento para Residentes”. O curso foi patrocinado pela Boston Scientific® e consistiu de aulas ministradas pelos assistentes Dr. Eduardo A. Corrêa Barros, Dr. Cesar Milton Marinelli e pelo **convidado especial Dr. Jesse N. Mills** (Departamento of Urology – UCLA Medical Center). O Dr. Mills realizou 3 procedimentos de colocação de prótese peniana inflável modelo AMS 700™ com os residentes durante o curso. O moderador foi o Professor Titular: Dr. Sidney Glina.



9. Em 28 de junho de 2017 o Dr. Odair recebeu o título de Mestre pela Faculdade de Medicina do ABC - “Avaliação dos efeitos urodinâmicos da cirurgia de Sling em homens com incontinência urinária pós-prostatectomia”.



Publicações e participações em congresso

- Cristiano Linck Pazeto, Willy Baccaglioni, Thiago Fernandes Negriz Lima, Alexandre Gomes S. Simões, Sidney Glina. Alternative approach of a Fibroepithelial polyp. (Video Section). Int Braz J Urol, Vol. 43, 2017.
- Foram aceitos 24 trabalhos para apresentação no próximo Congresso Brasileiro de Urologia que ocorrerá nos dias 26 e 29 de agosto/2017 em Fortaleza - CE.

Prêmios

- Em 09/06/2017 durante a VIII Jornada Baiana de Urologia e Oncologia, o Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo recebeu a **medalha Mérito Urológico da Bahia**, por serviços associativos prestados àquela Sociedade durante décadas.



Prof. Antonio Lima Pompeo, Dr. Antonio Francisco Vinhaes e Dr. Wagner Coelho Porto.



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

 Av. Príncipe de Gales, 821 – Santo André – SP

 Fones: (11) 4437-3118 / 4993-7269

 www.uroabc.com.br

 www.facebook.com/uroabc

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SEXOLOGIA: **NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE SEXUAL**

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. Príncipe de Gales, 821 - Príncipe de Gales - Santo André - SP

VITÓRIAS DIÁRIAS

transformam pessoas comuns
em grandes vencedores!

ISSO É

High Performance

Para seu paciente
superar a HPB¹

DUOMO HP
doxazosina+finasterida



TRATAMENTO
HIGH PERFORMANCE



A combinação da **DOXAZOSINA** e **FINASTERIDA**
é segura.²

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, dispnéia, 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. Farm. Resp.: Dra. Maria Benedita Pereira - CRF-SP 30.378. Fabricado por: EUROFARMA LABORATORIOS SA. 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. 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.

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.

