

OPINIÃO DO EXPERT

Disfunção erétil
psicogênica x orgânica

UP TO DATE

Risco de quedas em
pacientes idosos durante o
tratamento clínico da HPB

ARTIGOS COMENTADOS

Uro-oncologia
Medicina sexual

PONTO E CONTRA-PONTO

Tamsulosina e
ureterolitotripsia flexível

CASOS CLÍNICOS

Uro-oncologia
Disfunções da micção

PROJETO

UroCAST ABC

REVISANDO CONCEITOS

Distúrbios ejacutórios

INTERFACE

Diabetes mellitus e doenças
urológicas. Efeitos das drogas
hipoglicemiantes

INTERCONSULTA

Psicologia

SUBTRAX

sulfametoxazol + trimetoprima

1ª escolha no tratamento das infecções não complicadas

• Imagem meramente ilustrativa e não tem qualquer ligação com o produto, tampouco com seu sabor.



UMA ALTERNATIVA CONSCIENTE PRESERVA O FUTURO DO PACIENTE.²



Recomendado como o 1º passo no tratamento empírico das cistites leves¹



Alternativa ao uso das quinolonas nos casos de cistite não complicada¹



Efetivo na prevenção de infecções recorrentes do trato urinário em mulheres³



Referências bibliográficas:

1. In: Gupta K et al. International Clinical Practice Guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pelonefritis in women: a 2010 update by the IDSA and the ESCMID. Clinical Infectious Diseases. 2011; 52(5): e103-e120. 2. Paim RSP, Lorenzini E. ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DA RESISTÊNCIA BACTERIANA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. Rev Cuid 2014; 5(2): 757-64. 3. Diagnosis and management of recurrent urinary tract infections in non-pregnant women. BMJ 2013; 346.

CONTRAINDICAÇÕES: hipersensibilidade à sulfonamida ou trimetoprima ou a qualquer um dos componentes da formulação; lesões graves do parênquima hepático; insuficiência renal grave; prematuros e recém-nascidos durante as primeiras seis semanas de vida. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** dofetilida; amantadina; memantina; lamivudina; paclitaxel; amiodarona; dapsona; repaglinida; rosiglitazona; pioglitazona; cumarinas; fenitoína; derivados de sulfonilureia; digoxina; análogos de nucleosídeos, tacrolimus, azatioprina; mercaptopurina; clozapina, diuréticos, principalmente tiazídicos; metotrexato; antidepressivos tricíclicos; pirimetamina; IECA; bloqueadores dos receptores da angiotensina; diuréticos poupadores de potássio; prednisolona; ciclosporina.

Subtrax (sulfametoxazol + trimetoprima) – USO ORAL - USO ADULTO E PEDIÁTRICO comprimido 800 mg + 160 mg (a partir de 12 anos) e suspensão (5 mL) 400 mg + 80 mg (a partir de 6 meses). **INDICAÇÕES:** infecções, tais como: do trato respiratório e otites; urinário e renais; genitais em homens e mulheres, inclusive uretrite gonocócica; gastrintestinais; pele e tecidos moles; possivelmente em combinação com outros antibióticos: osteomielite aguda e crônica; brucelose aguda; nocardiose; blastomicose sul-americana; actinomicetoma. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** o tempo de tratamento deve ser o menor possível, especialmente em idosos, descontinuar imediatamente ao primeiro sinal de aparecimento de erupção cutânea ou qualquer outra reação adversa grave; monitorização do potássio sérico e da função renal no caso de: altas doses, e em dose padrão para pacientes com doença de metabolismo do potássio ou insuficiência renal ou que estão recebendo medicações que induzem hipercalcemia; portadores de insuficiência hepática; insuficiência renal; associação a outros fármacos; alterações hematológicas graves; deficiência de ácido fólico; deficiência de G6PD; porfiria; disfunção da tireoide; acetiladores lentos; tratamento de uso prolongado; categoria C de risco na gravidez; lactação. **REAÇÕES ADVERSAS:** alterações: gastrintestinais; hepatobiliares; renais e urinários; distúrbios de pele e do tecido subcutâneo; distúrbios do sangue e sistema linfático e outros. **POSOLOGIA:** 6 meses a 5 anos: 2,5 mL/VO/2x ao dia; 6 anos a 12 anos: 5 mL/VO/2x ao dia. Para infecções graves, a dose apresentada para crianças pode aumentar em até 50%. Acima de 12 anos: dose habitual: 1 comprimido ou 10 mL/VO/2x ao dia. Dose mínima e para tratamento acima de 14 dias: 1/2 comprimido ou 5 mL/VO/2x ao dia. Dose máxima: 1 e 1/2 comprimido ou 15 mL/VO/2x ao dia. Profilaxia de pneumonia causada por Pneumocystis jirovecii: Superfície corpórea 0,53: 2,5 mL/VO/2x ao dia ou 1/2 comprimido VO/2x ao dia; Superfície corpórea 1,06: 5 mL/VO/2x ao dia ou 1 comprimido VO/2x ao dia. Adultos e adolescentes: 1 comprimido/VO/dia. Acima de 12 anos: dose habitual: 1 comprimido ou 10 mL/VO/2x ao dia. Dose mínima e para tratamento acima de 14 dias: 1/2 comprimido ou 5 mL/VO/2x ao dia. Dose máxima: 1 e 1/2 comprimido ou 15 mL/VO/2x ao dia. Leia a bula para tempo de tratamento e posologia em populações especiais. MS: 1.0043.1282. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DE RECEITA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Material destinado exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos. ame@eurofarma.com.br.



REVISTA

UROABC

EXPEDIENTE



PRODUÇÃO EDITORIAL
Rudolf Serviços Gráficos
rudolf.orcamento@gmail.com



IMPRESSÃO
Ipsis Gráfica e Editora
Tel.: 11 2172-0511
contato@ipsis.com.br

EDITOR-CHEFE

Prof. Dr. Antonio Carlos Lima Pompeo

COEDITORES

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra (*in memorian*)

Prof. Dr. Sidney Glina

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Alexandre Gomes Sibanto Simões

Dr. Fabio José Nascimento

Dr. Fernando Korkes

Dr. Leonardo Seligra Lopes

Dr. Luiz Alexandre Villares da Costa

Dr. Marcello Machado Gava

Dra. Maria Claudia Bicudo Furst

Dr. Paulo Kouiti Sakuramoto

Dr. Roberto Vaz Juliano

Dr. Willy Roberto Camargo Baccaglini

ORGANIZADORES

Prof. Dr. Sidney Glina

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Revista UROABC

Volume 10 • número 03 • setembro-dezembro 2020



CENTRO UNIVERSITÁRIO SAÚDE ABC

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

REITOR

Prof. Dr. Davi Everson Uip

DISCIPLINA DE UROLOGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SAÚDE ABC/FMABC

PROFESSOR TITULAR DA DISCIPLINA DE UROLOGIA

Prof. Dr. Sidney Glina

CHEFE DE CLÍNICA

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra (*in memoriam*)

GRUPO DE UROLOGIA GERAL

Dr. Paulo Kouiti Sakuramoto (Responsável)
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Alexandre Gomes S. Simões
Hospital Municipal de Santo André

Dr. Anis Taha
Hospital Municipal de Santo André

Dr. Carlos Ricardo Doi Bautzer
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Fabio Ferro Rodrigues
Hospital Municipal de Santo André

Dr. Felipe Ambrosio Chicoli
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Felipe Sanches
Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

Dr. Gabriel Kushiyama Teixeira
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Guilherme Andrade Peixoto
Hospital Municipal de Santo André

Dr. José F. da Rocha Grohmann
Complexo Hospitalar Maria Braido

Dr. João Roberto Paladino Jr.
Hospital Municipal de Santo André

Dr. Leonardo Monte Marques Lins
Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

Dra. Maira Cristina Silva
Hospital Municipal de Santo André

Dr. Pedro Herminio Forseto Jr.
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Rodrigo Dal Moro Amarante
Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

GRUPO DE DISFUNÇÕES DA MICÇÃO

Dra. Maria Claudia Bicudo Furst (Responsável)

Dr. Alexandre Oliveira Rodrigues
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Caio Cesar Cintra
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Cristiano Linck Pazeto
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Odair Gomes Paiva
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dra. Rafaela Lima Santos
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Victor Miyakuchi
Campus da Fundação ABC (Ambulatório)

GRUPO DE MEDICINA SEXUAL E REPRODUTIVA

Dr. Roberto Vaz Juliano (Responsável)
Campus da Fundação ABC (Graduação)

Dr. Caio Eduardo Valada Pane
Instituto Idéia Fértil (IF)

Dr. Celso Gromatzky (Voluntário)

Dr. Cesar Milton Marinelli
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Eduardo A. Corrêa Barros
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Leonardo Seligra Lopes
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Marcello Machado Gava
Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS + (IF)

Dr. Milton Ghirelli Filho
Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS + (IF)

Prof. Sidney Glina
Campus da Fundação ABC (Prof Titular)

GRUPO DE LITÍASE URINÁRIA E ENDOUROLOGIA

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto (Responsável)
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Alexandre A. Monteiro Sato (Voluntário)

Dr. Gabriel Esteves Gaiato
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Luiz Alexandre V. da Costa
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Mario Henrique Elias de Mattos
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Vinicius Dall'Aqua
Hospital de Clínicas - SBC

GRUPO DE URO-ONCOLOGIA

Dr. Fernando Korkes (Responsável)
Campus da Fundação ABC (Ambulatório CABEM)

Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo
Campus da Fundação ABC (Prof Titular)

Dr. Alexandre Saad Feres Pompeo (Voluntário)

Dr. Eduardo F. Pedroso Almeida
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. José Henrique Dall'Aquila Santiago
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Marcel Aranha da Silveira
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Marcos Tobias Machado
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Oséas de Castro Neves
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Pedro Herminio Forseto Jr.
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Willy Roberto Camargo Baccaglini
Hospital de Clínicas - SBC

GRUPO DE URO-PEDIATRIA

Dr. Fabio José Nascimento (Responsável)
Campus da Fundação ABC (Graduação)

Dra. Estefânia Nicoletti Gabriotti
Hospital de Clínicas - SBC

GRUPO DE DST

Dr. Edmir Choukri Cherit (Voluntário)

GRUPO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO

Dr. Willy Roberto Camargo Baccaglini
Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Cristiano Linck Pazeto
Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

FELLOWS 2020

MEDICINA SEXUAL E REPRODUTIVA

Dr. Iure Carvalho de Souza
Dr. Leonardo Monteiro

FELLOW DE DISFUNÇÃO MICCIONAL

Dra. Thalita Dutra Silva

FELLOW DE URO-ONCOLOGIA

Dr. Frederico Timóteo Silva Cunha

RESIDENTES 2020

Dr. Antonio Flavio Silva Rodrigues (5º)

Dr. Arthur da Silva Farias (5º)

Dr. Caio Dal Moro Alves (5º)

Dr. Paulo Roberto dos Anjos Cabral (5º)

Dr. Andre Marantes Masciarelli Pinto (4º)

Dr. Arthur Cardoso Del Papa (4º)

Dr. Eduardo Fernandes da Costa (4º)

Dr. Victor Pires Stufaldi (4º)

Dr. Alexandre A. Hidaka (3º)

Dr. Felipe Placco A Glina (3º)

Dr. Gustavo Santana de Lima (3º)

Dr. Murilo Crellis de Carvalho (3º)

COORDENADOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO DO 3º ANO DE MEDICINA

Dr. Fabio José Nascimento

COORDENADOR DO INTERNATO DO 6º ANO DA GRADUAÇÃO DE MEDICINA

Dr. Gabriel Esteves Gaiato

COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM UROLOGIA

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

COORDENADOR DO PROGRAMA DE FELLOWSHIP E ESTAGIÁRIOS

Dr. Marcello Machado Gava

PSICÓLOGOS

Psic. Dra. Margareth dos Reis

Psic. Dra. Marilisa Pollone

FISIOTERAPEUTA

Dra. Mariane Castiglione

SECRETÁRIA

Vanda Lourenço Schmidt

UROLOGIA NOS TEMPOS DA PANDEMIA DO COVID 19

Em 2020, a pandemia mostrou ao mundo quanto uma doença pode interferir negativamente em nossas vidas, não apenas no âmbito pessoal, mas também no profissional e social. Para isso, colaboraram significativamente aspectos relacionados ao funcionamento dos hospitais, clínicas, consultórios e o comportamento das pessoas sujeitas as limitações impostas pelo afastamento social e o temor compreensível quanto ao risco de contaminação.

Os hospitais tiveram que se adequar para a assistência prioritária aos portadores do coronavírus, causando restrições expressivas ao atendimento de outras doenças e aquelas que necessitavam de tratamento cirúrgico eletivo. As orientações visavam direcionar apenas para situações emergenciais! O atendimento ambulatorial e dos consultórios diminuíram consideravelmente.

As consultas a distância (telemedicina), ganharam corpo, porém tem espectro ainda limitado por problemas técnicos, não realização de exame físico e pela dificuldade deste tipo de comunicação pois, grande parte da nossa população, apresenta níveis culturais e materiais heterogêneos. O resultado conjunto destes fatores apontados ocasionou um verdadeiro caos no atendimento médico.

A Sociedade Brasileira de Urologia, acaba de patrocinar uma pesquisa entre seus membros, empregando um complexo questionário, objetivando conhecer, criteriosamente, qual a influência da pandemia em suas atividades médicas e também pessoais. Os resultados (766 participantes), foram muito preocupantes, constatando-se um comprometimento assistencial muito expressivo e que pode ser estendido a diferentes especialidades. Entre outros, o funcionamento dos consultórios e dos ambulatorios diminuiu aproximadamente 80%, mais da metade dos procedimentos eletivos foi suspensa ou adiada por tempo indeterminado. Destaque-se que, dentre estes, havia casos de procedimentos prioritários que não deviam ser postergados pela perda da oportunidade de cura ou pelo menos melhores resultados. Alguns casos são elucidativos como os tumores vesicais, de próstata de alto risco, de testículos... Acresce, ainda, que, pelo menos 20% de cirurgias emergenciais não foram realizadas, optando-se por medidas menos invasivas cujos resultados, sabidamente, são inadequados...

Sob aspecto pessoal, 13% dos urologistas se contagiaram, muitos foram internados e alguns infelizmente... faleceram.

Desejamos homenagear todos os profissionais de saúde que, com muito desprendimento e riscos evidentes... cumprem com seu dever!

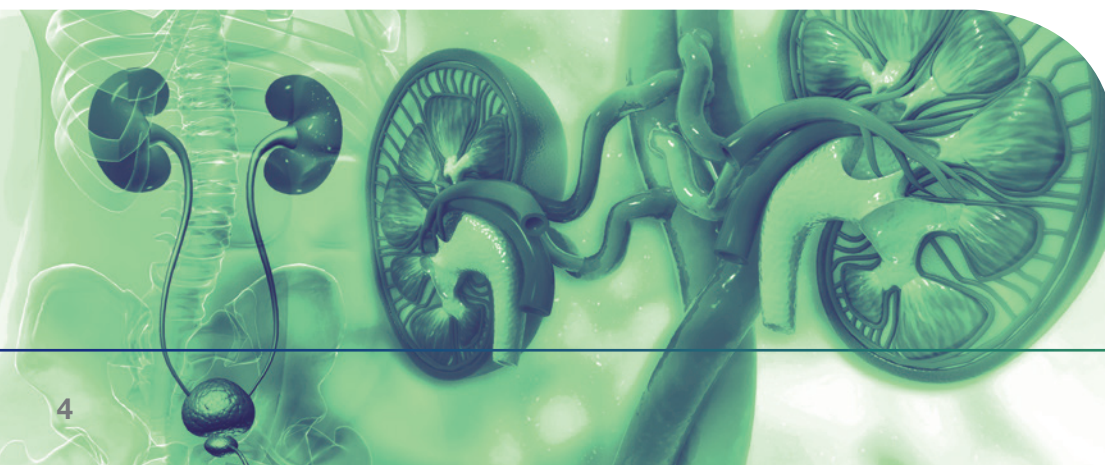
Aguardamos dias melhores!



☺☺ Desejamos homenagear todos os profissionais de saúde que, com muito desprendimento e riscos evidentes... cumprem com seu dever! ☺☺

Prof. Dr. Antonio Carlos Lima Pompeo
Editor da Revista UroABC

- 3 | EDITORIAL
UROLOGIA NOS TEMPOS DA PANDEMIA DO COVID 19
Prof. Dr. Antonio Carlos Lima Pompeo
- 5 | OPINIÃO DO EXPERT
NEM TUDO É ORGÂNICO, NEM TUDO É PSICOLÓGICO, MUITO PELO CONTRÁRIO
Sidney Glina
- 9 | ATUALIZAÇÃO
TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA
Gabriel Kushiya Teixeira, Rodrigo Dal Moro Amarante, Paulo Kouiti Sakuramoto
- 15 | PONTO E CONTRAPONTO
AFINAL... ALFABLOQUEADOR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE URETEROSCOPIA FLEXÍVEL DEVE SER UTILIZADO OU NÃO?
Antonio Corrêa Lopes Neto, Fabio Cesar Miranda Torricelli, Mario Henrique Elias de Mattos
- 20 | REVISANDO CONCEITOS
DISTÚRBIOS EJACULATORIOS
Cesar Milton Marinelli, Roberto Vaz Juliano
- 27 | UP TO DATE
RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES IDOSOS DURANTE TRATAMENTO CLÍNICO DA HPB
Alexandre K Hidaka, José F. da Rocha Grohmann
- 30 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS
URO ONCOLOGIA
NEFRECTOMIA PARCIAL CITORREDUTORA EM PACIENTE RIM ÚNICO COM METÁSTASE À DISTÂNCIA
Marcel Aranha da Silveira, Oséas de Castro Neves Neto
- 34 | DISFUNÇÕES DA MICÇÃO
DISFUNÇÃO MICCIONAL EM PACIENTE COM ANTECEDENTE DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO
Caio Cesar Cintra, Thalita Dutra e Silva
- 37 | INTERFACE
DIABETES MELLITUS E DOENÇAS UROLÓGICAS. EFEITOS DAS DROGAS HIPOGLICEMIANTES
Augusto Cezar Santomauro Jr., Ana Teresa Santomauro
- 41 | ARTIGOS COMENTADOS
URO-ONCOLOGIA
Oséas de Castro Neves Neto
- 43 | MEDICINA SEXUAL E REPRODUTIVA
André Marantes Masciarelli Pinto, Eduardo A. Corrêa Barros
- 45 | PROJETO
UROCAST DO ABC
Vinicius Dall'Aqua
- 47 | INTERCONSULTA
DISFUNÇÃO ERÉTIL: O QUE O UROLOGISTA PRECISA SABER - E PERGUNTAR
Margareth de Mello Ferreira dos Reis



| OPINIÃO DO EXPERT NEM TUDO É ORGÂNICO, NEM TUDO É PSICOLÓGICO, MUITO PELO CONTRÁRIO



Sidney Glina

Prof Titular da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saude ABC/FMABC



O Sr. João tinha 52 anos quando o problema começou. Foi tudo muito agudo. Apesar de fumar 20 cigarros por dia e ser diabético, razoavelmente controlado, há dois anos, sua vida sexual era normal, “nunca havia tomado nenhum dos comprimidos para ajudar na ereção”. Na fatídica noite estava tendo uma relação sexual normal quando recebeu um telefonema dizendo que sua loja tinha sido assaltada; ficou muito chateado, mas resolveu acabar a relação antes de correr para a loja para contabilizar o prejuízo, mas não conseguiu, “foi incrível doutor, ele não subia, eu tentava, a Maria fez de tudo e ele não quis saber”

Nos dias seguintes o João passou um grande estresse, o prejuízo havia sido grande, mas ele não conseguia tirar da cabeça a “falha”. Toda a noite ia para a cama junto com a Maria e tentava ter uma relação. Até que no começo a ereção era boa, mas na hora de penetrar perdia a rigidez e não conseguia. Muitas vezes acordava com uma ereção bem rígida e acordava sua esposa, rapidamente tentava penetrar e na grande maioria das vezes não conseguia. Mesmo na masturbação que antes sempre fora fácil, começou a ejacular com o pênis “meia bomba”. Como a Maria começasse a reclamar da insistência diária e a não querer continuar tentando, “afinal você não consegue mesmo”, foi a uma casa de massagem para fazer um teste. E de novo não conseguiu, até que no início pareceu que ia dar certo, pois a ereção estava boa, mas ela desapareceu no momento de colocar o preservativo. “Que bom que era uma profissional, pois o vexame foi menor!”

Foi na farmácia e comprou um dos inibidores de fosfodiesterase tipo 5, “o de maior dosagem e de marca”. Convenceu a Maria, trazendo um buquê de flores e uma garrafa de vinho chileno, e mesmo com o comprimido a ereção não foi boa. Conseguiu ejacular, mas não penetrou e sua esposa ficou muito nervosa.

Ficou muito deprimido, e gradativamente passou a perder a vontade de se masturbar e de tentar ter qualquer atividade sexual. Foi mais 3 vezes a casas de massagens e saiu mais 4 vezes com garotas de programa e só conseguiu penetração em uma das vezes, quando tinha tomado 2 comprimidos de sildenafila 100mg e não colocou o preservativo. Nas últimas vezes nem tentou a penetração, ficando apenas no sexo oral.

Foi a um urologista que em uma rápida consulta lhe prescreveu a mesma medicação que já vinha tomando sem sucesso. Seu endocrinologista lhe sugeriu procurar um especialista, “que não aceitava meu convênio

e cobrava caro, mas era muito famoso”. Fez vários exames; os hormônios estavam normais, fez uma ultrassonografia Doppler, onde não teve ereção com a injeção de prostaglandina e que mostrou “artérias normais”, mas uma velocidade diastólica elevada em todas as medidas. O médico lhe disse que ele tinha uma “fuga venosa” e lhe prescreveu tadalafila de uso diário e que se não desse resultado o passo seguinte seria a colocação de uma prótese peniana. Ficou muito assustado e tomou a medicação por quinze dias, e tentou mais duas vezes com garotas de programa, ficando apenas no sexo oral ou na masturbação.

Foi a outro médico que lhe disse que a sua testosterona estava baixa, apesar do sr. João achar que o valor de 400ng/dl estava normal, e lhe prescreveu injeções de testosterona duas vezes por mês. “- Fiz tudo que me mandaram doutor, mas não teve jeito”.

Passados mais 3 meses, o quadro já tinha três anos, foi a uma das clínicas que “aparecem na TV” e após uma série de exames foi diagnosticado com um problema de insuficiência vascular. Garantiram-lhe que se usasse uma injeção no pênis duas vezes por semana ficaria bom. Apesar de muito caras e de ter medo da “picada”, as injeções faziam efeito e passou a usá-las para ter relações sexuais. “A Maria permitia porque eu conseguia penetrar, mas me dizia que nunca tinha visto um homem precisar de injeções para ser Homem!” Além disto, passou a ter mais confiança e agora tem conseguido masturbar-se com boas ereções.

O caso do Sr. João é real, e pode representar uma coletânea de casos que vejo frequentemente e que devem passar em todos os consultórios de quem faz Medicina Sexual. Para muitos o quadro é orgânico: a diabete e o tabagismo, a “fuga venosa” ao Doppler peniano explicam o problema. Já os psicólogos e sexólogos mostrarão o início abrupto, a ansiedade de desempenho, a depressão, a parceira pouco colaborativas e até castradora como explicação para uma disfunção erétil psicogênica.

Alguns mais condescendentes no sentido de acomodar todos os dados classificam como disfunção sexual de causa mista. O debate pode se estender; afinal o paciente já era diabético e fumava antes do início abrupto da disfunção erétil e o quadro surgiu em um grande momento de ansiedade, onde a notícia do assalto produziu provavelmente um grande estímulo adrenérgico que derrubou a ereção. A necessidade de performance aliada à falta de percepção que aquele não era o momento para se continuar a atividade sexual pode ter levado o paciente a ficar muito preocupado com a falha e a seguir continuar falhando.

As ereções matinais rígidas que persistiam no início do quadro e que faziam o paciente acordar sua esposa e tentar ter relação

a qualquer preço, atestam a integridade anatômica mostrando que a “máquina” estava funcionando e provavelmente a descarga adrenérgica acabava com a ereção. Segundo Mann e cols. A presença de pelo menos uma ereção noturna normal indica que as estruturas penianas estão intactas e que os requerimentos orgânicos periféricos para o desenvolvimento de uma ereção foram preenchidos”¹.

A sequência de falhas e conseqüentemente de frustrações, provavelmente fez com que o interesse do paciente pela atividade sexual diminuísse, afinal é muito difícil lidar com alguma incapacidade sexual e secundariamente a não tentativa “protege” o homem da frustração.

Muitos irão arguir que se o paciente não conseguiu ter ereção nem com o uso de altas doses de inibidores de PDE-5 e isto significa que há um problema orgânico, provavelmente uma disfunção endotelial causada pelo diabete. Embora o diagnóstico de disfunção endotelial seja bastante complexa, a falta de resposta aos inibidores de PDE-5 não é patognomônico de lesão endotelial ou de patologia orgânica. Altos níveis de ansiedade são capazes de bloquear a resposta as estas drogas. Hussein e colaboradores mostraram que cerca de 10% de homens jovens sem lesão orgânica e que apresentavam a “impotência de lua de mel” não responderam ao uso de sildenafil².

Geralmente os pacientes com disfunção erétil psicogênica costumam apresentar falhas com algumas parceiras e com outras não e o quadro tende a ser situacional. O nosso paciente passou a apresentar falhas com todas as parceiras e em todas as situações. Isto provavelmente pode decorrer do nível de ansiedade do paciente. É sabido que o músculo liso do corpo cavernoso permanece contraído no estado flácido, por ação do sistema simpático. Se um homem estiver tendo uma relação sexual normal, com uma ótima ereção, e alguém ou alguma coisa o assusta, por exemplo alguém entra no quarto, é inevitável a perda da ereção e isto ocorre por estímulo adrenérgico. A pressão para ter ereção ou o medo de falhar mantém o homem em um nível de ansiedade elevado, com uma super excitação do sistema adrenérgico, o que dificulta e muitas vezes impede a ocorrência ou a manutenção da ereção, independente da parceira ou da situação. Ele não vai para o ato sexual para ter prazer, mas para testar sua capacidade de não falhar. A relação negativa ansiedade-ereção é muito percebida no contexto dos tratamentos de infertilidade; Saleh e colaboradores relataram que 11% dos homens, com função sexual normal, não conseguiram ter ereção no momento de colher semen para realizar espermograma ou alguma técnica de reprodução assistida³.

Outro ponto importante neste caso é o resultado da ultrassonografia doppler das artérias cavernosas que mostrou presença de artérias normais, não houve ereção com a droga

intracavernosa e a presença de velocidade de pico diastólico elevada levou ao ultrassonografista ao diagnóstico de disfunção veno-oclusiva ou “fuga venosa”. A resposta do músculo liso cavernoso às drogas vaso-ativas não é uniforme, há muitos anos se conhece que em muitos homens é necessário a reaplicação de doses ou associar drogas para se conseguir uma resposta total do músculo cavernoso. O relaxamento completo do músculo liso cavernoso é muito importante para realizar a veno-oclusão e bloquear a drenagem venosa, e se ele não é alcançado e isto pode ocorrer por um aumento da atividade adrenérgica, não se pode valorizar a pressão diastólica e não se pode fazer o diagnóstico de “fuga venosa”. Pagani e colaboradores mostraram que em cerca de 70% de homens com disfunção erétil psicogênica foi necessária pelo menos mais uma dose de droga vaso ativa para que a resposta fosse completa⁴. Como não há uma maneira precisa de se avaliar a resposta do corpo cavernoso às drogas vaso ativas deve-se olhar com grande desconfiança os diagnósticos de “fuga venosa” ou disfunção veno-oclusiva dos corpos cavernosos, baseada na ultrassonografia Doppler ou em cavernosometria, principalmente quando não se conhece a dose utilizada e não foi utilizada mais de uma aplicação⁵. No caso em questão o paciente apresentou boa resposta erétil em outras ocasiões com a aplicação intracavernosa de drogas vaso-ativas, o que afasta definitivamente o diagnóstico de disfunção veno-oclusiva dos corpos cavernosos ou “fuga venosa”.

Para quem atende pacientes com disfunção sexual é muito importante ouvir o paciente atentamente. Neste caso é mesmo muito fácil fazer um diagnóstico de disfunção erétil orgânica, depende do ênfase que o paciente dá aos fatos da história; basta ele omitir a presença de ereções matinais ou a maneira como o quadro se iniciou. Cabe ao profissional buscar os dados relevantes da história, não se deixando levar por idéias pré concebidas. É importante lembrar que fator de risco não é o mesmo que etiologia. Nem todo paciente diabético ou fumante vai ter disfunção erétil e os que tiverem não necessariamente irão tê-la em razão do diabete ou do hábito de fumar. Da mesma maneira que diabete, hipertensão são fatores de risco para disfunção erétil, fatores psicossociais como depressão e estresse também o são, de maneira igualmente importante. Assim o importante é lembrar que cada paciente é único e nosso cuidado para com ele deve ser completo e muitas vezes o que é bom para um não é bom para o próximo.

Embora a literatura nos leve a pensar o contrário, uma lesão orgânica da função erétil não é tão simples de ocorrer. Os níveis de testosterona onde ocorre a abolição da resposta erétil são extremamente baixos; níveis no limite inferior da normalidade ou mesmo subnormais não impedem a ocorrência de ereções normais em animais e homens⁶. A via do óxido nítrico-GMP cíclico não é a única que existe na célula endotelial e do músculo liso do corpo cavernoso, a prostaglandina E1 que é produzida

BB A sequência de falhas e conseqüentemente de frustrações, provavelmente fez com que o interesse do paciente pela atividade sexual diminuísse... BB

no tecido cavernoso produz o relaxamento sinusoidal via AMP cíclico. Estes são alguns exemplos de que a natureza se protege no sentido de não permitir que a função responsável pela perpetuação da espécie seja facilmente danificada. A resposta quase universal aos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 é mais uma reafirmação desta hipótese. Para que haja uma ereção com o uso destes medicamentos é necessário que o homem sinta desejo, transmita o impulso ao tecido cavernoso, ocorra a liberação de óxido nítrico, produção de GMP-cíclico e só aí a medicação vai agir bloqueando a degradação deste último. Mas ainda precisa ocorrer a distensão da musculatura sinusoidal, a dilatação do sistema arterial cavernoso, distensão da albugínea e bloqueio da drenagem venosa, ou seja a quase totalidade da “máquina” tem que estar íntegra e funcional.

É claro que eu acredito em causas orgânicas, a disfunção erétil pós-prostatectomia é o exemplo mais claro, mas é fundamental que o especialista em Medicina Sexual não seja partidário de um lado ou outro, como já disse o nosso paciente precisa ser ouvido e tratado como um todo e temos sempre que buscar o melhor tratamento para ele, independente de preconceitos e idéias pré-estabelecidas.

Encaminhei o Sr. João para psicoterapia sexual e hoje, após 8 meses consegue boas relações sexuais sem o uso das injeções. Apenas de vez em quando, em “situações especiais” usa um dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5, “afinal ninguém é de ferro, né doutor!

(Uma versão resumida deste artigo foi publicada na RELAMS - Revista Latinoamericana de Medicina Sexual em 2013).

REFERÊNCIAS

1. Mann K, Pankok J, Connemann B, Sohn M, Thüroff JW, Benkert O. Sleep investigations in erectile dysfunction. J Psychiatr Res. 2005; 39:93-9.
2. Ghanem H, Zaazaa A, Kamel I, Anis T, Salem A, El Guindi A. Short-term use of sildenafil in the treatment of unconsumated marriages. Int J Impot Res. 2006 Jan-Feb;18(1):52-4.

3. Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril*, 2003 Apr; 79(4):909-12.
4. Pagani E, Puech-Leão P, Glina S, Reis JM. The value of a second injection on the pharmaco-induced erection test. *Int J Impot Res*. 1997 Sep; 9(3):167-8.
5. Glina S, Ghanem H. SOP: Corpus Cavernosum Assessment (Cavernosography/Cavernosometry). *J Sex Med*. 2012 Sep 12. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02795.x
6. Traish AM, Guay AT. Are androgens critical for penile erections in humans? Examining the clinical and preclinical evidence. *J Sex Med*. 2006 May; 3(3):382-404.

| ATUALIZAÇÃO TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA



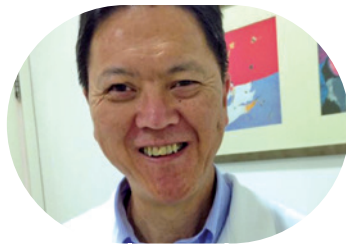
**Gabriel Kushiya
Teixeira**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saude ABC/FMABC - Grupo de Urologia Geral



**Rodrigo Dal Moro
Amarante**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saude ABC/FMABC - Grupo de Urologia Geral



**Paulo Kouiti
Sakuramoto**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saude ABC/FMABC - Responsável pelo grupo de Urologia Geral



A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma doença notadamente conhecida por acometer pacientes mais idosos. Seu diagnóstico é histológico e se refere à proliferação de tecido epitelial glandular, músculo liso e tecido conectivo na zona de transição prostática. Diversos estudos em séries de autópsias demonstram o aumento de sua prevalência de acordo com a idade, podendo chegar a 80% em pacientes com mais de 70 anos.¹

A HPB em si, não necessariamente necessita de tratamento específico. Entretanto, pode determinar um aumento progressivo do volume prostático com conseqüente obstrução ao fluxo urinário. Com a maior expectativa de vida populacional, o interesse em alternativas de tratamento para HPB também aumentou, tanto do ponto de vista medicamentoso, quanto cirúrgico. Nas últimas 3 décadas, um número grande de técnicas minimamente invasivas foi desenvolvido para o manejo do sintomas do trato urinário baixo (STUB) secundários à obstrução prostática benigna. Muitas delas não se mantiveram no teste do tempo, talvez porque foram muito promovidas antes dos resultados mais palpáveis, sendo implementadas de forma prematura no passado.

É cada vez mais evidente a percepção em alguns pacientes com STUB por HPB de que a intervenção cirúrgica pode se tornar estratégia mais adequada quando comparada ao tratamento clínico medicamentoso (por não estarem dispostos a tentar tais medicações, por não observarem melhora efetiva, ou por eventos adversos associados). Com a evolução dos tratamentos cirúrgicos minimamente invasivos, o limite da indicação para a intervenção está diminuindo.²

Devemos ter evidências suficientemente confiáveis para poder fornecer corretamente as opções terapêuticas, possibilitando a criação de recomendações em diretrizes de alta qualidade (como as da Sociedade Brasileira de Urologia). Portanto existe a necessidade de ensaios clínicos randomizados que analisem a eficácia e segurança do tratamento proposto, além de estudos secundários que confirmem a reprodutibilidade dos resultados. Caso contrário, existe o risco de que um único estudo central possa ser superexplorado pela indústria de fabricantes de dispositivos, utilizados nas diversas técnicas propostas.²

Vários tipos de tratamentos minimamente invasivos (TMI) foram desenvolvidos nas últimas 3 décadas. A partir de meados dos anos 80, surgiu o uso de balões dilatadores da próstata, stents prostáticos, ablação por hipertermia, crioterapia, terapias baseadas no neodýmium-YAG laser (interstitial laser coagulation, visual laser ablation), ablação transuretral com agulha (TUNA), microondas transuretral (TUMT) e ultrassom focalizado de alta intensidade (HIFU). Mas muitos destes dispositivos não resistiram ao teste do tempo e caíram em desuso por vários motivos: falta de eficácia a longo prazo, eventos adversos, baixo custo benefício ou desenvolvimento de versões mais recentes que diluíram novamente os dados disponíveis dessas últimas versões.

Como exemplo, o balão dilatador transuretral foi reportado como um procedimento simples, que poderia ser realizado ambulatorialmente com anestesia local e com mínima morbidade³. Entretanto, dois anos após sua introdução na prática urológica, outras séries demonstraram pouco benefício efetivo.⁴ O TUNA também foi introduzido com a promessa de bons resultados e livre de anestesia. Porém, com o decorrer do tempo, outros estudos mostraram resultados insatisfatórios, onde a taxa de retratamento atingiu até 20% (elevada em comparação à ressecção transuretral clássica).^{5,6,7}

Todas as análises que envolviam tais procedimentos concluíram a necessidade de estudos randomizados para determinar sua real viabilidade, complemento este que, em sua maioria, não se materializou.

Este artigo tem como objetivo descrever as principais técnicas cirúrgicas minimamente invasivas para o tratamento dos sintomas urinários relacionados à HPB. Discutiremos, brevemente, cada uma dessas modalidades.

INCISÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

Está indicada para homens sintomáticos, por obstrução prostática benigna, com glândulas geralmente menores do que 30 gramas e sem lobo mediano pronunciado. Neste quadro clínico específico, estudos de metanálise têm demonstrado resultados funcionais equivalentes à ressecção transuretral padrão.

RTUp monopolar (M-TURP) e bipolar (B-TURP)

A ressecção transuretral da próstata (mono/bipolar) permanece como tratamento padrão para HPB com LUTS. Ainda não existem dados suficientes para discutir a maior eficácia de um método sobre o outro.

A principal diferença está no maior risco de evolução para síndrome de retenção hídrica (sd. pós RTU) e hiponatremia na técnica monopolar.⁸ Guidelines anteriores enfatizam que as complicações aumentam de acordo com o maior tempo de ressecção e volume de tecido ressecado. Portanto, devemos evitar que o procedimento seja prolongado ao utilizar a técnica monopolar.⁸

A RTU de próstata bipolar apresenta a vantagem da utilização de solução salina fisiológica como fluido de irrigação durante a cirurgia. Seu uso permitiu aos urologistas maior segurança relacionada ao tempo de ressecção, e conseqüente maior permissividade ao volume prostático abordado. Além disso, alguns estudos demonstraram que o sistema bipolar age com menor voltagem quando comparado ao monopolar, induzindo menor dano térmico colateral e carbonização do tecido.⁹

Breve análise comparativa dos dados relacionados às duas técnicas:

- Estudos demonstram que B-TURP levou mais tempo para ser realizada (maior volume próstata relacionado?), porém com menos tempo de internação.^{10,15}
- Taxa de retenção por coágulos e absorção de fluidos foi maior na técnica monopolar.^{11,12,13}
- Maior incidência de estenose de uretra na técnica bipolar, em próstatas com volume >70ml (20% versus 2,2% na monopolar; ressaltando o viés de maior volume ressecado e maior tempo de cirurgia com a corrente bipolar).^{14,15}
- Sem diferença estatística em tempo de SVD, IPSS, IPSS QoL, transfusão sanguínea. Diferença significativa em tempo cirúrgico (monopolar) e dias de internação (bipolar).¹⁰
- Ambos os tratamentos possuem eficácia semelhante em 12 meses de seguimento, porém com a vantagem de apresentar menos riscos de hiponatremia pós RTU no grupo bipolar.¹³

Como cirurgião, é preciso estar ciente do fato de que os fluidos isotônicos de irrigação poderão eliminar os distúrbios eletrolíticos, mas não serão totalmente capazes de prevenir insuficiência cardíaca e/ou pulmonar grave em casos eventuais de absorção de grande volume.

Enucleação da próstata com laser (THULEP ou HOLEP)

Consiste no uso de laser (holmium laser ou thulium laser) para enucleação de tecido prostático (adenoma), em glândulas de pequeno ou médio volume.

As terapias com laser possuem menor morbidade intra operatória quando comparadas à RTU padrão. Do ponto de vista prático, sua elevada curva de aprendizado, menor disponibilidade no mercado e custos relacionados talvez sejam os maiores desafios para sua utilização rotineira. No entanto, estudo italiano recente, comparou os custos de THULEP vs B-TURP. O trabalho demonstrou mesmo tempo operatório, porém superioridade ao THULEP em relação ao tempo de cateterização, queda de hemoglobina, volume de irrigação e dias de internação (e consequentemente resultando em um custo total razoavelmente menor).^{16,17}



Figura 1. Enucleação da próstata a laser.



Figura 2. Ilustração do procedimento de ablação da próstata por laser.

Vaporização da próstata por laser (Greenlaser)

A vaporização prostática com *greenlaser* é tecnicamente mais fácil, com curva de aprendizado menor do que a observada na enucleação a laser. Devido à evolução constante de seu modelo, resultados a longo prazo ainda serão necessários para avaliar a real eficácia do método, assim como possíveis eventos adversos.

Vaporização da próstata por plasma bipolar (BPVP)

Técnica de vaporização do tecido prostático através de energia bipolar (Plasma Button). Utilizada com uma menor energia e, conseqüente, menor dano térmico e carbonização. Estudos recentes, demonstram que a BPVP apresentou menores taxas de perfuração capsular e sangramento, quando comparada a RTU.^{18,19} A principal desvantagem do procedimento é que, assim como todas as técnicas de vaporização, não há material para ser analisado histopatologicamente.

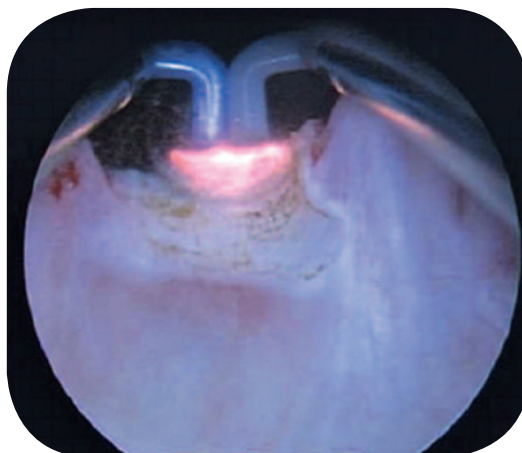
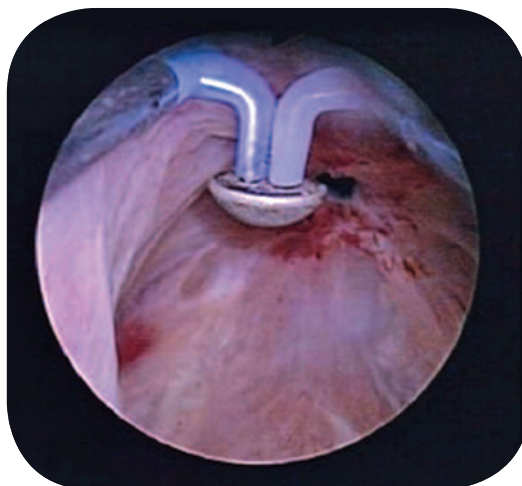


Figura 3. Vaporização prostática.

Ablação da próstata por solução salina (Aquablation)

Utiliza um jato de alta pressão de solução salina para promover ablação do parênquima tecidual, livre do uso de energia térmica. A área a ser tratada é pré determinada pelo urologista, e então a ablação é realizada através de um probe que libera os jatos de alta pressão, controlado por uma máquina (ex: Aquabeam®).²⁰ Assim como a BPVP e o *greenlaser*, possui a desvantagem de não fornecer material para análise histopatológica. Em estudo recente, incluindo 184 pacientes submetidos ao procedimento, com volume prostático médio de 53ml e follow up de 12 meses, a técnica demonstrou resultados similares a RTU quanto à melhora dos sintomas urinários e qualidade de vida. Em relação à função sexual, a ablação por solução salina demonstrou pequeno benefício em relação a disfunção ejaculatória.²⁰

“Prostatic Urethral Lift” (PUL)

Consiste na colocação de implantes transprostáticos ajustáveis (UroLift®) de forma definitiva. Através de uma cistoscopia rígida, um fio monofilamentar é passado através do lobo prostático até a cápsula, onde um clip é ancorado. A outra extremidade, que se localizará na luz uretral, é tensionada e então outro clip é locado. A tensão criada pelos clips promove um “esmagamento” do lobo prostático, com conseqüente alargamento da luz uretral. Sua melhor indicação ocorre em pacientes interessados em tentar preservar a função ejaculatória, com próstatas <70ml e sem lobo mediano.

Em 2013, estudo randomizado multicêntrico demonstrou bons resultados, observando melhora do padrão urinário dos pacientes submetidos a tal procedimento, quando comparado ao grupo controle (melhora esta mantida por até 12 meses de seguimento). Conclui-se tratar de técnica eficaz, com baixa morbidade e que poderia ser realizada de forma ambulatorial.²¹ Em contrapartida, em recente metanálise comparando PUL vs controle vs TURP, o UroLift® demonstrou ser menos eficaz que a TURP em relação à melhora dos STUBs, tanto em curto quanto em longo prazo de tempo.²²

Embolização da artéria prostática (EAP)

A embolização da artéria prostática está em protocolo de estudo há alguns anos, podendo ter um futuro promissor de acordo com a EAU. Também tem a premissa de poder ser realizada sob anestesia local. Porém ainda há clara necessidade de estudos randomizados confiáveis nesse sentido (Abt et al permanecem com uma das poucas publicações relacionadas, mas até o momento ainda sem seguimento de longo prazo).²³ As evidências atuais sugerem que a embolização pode ser uma opção viável para pacientes sintomáticos, mas sem ou

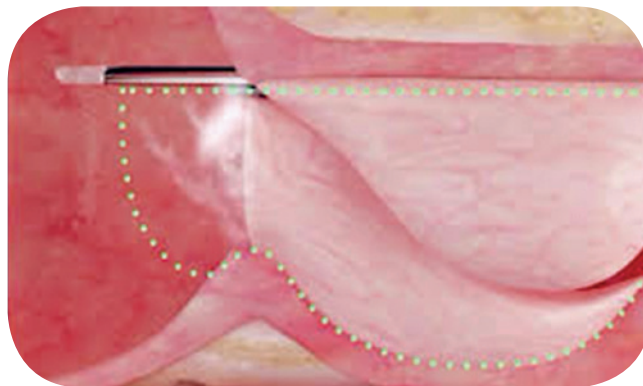


Figura 4. Ablação da próstata por solução salina (Aquabeam®).

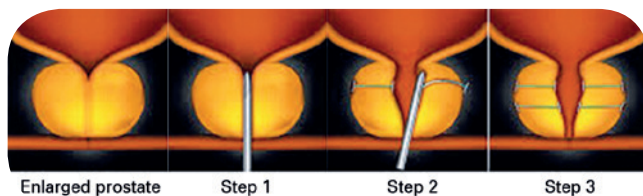


Figura 5. Passo a passo do PUL.

com mínima obstrução do fluxo de saída. Outros potenciais candidatos estão naqueles avessos a procedimentos mais invasivos ou inaptos à cirurgia; e os que também desejam tentar preservar a função ejaculatória.

Portanto, os principais concorrentes da EAP são as próprias medicações enquadradas no tratamento clínico para HPB, e dispositivos como o UroLift®, por exemplo. Temos dito que a embolização não é uma maldição nem uma bênção à prática urológica, mas pode ser um a opção útil para pacientes cuidadosamente selecionados.²⁴

Como podemos avaliar, existe uma vasta gama de procedimentos minimamente invasivos para o tratamento da HPB sintomática. Com o maior envelhecimento da população, e conseqüente aumento de sua incidência, o interesse em novas terapêuticas cresce a cada dia.

Mesmo com todas as atuais tecnologias, a ressecção transuretral (RTU), ainda é considerada o tratamento padrão para glândulas de pequeno e médio volume (30-80ml). Devido a menor curva de aprendizado e maior disponibilidade em relação às outras técnicas, a B-TURP parece ser o método mais utilizado em nosso meio. Apesar de possuir custo mais elevado quando comparado a M-TURP, as menores taxas de complicações parecem balancear essa desvantagem.

Ressaltamos que a indicação e o real benefício de qualquer intervenção deve ser avaliada de forma criteriosa e compartilhada. A técnica utilizada será determinada de forma individual e de acordo com a habilidade do cirurgião, levando em consideração os custos e sua disponibilidade no serviço em questão.

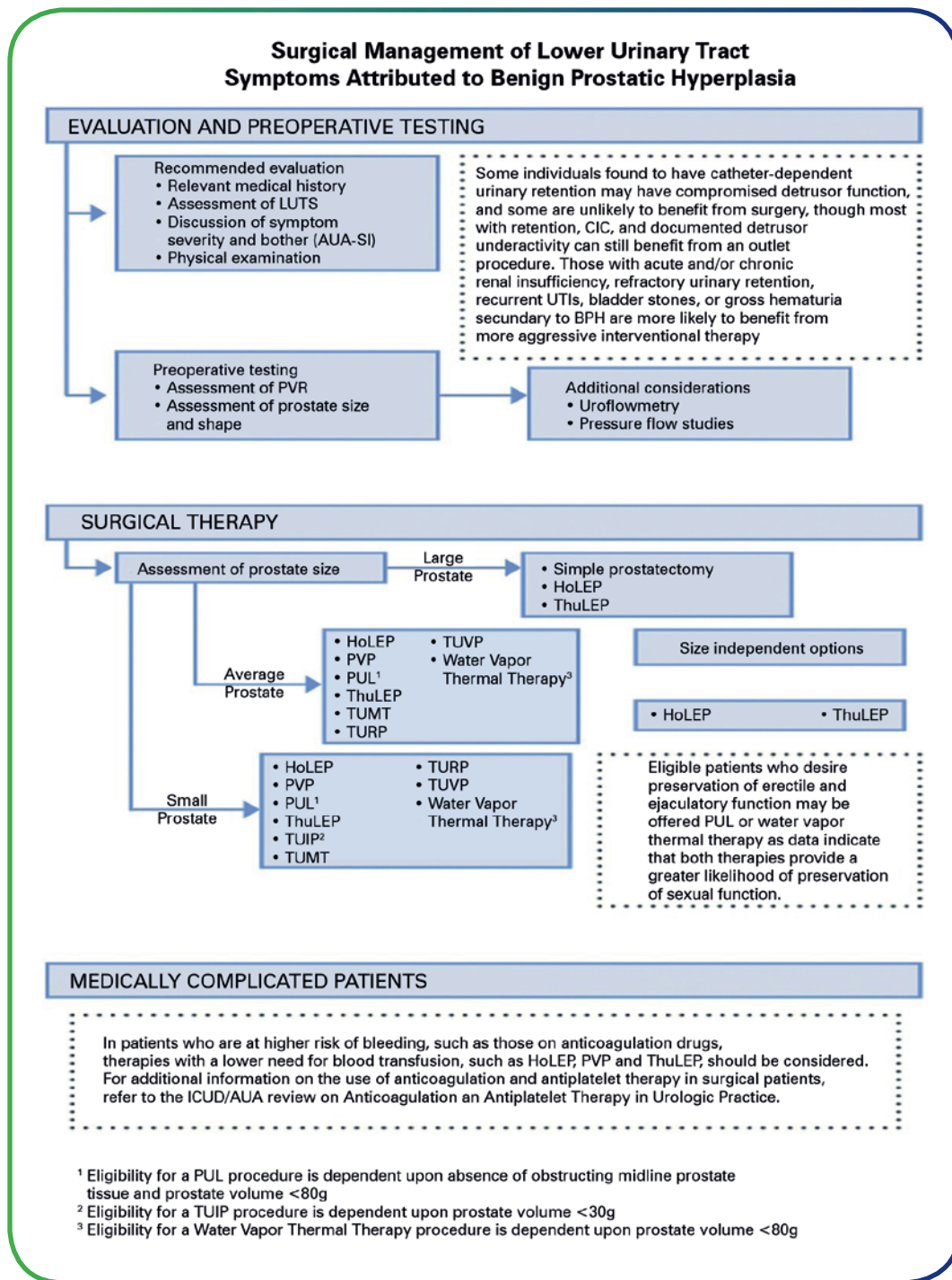


Figura 6. Guideline AUA 2018.

REFERÊNCIAS

- Age-associated increase in pathologic evidence of benign prostatic hyperplasia in 1075 men at autopsy. The percentage with benign prostatic hyperplasia was determined during 10-year intervals from five different studies; the mean values are shown. Data from Berry SJ, Coffey, DS, Walsh, PC, et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J urol 1984;132:474.
- What Is the Required Certainty of Evidence for the Implementation of Novel Techniques for the Treatment of Benign Prostatic Obstruction? Speakman MJ, Cornu JN, Gacci M et al. European Urology focus 5 (2019) 351-356.
- Balloon dilatation of the prostate for treatment of benign hyperplasia. Reddy PK, Wasserman N, Castañeda F, Castañeda-Zuñiga WR. Urol Clin North Am 1988;15:529-35.
- Balloon dilatation of the prostate: technique and early results. Keane PF, Charig CR, Hudd C, et al. Br J Urol 1990;65:354-6.
- Is transurethral needle ablation of prostate out of fashion? Outcomes of single session office-based transurethral needle ablation of prostate in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia. Law YXT, Chen WJK, Shen L, Chua WJ. Investig Clin Urol. 2019 Sep;60(5):351-358.
- Transurethral needle ablation of the prostate for treatment of

- benign prostatic hyperplasia: early clinical experience. Schulman CC, Zlotta AR. *Urology* 1995;45:28-33.
7. Transurethral needle ablation of the prostate: outcome at 1 year. Holmes MA, Stewart J, Boulton JB, Chambers RM. *J Endourol* 1999;13:745-50.
 8. Surgical management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia: aua guideline; Foster HE, Barry MJ, Dahm P et al. *J urol.* 2018 sep;200(3):612-619.
 9. Histopathologic changes after bipolar resection of the prostate: depth of penetration of bipolar thermal injury. Maddox M, Pareek G, Al Ekish S, et al. *J endourol.* 2012 oct;26(10):1367-71.
 10. Prospective randomized study comparing monopolar with bipolar transurethral resection of prostate in benign prostatic obstruction: 36-month outcomes. Al-rawashdah sf, pastore al, salhi ya, et al. *World j urol.* 2017 oct;35(10):1595-1601.
 11. Safety and efficacy of bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate in patients with large prostates or severe lower urinary tract symptoms: post hoc analysis of a european multicenter randomized controlled trial. Skolarikos a, Rassweiler j, de la Rosette jj, Alivizatos g, Scoffone c, Scarpa rm, Schulze m, Mamoulakis c. *J urol.* 2016 mar;195(3):677-84.
 12. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Mamoulakis C, Uhbink DT, de la Rosette JJ. *Eur urol.* 2009 nov;56(5):798-809.
 13. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate (turp) for benign prostatic obstruction: a randomised prospective trial comparing treatment efficacy and the incidence of transurethral resection (tur) syndrome. Matthew GOH et al. *J urol.* 2010 volume 183, issue 4s, april 2010,page: e739.
 14. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate: a prospective randomized trial focusing on bleeding complications. Stucki et al. 2015 apr;193(4):1371-5.
 15. Incidence of urethral stricture after bipolar transurethral resection of the prostate using turis: results from a randomised trial.. Komura k et al. *Bju int.* 2015 apr;115(4):644-52.
 16. Pd23-04 thulium laser enucleation (thulep) versus transurethral resection of the prostate in saline (turis): a randomized prospective trial to compare costs per procedure. Bozzini G et al. *The journal of urology.* 197. E448. 10.1016/j.juro.2017.02.1068.
 17. Thulium laser enucleation (thulep) versus transurethral resection of the prostate in saline (turis): a randomized prospective trial to compare intra and early postoperative outcomes. Bozzini G et al. *Actas urológicas españolas (english edition).* 41.10.1016/j.acuroe.2016.06.012.
 18. Button Type Bipolar Plasma Vaporization of the Prostate Compared with Standard Transurethral Resection: A Systematic Review and Meta-Analysis of short-term outcome studies. Wroclawski, ML; Carneiro A; Amarante, RDM; Oliveira CEB; Shimano V; Bianco BAV; Sakuramoto; Pompeo, ACL. *BJU International (Print), v. 24, 2015.*
 19. A long-term, prospective, randomized-controlled comparison of surgical safety and clinical efficiency in medium size bph cases - the evidence-based 8 years' test of time for the mono- and bipolar turp versus the bipolar plasma vaporization. Geavlete B,; Georgescu D; Multescu R; Bulai C; Ene C; Balan G;Ene A; Geavlete P. *J urol vol 201 issue 4 april 2019.* 10.1097/01.ju.0000556282.95904.40.
 20. Aquablation of the prostate for the treatment of lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. Hwang EC, Jung JH, Borofsky M, Kim MH, Dahm P. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2(2):CD013143. Published 2019 Feb 13.
 21. The Prostatic Urethral Lift for the Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Associated with Prostate Enlargement Due to Benign Prostatic Hyperplasia: The L.I.F.T. Study. Claus G. et al. *J Urol Volume 190 Issue 6 December 2013 Page: 2161-2167.*
 22. Prostatic urethral lift for the treatment of lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. Jung JH, Reddy B et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 May 25;5:CD012832.
 23. Comparison of prostatic artery embolization (PAE) versus transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia: randomised, open label, non-inferiority trial. Abt D, Hechelhammer L, Müllhaupt G, et al. *BMJ* 2018;361:k2338.
 24. Prostatic Artery Embolization: A Curse or a Blessing? Dominik A, Hans-Peter S, Gautier M, *European Urology* 74 (2018) 840-846.

| PONTO E CONTRAPONTO AFINAL... ALFABLOQUEADOR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE URETEROSCOPIA FLEXÍVEL DEVE SER UTILIZADO OU NÃO?



MODERAÇÃO
**Antonio Corrêa
Lopes Neto**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saude ABC/FMABC - Responsável pelo Grupo de Litíase Urinária e Endourologia



SIM
**Fabio Cesar
Miranda Torricelli**

Urologista assistente do Setor de Endourologia e Litíase do Hospital das Clínicas da FMUSP/Doutorado e Pós-doutorado pela FMUSP. Fellowship Cleveland Clinic



NÃO
**Mario Henrique
Elias de Mattos**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saude ABC/FMABC - Grupo de Litíase Urinária e Endourologia



MODERAÇÃO

A ureterosopia flexível tem se tornado nos últimos anos o procedimento endourológico mais realizado para tratamento da litíase renoureteral. O caráter pouco invasivo, os excelentes resultados e o baixo índice de complicações fez com que esta modalidade se apresentasse como opção muito atrativa. Além disso, o grande desenvolvimento de equipamentos como litotritores a laser potentes, ureteroscópios descartáveis flexíveis, evolução da tecnologia digital e surgimento de vários dispositivos têm ampliado a tentativa de tratar cálculos de maior volume por este método.

Quanto ao procedimento cirúrgico, a primeira descrição do uso de bainha ureteral foi atribuída a Takayasu e Aso.¹ em 1974, a qual foi desenvolvida com o intuito de facilitar o acesso até o ureter e o interior do rim, servindo como um “guide tube”. O uso desta bainha traz algumas vantagens, porém nem todos os endourologistas a utilizam. Alguns advogam que seu uso pode aumentar o risco de lesão ureteral.

No entanto, quando se opta pela utilização da bainha, em algumas vezes não é possível sua colocação ou por má complacência ou calibre reduzido do ureter. Mogilevkin realizou estudo prospectivo e acompanhou 248 pacientes submetidos à ureterosopia, onde dentre estes, em 22% não se conseguiu instalar a bainha ureteral. Shields apresentou 10% de falha na colocação da bainha e outros 10% só obtiveram sucesso após dilatação ureteral com balão.^{2,3}

Com intuito de buscar alguma medida para reduzir o insucesso na colocação da bainha, aventa-se hoje que a utilização dos alfa-bloqueadores no pré-operatório poderia oferecer algum grau de relaxamento ureteral, proporcionando maior facilidade para colocação da bainha ureteral.

A utilização desta drogas no pós ureteroscopia flexível visa minimizar o desconforto do cateter duplo J e auxiliar na eliminação de fragmentos de cálculo. Esta abordagem parece melhor aceita em nosso meio e muitos urologistas utilizam rotineiramente. No entanto, percebemos na prática clínica que alguns pacientes tem o desconforto do cateter controlado por drogas mais corriqueiras, como analgésicos e antiinflamatórios, além do risco dos efeitos colaterais e os custos desta medicação.

Teremos aqui dois colegas endourologistas experientes que abordarão os dois pontos sobre o uso ou não de alfa-bloqueadores no pré e pós operatório de ureteroscopia flexível

REFERÊNCIAS

1. Takayasu H, Aso Y. Recent development for pyeloureteroscopy: guide tube method for its introduction into the ureter. *J Urol* 1974;112: 176-8.
2. Mogilevkin Y, Sofer M, Margel D, et al. Predicting and Effective Ureteral Access Sheath Insertion: A Bicenter Prospective Study. *J Endourol* 2014; 28(12): 1414-7.
3. Shields JM, Tunuguntla HS, Bhalani VK, et al. Construction-related differences seen in ureteral access sheaths: Comparison of reinforced versus nonreinforced ureteral access sheaths. *Urology* 2009;73: 241-4.

SIM

O grupo dos alfa bloqueadores são drogas antagonistas de receptores alfa-1 adrenérgicos ($\alpha 1A$ e $\alpha 1D$). São absorvidos no trato gastrointestinal e metabolizados pelo fígado, atuando na mediação da contração do músculo liso.¹ Em 1970, Malin et al.² reportaram a presença de receptores alfa-adrenérgicos no ureter e desde então vários autores têm estudado o papel do sistema adrenérgico na fisiologia ureteral. O bloqueio dos receptores alfa-adrenérgicos por antagonistas específicos causa uma diminuição na frequência e amplitude das ondas peristálticas do ureter com conseqüente diminuição da pressão intra-ureteral e, portanto, aumento na capacidade de transportar fluídos.³ Sabe-se hoje que no ureter humano há uma prevalência de receptores adrenérgicos $\alpha 1D$.

Diante do conhecimento da ação dos alfa bloqueadores na musculatura do ureter diversos benefícios do seu emprego no tratamento de cálculos ureterais e renais começaram a ser estudados. O uso de alfa bloqueador como medicamento de primeira linha ao se realizar terapia expulsiva medicamentosa (TEM) em pacientes com cálculo ureteral foi aceito sem

contestações por anos, embora mais recentemente seja alvo de críticas e ainda esteja em debate.⁴ Uma vez que a discussão aqui em debate é o uso do alfa bloqueador no pré e pós-operatório da ureteroscopia flexível, o uso destes medicamentos como droga adjuvante para eliminação de cálculos ureterais não será abordado.

O racional para o justificar o uso dos alfa bloqueadores no peri-operatório da ureteroscopia flexível se baseia em estudos que apontam uma menor taxa de falha de passagem de bainha de acesso ureteral e menor força de inserção da mesma,^{5,6} uma maior taxa de eliminação de fragmentos após a cirurgia,⁷ e um benefício no controle de sintomas relacionados ao uso do cateter duplo J.⁸⁻¹⁰ Claro que o alfa bloqueador não é uma droga livre de efeitos colaterais e eventos adversos relacionados a medicação podem ocorrer, como hipotensão postural, tontura, cefaléia e distúrbios da ejaculação, entretanto complicações maiores com o uso da medicação variam de 0 a 2,5%.^{11,12}

Passagem da bainha de acesso ureteral

Estudos recentes têm demonstrado que o uso dos alfa bloqueadores pode facilitar a passagem da bainha de acesso ureteral. Kaler et al. avaliaram o uso da tansulosina por 1 semana antes da ureteroscopia flexível no tratamento de cálculos renais. Embora se trate de um estudo retrospectivo e com apenas 40 pacientes no grupo tansulosina e 37 no grupo controle, os autores foram capazes de demonstrar uma diferença estatisticamente significativa maior na taxa de sucesso da passagem de uma bainha ureteral 16Fr (87% vs. 43%; $p < 0,001$), e após análise multivariada, o uso da tansulosina demonstrou-se uma variável independente associada ao sucesso da passagem da bainha (OR=19,4; $p = 0,003$). Não houve diferença na taxa de lesões ureterais entre os grupos.⁵ Koo et al. avaliaram o impacto do uso de alfa-bloqueador na força de inserção da bainha de acesso ureteral em uso estudo prospectivo e randomizado. Quarenta e dois pacientes receberam tamsulosina 1 semana antes da cirurgia enquanto 41 pacientes não receberam a medicação e compuseram o grupo controle. A força de inserção máxima foi significativamente menor no grupo com tamsulosina em relação ao grupo controle tanto na junção ureterovesical como na força medida no ureter proximal. Além disso, a força máxima de inserção no grupo recebendo alfa-bloqueador foi similar a pacientes com cateter duplo J antes da cirurgia. Nesse estudo não só a força de inserção foi menor com o uso de alfa-bloqueadores como isso se traduziu clinicamente em uma taxa significativamente menor de lesões ureterais PULS ≥ 2 nesse grupo (7,1 vs. 24,3%; $p = 0,038$).⁶

Taxa de pacientes livre de cálculos

Uma série de estudos têm evidenciado que o uso de alfa-bloqueadores no pré e pós-operatório de ureterorrenolitriptias

aumenta a taxa de pacientes livre de cálculos.^{7,13-16} John et al. em um estudo prospectivo randomizado com 78 pacientes com cálculo ureteral e renal de 1 a 2cm (40 no grupo com tansulosina no pós-operatório e 38 no grupo controle sem tansulosina) reportaram uma taxa estatisticamente significativa maior de doentes livres de cálculos (86,5% vs. 69,4%) e uma taxa estatisticamente significativa menor de cólicas renais no pós-operatório (5,4% vs. 22,2%) no grupo com alfa-bloqueador.⁷ Bayar et al. em um estudo prospectivo randomizado já haviam reportando que o uso da tansulosina no pré-operatório diminui a chance de se necessitar de dilatação ureteral e aumenta da taxa de doentes de cálculos na ureterosopia semi-rígida.¹⁴ Dados de meta-análise de 5 estudos randomizados publicado recentemente evidenciaram que o uso de alfa-bloqueadores aumenta significativamente a taxa de doentes livres de cálculos, diminuía a taxa de uso de balão para dilatação ureteral e diminui significativamente o risco de lesões ureterais em ureteroscopias.¹⁵ Dados semelhantes foram reportados em uma meta-análise publicada em 2020 incluindo 12 estudos clínicos randomizados e mais de 1.350 pacientes. O uso de alfa-bloqueadores no pré-operatório diminuiu o risco relativo de necessidade de dilatação ureteral em 61% e aumentou significativamente a taxa de doentes livre de cálculos.¹³

Controle de sintomas relacionados ao duplo J

O uso de alfa-bloqueadores para controle da dor e de outros sintomas do trato urinário inferior relacionados ao cateter duplo J talvez seja uma dos assuntos mais estudados. Naziam et al. em uso estudo randomizado, duplo cego e placebo controlado com 135 pacientes evidenciaram que o uso de alfa-bloqueador diminui a média na escala de dor (1,1 vs. 3,8; $p < 0,001$), reduz a quantidade de sintomas urinários e aumenta a qualidade de vida em relação ao grupo placebo.⁸ Uma meta-análise incluindo 12 estudos clínicos randomizados e 946 pacientes demonstrou que os alfa-bloqueadores diminuem significativamente os sintomas do trato urinário inferior (MD -6,76; IC95% -11,52 a -2,00; $p = 0,005$), diminuem a dor (MD -3,55; IC95% -5,51 a -1,60; $p = 0,0004$) e aumentam a qualidade de vida (MD -1,90; IC95% -3,05 a -0,75; $p = 0,001$) dos pacientes submetidos a ureteroscopias e que tenham duplo J.⁹ E a associação de alfa-bloqueadores com anti-muscarínicos ou beta-3 agonistas parece ser ainda mais benéfica no controle de eventos adversos relacionados ao cateter duplo J. Uma meta-análise de 64 estudos incluindo 64666 pacientes demonstrou que associação de medicamentos confere uma menor frequência urinária e menor urge-incontinência.¹⁰

REFERÊNCIAS

1. Dunn CJ, Matheson A, Faulds DM. Tamsulosin: a review of its pharmacology and therapeutic efficacy in the management of lower urinary tract symptoms. *Drugs Aging* 2002;19:135-61.

2. Malin JM, Jr., Deane RF, Boyarsky S. Characterisation of adrenergic receptors in human ureter. *Br J Urol* 1970;42:171-4.
3. Morita T, Wada I, Saeki H, Tsuchida S, Weiss RM. Ureteral urine transport: changes in bolus volume, peristaltic frequency, intraluminal pressure and volume of flow resulting from autonomic drugs. *J Urol* 1987;137:132-5.
4. Turk C, Petrik A, Sarica K, et al. EAU Guidelines on Diagnosis and Conservative Management of Urolithiasis. *Eur Urol* 2016;69:468-74.
5. Kaler KS, Safiullah S, Lama DJ, et al. Medical impulsive therapy (MIT): the impact of 1 week of preoperative tamsulosin on deployment of 16-French ureteral access sheaths without preoperative ureteral stent placement. *World J Urol* 2018;36:2065-71.
6. Koo KC, Yoon JH, Park NC, et al. The Impact of Preoperative alpha-Adrenergic Antagonists on Ureteral Access Sheath Insertion Force and the Upper Limit of Force Required to Avoid Ureteral Mucosal Injury: A Randomized Controlled Study. *J Urol* 2018;199:1622-30.
7. John TT, Razdan S. Adjunctive tamsulosin improves stone free rate after ureteroscopic lithotripsy of large renal and ureteric calculi: a prospective randomized study. *Urology* 2010;75:1040-2.
8. Nazim SM, Ather MH. Alpha-blockers impact stent-related symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Endourol* 2012;26:1237-41.
9. Yakoubi R, Lemdani M, Monga M, Villers A, Koenig P. Is there a role for alpha-blockers in ureteral stent related symptoms? A systematic review and meta-analysis. *J Urol* 2011;186:928-34.
10. Yan H, Wang Y, Sun R, Cui Y. The Efficacy of Antimuscarinics Alone or in Combination with Alpha-Blockers for the Treatment of Ureteral Stent-Related Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Urol Int* 2017;99:6-13.
11. O'Leary MP. Tamsulosin: current clinical experience. *Urology* 2001; 58:42-8; discussion 8.
12. Yasukawa K, Swarz H, Ito Y. Review of orthostatic tests on the safety of tamsulosin, a selective alpha1A-adrenergic receptor antagonist, shows lack of orthostatic hypotensive effects. *J Int Med Res* 2001;29:236-51.
13. Alsaikhan B, Koziarz A, Lee JY, Pace KT. Preoperative Alpha-Blockers for Ureteroscopy for Ureteral Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Endourol* 2020;34:33-41.
14. Bayar G, Kilinc MF, Yavuz A, Aydin M. Adjunction of tamsulosin or mirabegron before semi-rigid ureterolithotripsy improves outcomes: prospective, randomized single-blind study. *Int Urol Nephrol* 2019;51:931-6.
15. Tan H, Li Y, Zhang X, Mao X. Pooled analysis of the efficacy and safety of adjunctive alpha-blocker therapy before ureteroscopy in the management of ureteral stones. *J Int Med Res* 2020;48: 300060520923878.
16. Ahmed AF, Maarouf A, Shalaby E, et al. Semi-Rigid Ureteroscopy for Proximal Ureteral Stones: Does Adjunctive Tamsulosin Therapy Increase the Chance of Success? *Urol Int* 2017;98:411-7.

NÃO

O efeito dos alfa-bloqueadores na redução da peristalse e na pressão intraluminal ureteral tem sido documentado em modelos "in vitro" e "in vivo", provavelmente por conta da alta concentração de receptores do tipo alfa-1A e alfa-1D ao longo do órgão, mais notadamente em seu segmento distal e também na junção ureterovesical⁽¹⁻⁴⁾. Baseado nestes achados

criou-se o racional hipotético que o uso de alfa-bloqueadores poderia gerar relaxamento da musculatura ureteral e redução da resistência no trajeto intramural, facilitando e tornando os procedimentos endoscópicos mais seguros e eficientes, em especial a inserção de bainhas de acesso ureteral na ureteroscopia flexível.⁵ Os alfa-bloqueadores são medicações que tem meia vida de 15 horas, sendo necessário portanto ao menos 5 dias de uso contínuo antes da intervenção para se alcançar níveis séricos estáveis.⁶ Ou seja, para se obter algum potencial benefício os pacientes devem ingerir a medicação por pelo menos 5 dias antes da cirurgia, o que implica em custo adicional no tratamento e risco de efeitos colaterais, sem garantia de benefício. Além disso, a despeito de muitas sociedades urológicas reconhecerem em seus “guidelines” o uso dos alfa-bloqueadores para situações como por exemplo terapia medicamentosa expulsiva em cálculos ureterais <10mm,⁷⁻⁸ vale lembrar que a indicação para qualquer situação não relacionada à hiperplasia de próstata deve ser entendida como “off-label”. Assim, deve-se ressaltar que o uso nestas condições pode expor o profissional prescritor a questões médico-legais caso em algum momento sinta-se o(a) paciente prejudicado(a) pelo uso da droga.

Podemos destacar alguns estudos que não favorecem o uso indiscriminado deste grupo de drogas nestes cenários. Erturhan e colaboradores⁵ avaliaram em análise retrospectiva o impacto dos alfa-bloqueadores na colocação de bainhas ureterais. Vinte e cinco pacientes foram alocados no grupo intervenção (tansulosina 0,4mg/dia, 14 dias antes da cirurgia) e o mesmo número de pacientes alocados para controle, sem medicação. No grupo intervenção, 2 pacientes (8%) abandonaram a medicação em razão de efeitos colaterais (tontura/ejaculação retrógrada), sendo excluídos. O sucesso na passagem da bainha foi obtido já na primeira tentativa em 15 (65,2%) dos pacientes do grupo intervenção versus 11 (44%) no grupo controle. A despeito da aparente diferença não houve relevância estatística na comparação destes números ($p=0,141$). Também não houve diferença em quesitos importantes, como tempo de cirurgia, tempo de fluoroscopia, taxa livre de cálculos, necessidade de colocação de duplo J ao término da cirurgia ou complicações.

Clayman e colaboradores⁹ também avaliaram de modo retrospectivo o impacto do uso de tansulosina oferecida no pré-operatório de pacientes submetidos à colocação de bainha ureteral 16Fr em cirurgia renal percutânea (utilizada aqui com a intenção de diminuir a pressão intra-piélica e facilitar o escoamento anterógrado de fragmentos durante a intervenção). A taxa de sucesso na colocação desta bainha foi significativamente maior nos pacientes do grupo intervenção (87%) em relação ao grupo controle (43%). No entanto note-se que se trata de benefício em uma conduta dispensável, uma vez que a colocação de bainha transureteral em cirurgia percutânea não é tempo obrigatório desta intervenção. Ainda, as bainhas foram aplicadas por urologistas extremamente

experientes e quase metade dos pacientes estudados tinham histórico de instrumentação endoscópica ureteral ipsilateral prévia, que pode resultar em dilatação ureteral prévia à intervenção, contaminando os resultados. Finalmente, no estudo as bainhas foram passadas com os pacientes em decúbito ventral (e não supino), o que os próprios autores reconhecem pode ter facilitado a subida das bainhas, mesmo sendo esta posição aplicada para os dois grupos. Não se menciona no estudo ocorrência de efeitos colaterais que possam ser atribuídos ao uso de alfa-bloqueadores.

Mesmo que se entenda que essas medicações possam trazer facilidade na colocação de bainhas ureterais e benefícios no controle de sintomas relacionados ao cateter duplo J no pós-operatório, vem ganhando força questionamentos sobre a real necessidade de se utilizar de maneira compulsória estes dispositivos em cirurgia renal retrógrada bem como a colocação de duplo J ao término destes procedimentos “sem bainha”. Em outras palavras, não se colocando bainhas e cateteres duplo J não precisaríamos sequer nos preocupar em indicar os alfa-bloqueadores para este fim. Baseskioglu e colaboradores¹⁰ reportaram 81,4% de “stone-free” em ureterorrenolitripsias flexíveis sem bainha em 43 pacientes portadores de calculos renais <2cm. Ozyuvali e Damar¹¹ não observaram diferenças nos resultados em ureterorrenolitripsias flexíveis realizadas com e sem bainhas em 504 casos.

Naqueles pacientes que ao término da intervenção necessitaram a colocação do cateter duplo J, há preocupação com os sintomas relacionados a este. Porém, deve-se lembrar que até 20% dos pacientes com duplo J tem os sintomas controlados com medicações analgésicas e anti-inflamatórias apenas, ou seja, nem todos os pacientes precisarão de conduta adicional específica.¹² E mais, sabe-se que os alfa-bloqueadores podem provocar efeitos colaterais em domínios variados como sistema cardiovascular/sistema nervoso central (tontura, sedação, hipotensão postural), distúrbios ejaculatórios, disfunção sexual erétil e “floppy iris” syndrome.¹³

A Literatura atual acerca do assunto ainda carece de estudos com melhor nível de evidência, aguardando-se estudos prospectivos, randomizados, controlados, com número robusto de pacientes. Bom senso deve nortear as indicações de alfa-bloqueadores neste cenários.

REFERÊNCIAS

1. Itoh Y, Kojima Y, Yasui T, Tozawa K, Sasaki S, Kohri K (2007) Examination of alpha 1 adrenoceptor subtypes in the human ureter. *Int J Urol* 14:749-753.
2. Johnson LJ, Davenport D, Venkatesh R (2015) Effects of alpha-blockade on ureteral peristalsis and intrapelvic pressure in an in vivo stented porcine model. *J Endourol* 30:417-421.
3. Nakada SY, Coyle TLC, Ankem MK, Moon TD, Jerde TJ (2007) Doxazosin relaxes ureteral smooth muscle and inhibits epinephrine-induced ureteral contractility in vitro. *Urology* 70:817-821.

4. Troxel SA, Jones AW, Magliola L, Benson JS (2006) Physiologic effect of nifedipine and tamsulosin on contractility of distal ureter. *J Endourol* 20:565-568
5. Erturhan S, Bayrak Ö, Sen H, Yılmaz AE, Seçkiner I. Can alpha blockers facilitate the placement of ureteral access sheaths in retrograde intrarenal surgery? *Turk J Urol* 2019;45(2):108-12.
6. Anon (2006) Flomax (tamsulosin hydrochloride) capsules, 0.4 mg prescribing information. http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/020579s016lbl.pdf. Accessed 20 Feb 2017.
7. Preminger GM, Tiselius HG, Assimos DG, et al. 2007 guideline for the management of ureteral calculi. *J Urol* 2007;178:2418-2434.
8. Assimos D, Krambeck A, Miller NL, et al. Surgical Management of stones: American Urological Association / Endourological Society Guideline, PART I, *J Urol* 2016;196:1153-1160.
9. Medical impulsive therapy (MIT): the impact of 1 week of preoperative tamsulosin on deployment of 16-French ureteral access sheaths without preoperative ureteral stent placement. Kamaljot S Kaler, Shoaib Safiullah, Daniel J Lama, Egor Parkhomenko, Zhamshid Okhunov, Young H Ko, Linda Huynh, Roshan M Patel, Jaime Landman, Ralph V Clayman. *World J Urol* 2018 Dec;36(12):2065-2071.
10. Baseskioglu AB, Ulgen A, Yenilmez A, Can C, Donmez T. Sheathless retrograde intra-renal surgery (RIRS) is a feasible option in kidney stones of less than 2cm: Preliminary results. *Eur Urol Suppl* 2013;12:e1351.
11. Ozyuvallı E, Damar E. Is routine ureteral access sheath necessary for all retrograde intrarenal surgeries? *Eur Urol Suppl* 2015;14:e1390.
12. Yan, H., Wang, Y., Sun, R., & Cui, Y. (2016). The Efficacy of Antimuscarinics Alone or in Combination with Alpha-Blockers for the Treatment of Ureteral Stent-Related Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Urologia Internationalis*, 99(1),6-13.
13. Andersson KE, Gratzke C. Pharmacology of alpha1-adrenoceptor antagonists in the lower urinary tract and central nervous system. *Nat Clin Pract Urol*. 2007;4(7):368-78.

| REVISANDO CONCEITOS DISTÚRBIOS EJACULATORIOS



**Cesar Milton
Marinelli**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saude ABC/FMABC -Grupo de Medicina Sexual e Reprodutiva



**Roberto Vaz
Juliano**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saude ABC/FMABC - Responsável pelo grupo de Medicina Sexual e Reprodutiva



INTRODUÇÃO

A revolução sexual ocorrida na década de 1960 conduziu a mulher a uma posição de equilíbrio no comportamento sexual e gerou diversos questionamentos relacionados a performance sexual masculina.

A resposta sexual masculina compreende a excitação, ereção, ejaculação, orgasmo e detumescência, que apesar de serem processos fisiologicamente distintos podem ocorrer simultaneamente.¹

As disfunções ejaculatórias são queixas extremamente frequentes na clínica urológica diária, e importantes na prática clínica do urologista.

Cerca de 30% dos homens ao longo de suas vidas irão apresentar algum tipo de disfunção ejaculatória.²

Os distúrbios mais frequentes da ejaculação são a ejaculação precoce (EP), ejaculação retardada (ER), seguido por ejaculação dolorosa (ED)³ Tabela 1.

ANATOMIA E FISILOGIA

O conhecimento da anatomia e da fisiologia é fundamental para a compreensão deste complexo mecanismo. As estruturas anatômicas envolvidas na ejaculação são os epidídimos, ductos deferentes, ampola e vesículas seminais, próstata, colo vesical e uretra. O controle neurológico da ejaculação é realizado tanto pelo sistema nervoso central como periférico. O sistema nervoso central controla a ejaculação através da liberação de diversos neuro-transmissores, a dopamina, serotonina, norepinefrina, acetil-colina, ocitocina, GABA e óxido nítrico, sendo os dois primeiros os mais atuantes. O núcleo central dopaminérgico está localizado no hipotálamo anterior e promove emissão e expulsão seminal pela estimulação de receptores D2 e D3.⁴ Os receptores serotoninérgicos (5-HT-5 hidroxytriptamina) envolvidos na ejaculação são os receptores 5-HT2C e 5HT1A e apresentam efeitos antagonísticos.⁵

A integração entre o SNC e periférico é feita pelo plexo hipogástrico que recebe aferências dos nervos pudendos a partir de estímulos sensoriais do nervo dorsal do pênis.⁶

O controle periférico é realizado por fibras nervosas somáticas e autonômicas (simpáticas e para-simpáticas).⁷ O pênis é inervado por fibras somáticas provenientes dos ramos dorsais do n. pudendo.

Tabela 1. Principais distúrbios da ejaculação

Distúrbios da ejaculação
Ejaculação precoce
Ejaculação retardada
Anejaculação
Ejaculação dolorosa
Ejaculação retrógrada
Anorgasmia

Estímulos táteis são transmitidos a medula gerando um arco reflexo que produz a contração da musculatura pélvica envolvidas na fase de emissão seminal.

Em relação ao controle autonômico, fibras do sistema nervoso simpático (T11-L2) inervam o pênis através de ramos provenientes do plexo mesentérico inferior, hipogástrico e pélvico, levando a ejaculação devido a contração dos vv deferentes, ampola, vesículas seminais, próstata e colo vesical.⁸ Diversos neuro-transmissores periféricos atuam nesta fase como a ocitocina, neuropeptídeo Y, peptídeo vasoativo intestinal (VIP) e óxido nítrico. / 1 /

A ejaculação apresenta duas fases distintas a emissão e a expulsão.⁸ A emissão consiste na deposição do sêmem e das secreções próstata - seminais na uretra posterior, nesta fase ocorre o fechamento do colo vesical mediado pelo SNA simpático (T10- L2).⁹ A expulsão é a fase final da ejaculação e consiste na eliminação destas secreções através da uretra, em decorrência de contrações rítmicas dos músculos bulbo esponjoso e isquio-cavernoso, mediadas por fibras do SNA para-simpático (S2 -S4), um arco reflexo involuntário.¹⁰

EJACULAÇÃO PRECOCE

A ejaculação precoce (EP) ou rápida é a disfunção sexual mais freqüentemente observada em adultos jovens.

No comportamento sexual animal ao longo da história identificamos já este comportamento, uma vez que os machos tinham que fertilizar as fêmeas o mais rápido possível para transmitir seu material genético, garantindo a sobrevivência da espécie, mas também sobreviver em um ambiente extremamente inóspito. (T)

Cerca de 30 a 70% dos americanos apresentam algum episódio de EP ao longo de suas vidas, sendo a incidência global ao redor de 30%, é mais frequente entre 18 e 30 anos, e tende a diminuir com a progressão da idade, a distribuição geográfica é variada dependendo de aspectos sócio-culturais, e não se observa diferença racial significativa.¹³

Não existe definição consensual para (EP), porém os critérios mais utilizados são o tempo de latência ejaculatória após a

penetração (TLE-1), o início e a frequência em que ocorrem e a associação de desconforto frente a situação.

O tempo para a obtenção do orgasmo não somente no homem, mas também da sua parceira é importante. O critério de definição mais empregado é o recomendado pela International Society for Sexual Medicine ISSM (2014). “A ejaculação que ocorre sempre ou quase sempre até um minuto após penetração vaginal nos casos primários ou até 3 minutos nos casos secundários, associada a incapacidade de retardar a ejaculação em quase todas as penetrações vaginais, levando a stress, frustração, incomodo e perda da intimidade sexual do casal”.¹⁴

A associação americana de psiquiatria através do manual de diagnóstico estatístico (DMS-IV-R), a define como “A ejaculação persistente ou recorrente, após mínima estimulação, antes ou depois da penetração e antes que o homem a deseje, causando sofrimento importante e dificuldades interpessoais, em cerca de 75 a 100% das tentativas e por um período maior que 6 meses.”¹⁵

Pode ser classificada em primária quando aparece desde o início das atividades sexuais e secundária quando precedida por um período de normalidade. Pode ainda ser classificada em leve (30 seg a 1 minuto), moderada (15 a 30 seg) e grave (antes da penetração ou em até 15 seg).¹⁵

Considerada inicialmente uma disfunção de fundo psicológico a presença de fatores anatômicos, fisiológicos e patológicos envolvidos na sua gênese é cada vez mais estudada.

O descontrole das cadeias centrais de transmissão neuronal a partir de estímulos eróticos, a hiper-excitabilidade e hiper-sensibilidade genital periférica pode levar a um descontrole por parte do sistema nervoso-simpático e causar a (EP).¹⁶

Disfunções prostáticas e epididimárias podem causar (EP), o sêmem destes pacientes apresenta diminuição de fosfatase ácida e alpha-glicosidade.¹⁰

O aumento da testosterona e a diminuição de prolactina podem ser observados.¹⁷ A associação com síndrome metabólica também foi verificada.¹⁸

Com relação ao diagnóstico, a história clínica é fundamental, questionários avaliando o tempo entre a penetração e a ejaculação, tempo de latência ejaculatória do paciente (TLE), a capacidade de retardar o orgasmo, o incomodo e a frustração gerados, a função erétil, o efeito sobre a qualidade de vida e tratamentos prévios podem ser utilizados.¹⁹

O uso de medicações anti-depressivas, a presença de disfunção erétil associada, quadros inflamatórios como prostatite e síndrome de dor pélvica crônica deve ser pesquisada.²⁰⁻²¹

Na EP primária fatores psico-sociais devem ser investigados como início precoce e despreparado para a prática de atividades sexuais, presença de conflitos familiares durante a infância e a adolescência, situações traumáticas vivenciadas na escola e no trabalho, situações de abuso sexual, além de fatores como a disponibilidade de um ambiente reservado para a prática de masturbação (não raro o jovem tem que ejacular rápido para não ser descoberto) e a crenças religiosas que condenem a masturbação.

Na EP secundária a presença de disfunção erétil concomitante, a preocupação quanto ao desempenho sexual, uso de medicações psicotrópicas, o envolvimento e cobrança da parceira devem ser avaliados.

Exames diagnósticos não devem ser realizados. O exame físico é geralmente normal a não ser que exista alguma outra patologia associada.

O tratamento da EP é realizado por meio de medidas psicológicas e ou farmacológicas, sendo que o envolvimento da parceira nesta fase fundamental. A presença de disfunção erétil e de patologias cardio-vasculares que possam trazer intranquilidade ao paciente, como angina devem ser tratadas previamente.²²

O tratamento farmacológico pode ser tópico ou medicamentoso. Dentre os agentes tópicos cita-se amplamente um extrato coreano, conhecido como SS - cream produzido a base de 7 ervas naturais que levaria a diminuição da sensibilidade e aumento do fluxo sanguíneo peniano,²³ porém não é encontrado no mercado mundial (19 L-S). Anestésicos tópicos como a xilocaína e lidocaína na forma de creme, gel, spray podem ser utilizados.²⁴ A associação de lidocaína 2,5% é benéfica, o Fortacin[®] um spray cutâneo a base de xilocaína e prilocaina é empregado.²⁵

No tratamento medicamentoso via oral a utilização de drogas orais anti-depressivas apresenta bons resultados, devido ao efeito colateral importante no retardo na ejaculação.

Os melhores resultados são obtidos com o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e com os anti-depressivos tricíclicos.²⁶

A clomipramina (Anafranil R) é um antidepressivo tricíclico utilizado em distúrbios obsessivos compulsivos e age inibindo a recaptção de noradrenalina e serotonina. Os efeitos colaterais mais frequentes são boca seca, fadiga sonolência e náuseas, principalmente na terapia contínua.²⁶ Deve-se ressaltar também a interferência sobre a espermatogênese e aumento de tendência suicida em pacientes jovens.

Os i-SRS são as medicações mais amplamente utilizadas, tem ação já a partir de 2 a 3 dias de uso, atingindo um platô a partir de 3 semanas. Os compostos mais utilizados são a paroxetina,

fluoxetina, sertralina, citalopram e a dapoxetina. Os efeitos colaterais do uso de i-SRS, são reações dermatológicas, efeitos anticolinérgicos, flutuação de peso, embotamento cognitivo, interações medicamentosas e perda de libido. A parada do tratamento requer uma fase de dessensibilização, no intuito de evitar a síndrome de descontinuação caracterizada por náuseas, vômitos, cefaléia, agitação, ansiedade e insônia²⁷ Tabela 2.

A dapoxetina é uma medicação de ação rápida, para uso sob demanda, desenvolvida exclusivamente para o tratamento da EP, administrada cerca de 1 a 3 horas antes da atividade sexual, os efeitos colaterais são semelhantes aos ISSR tradicionais.²⁸ Observou-se, porém, uma elevada taxa de abandono no tratamento devido aos efeitos colaterais, custo elevado e resultados insatisfatórios.³⁰

O tratamento medicamentoso deve ser administrado por cerca de 6 semanas, caso não se obtenha resultado, a troca por outro medicamento da mesma classe pode ser realizada, na ausência de melhora a troca da classe medicamentosa deve ser realizada.

Tabela 2. Fatores etiológicos para ejaculação retrógrada

Fatores etiológicos na ejaculação retrógrada	
Neurogênica	Lesão medular Lesões da cauda equina Esclerose Múltipla Neuropatia autonômica Linfadenectomia retro-peritoneal Simpatéctomia eou cirurgia aorto-ílica Cirurgias colo-retais e prostáticas Doença de Parkinson Diabetes Mellitus
Uretral	Ureterocele Estenose uretral Václvula de uretra posterior Hiperplasia de verum montanum
Farmacológica	Anti-hipertensivos, diuréticos tiazídicos Antagonistas alfa 1- Antipsicóticos e anti-depressivos
Endocrinológica	Hipotireoidismo Hipogonadismo Hiperprolactinemia

Tabela 3. Causas de ejaculação retardada e anorgasmia

Ejaculação retardada e anorgasmia	
Endocrinológicas	Deficiência de testosterona Hipotireoidismo
Farmacológicas	Antidepressivos Antipsicóticos Opióides
Causas psicológicas	Perda de sensibilidade peniana



A utilização de inibidores de fosfodiesterase tipo V sob demanda, associada aos i-SRS é benéfica, devido a melhora da qualidade da ereção, da ansiedade e inibição dos receptores somáticos. Dentre os ipde-5, destaca-se a sildenafil e a tadalafila. Meta-análise de 15 estudos randomizados demonstrou que os i-PDE - 5 são mais eficientes do que placebo e a associação com os IRSS, é mais eficiente do que o uso exclusivo de i-SRS.

O Pindolol um potente antagonista dos receptores beta-adrenérgicos não seletivo e antagonista do receptor 5HT1A apresenta bons resultados. A associação com paroxetina é documentada, porém seu uso não deve ser considerado como terapia de primeira linha.²⁹

O tramadol, um analgésico opióide de ação central, apresenta efeitos benéficos sobre o tempo de latência ejaculatória devido a inibição de receptores 5 HT, aumentando os níveis de serotonina e de nor-epinefrina.⁵⁰⁻⁵¹ Diversos estudos apontam para bons resultados na utilização de tramadol em casos de falha de outros tratamentos.³⁰

O tratamento não farmacológico é realizado através de terapia sexual e de medidas comportamentais durante o ato sexual, como as propostas por Master e Johnson (start-stop e squeeze). A ejaculação duas horas antes da relação sexual e a tentativa de uma segunda ejaculação durante o ato sexual caso o paciente seja jovem pode ser tentada. Na psicoterapia educacional deve-se avaliar situações de pressão por parte de parceira, evitando a prática de relações sexuais até que o problema seja normalizado, neste período sexo oral, masturbação, podem ser utilizados. Nos casos primários esta abordagem é fundamental.

A prática de atividade física constante em ritmo moderado, cerca de 5 vezes por semana por mais de 30 minutos demonstrou ser benéfica.³¹ A fisioterapia da musculatura pélvica com fisio-cinésio terapia, eletroestimulação e biofeed back, realizadas 3 vezes por semana demonstrou resultados benéficos em 64% dos pacientes em 2 anos e 56% em 3 anos.³²

O tratamento cirúrgico da EP não é recomendado, tanto a neurectomia seletiva do nervo dorsal do pênis para a diminuição da sensibilidade local, como a colocação de prótese peniana, indicada muitas vezes de forma equivocada, não deve ser realizada.³³

EJACULAÇÃO RETARDADA, ANEJACULAÇÃO

A ejaculação retardada e a ausência de ejaculação caracterizam-se pelo retardo no tempo ejaculatório até a completa ausência. A prevalência é estimada em 1 a 4% da população geral,³⁴ levando muitas vezes a dificuldade para a obtenção de gestação.

É observada quando a ejaculação não ocorre antes de 22 a 25 minutos da penetração apesar de estimulação sexual adequada,³⁵ ou quando a relação sexual tem que ser interrompida por exaustão, irritação do casal ou solicitação da parceira. A ocorrência de stress pessoal também deve estar presente.

O espectro máximo do distúrbio é a anejaculação, e consiste na completa falta de ejaculação, geralmente associada a anorgasmia. São divididas em primárias ou secundárias, momentânea ou persistente. Podem ocorrer devido a estimulação sexual inadequada, ou pela necessidade elevada de estímulo. Pacientes que se masturbam frequentemente e de forma muito intensa podem ter dificuldade em ejacular em relações sexuais habituais,³⁶ cerca de 75% destes homens costumam apresentar ejaculação normal durante a masturbação solitária, o que indica a presença de um fator psicogênico importante.³⁷

Antidepressivos tricíclicos, i-SRS, anti-psicóticos, opióides, benzodiazepínicos, alfa bloqueadores podem levar a ER.³⁸

O acidente vascular cerebral, as neuropatias causadas por DM e álcool, o hipotireoidismo e baixa de testosterona podem alterar a ejaculação.³⁹

Lesões traumáticas ou iatrogênicas do sistema nervoso central e periférico que acometam os centros da ejaculação podem cursar com ER.³⁷ Os traumas raqui-medulares, as lesões decorrentes de procedimentos cirúrgicos, como as observadas em cirurgias urológicas, prostatectomia radical, ressecção endoscópica de próstata, cirurgias pélvicas, colo proctológicas podem levar a ER.⁴⁰

A história clínica detalhada que aborde aspectos do perfil de relacionamento sexual do casal e dos hábitos sexuais do paciente bem como a pesquisa de doenças sistêmicas associadas, histórico cirúrgico e fatores psicológicos, deve ser realizada. O exame físico dos órgãos genitais, dosagem laboratoriais clínicas e hormonais, podem indicar a causa, a pesquisa de espermatozoides na urina pós-ejaculação pode descartar casos de ejaculação retrógrada³⁷ Tabela 2.

O tratamento inicia-se com a suspensão ou mudança de medicamentos em uso,⁴² caso exista DE concomitante ela deve ser tratada.⁴³ A estimulação peniana e perineal manual e oral, o uso de vibradores, e mudança na dinâmica da relação sexual pode levar a melhora do quadro.³⁷ A terapia psico-social

é importante e deve ser indicada principalmente nos casos primários.⁴³ O tratamento medicamentoso é realizado com estimuladores dopaminérgicos e de ocitocina, e inibidores serotoninérgicos.⁴⁴

A cabergolina, (Dostinex®) é um agonista dos receptores dopaminérgicos, aumenta a quantidade central de dopamina promovendo a ejaculação, com melhora em até 70% dos casos.⁴⁵ A bupropiona (Zetron®, Wellbutrin® e Bup®) é um antidepressivo que age impedindo a recaptação de norepinefrina e dopamina e apresenta bons resultados.⁴⁶ A utilização de amantadina e ciproheptadina também pode ser empregada. A ocitocina intra - nasal acelera e intensifica o orgasmo e melhora a libido, aumenta a produção de hormônios anabólicos (hormônio do crescimento e testosterona), e reduz a produção de hormônios catabólicos como o cortisol.⁴⁷ A terapia com testosterona pode ser tentada em casos selecionados.⁴⁸

EJACULAÇÃO DOLOROSA

A ejaculação dolorosa é definida como a ocorrência de dor peniana, escrotal ou testicular durante ou após a ejaculação, impactando de forma negativa na qualidade de vida dos pacientes. A prevalência é estimada ao redor de 1 a 10% na população geral, porém estes índices podem chegar até 75% em pacientes portadores de dor pélvica crônica ou prostatite.⁴⁹ Os sintomas vão desde desconforto mínimo até dor incapacitante e podem ocorrer apenas no momento da ejaculação ou durar mais de 24 horas.⁵⁰ A principal etiologia é inflamatória ou infecciosa, decorrente de prostatites, uretrites e orquido-epididimites.⁵¹ Fatores obstrutivos como estenose uretral, obstruções dos ductos deferentes por vasectomia ou por telas utilizadas em herniorrafias inguinais podem levar a dor na ejaculação. A prostatectomia radical pode ser também acompanhada por dor devido a retirada das vesículas seminais, neste caso geralmente evoluem com resolução espontânea cerca de 12 a 18 meses após o procedimento.⁵² A história clínica detalhada aliada ao exame físico dos genitais e prostático devem ser realizados, a urinálise e provas de atividade infecciosa e inflamatória podem apontar a causa. O ultrassom trans-retal e a ressonância pélvica podem demonstrar obstrução do ducto ejaculatório e a presença de cálculos localizados nas vesículas seminais. A cistoscopia pode avaliar a presença de estenose de uretra. O tratamento é realizado com antibióticos, anti-inflamatórios e alfa-bloqueadores. O bloqueio anestésico do cordão pode ser utilizado na suspeita de dor induzida por compressão por telas.⁵³ A abordagem cirúrgica vídeo-laparoscópica ou mesmo robótica pode ser utilizada na abordagem de cálculos localizados nas vesículas seminais.

EJACULAÇÃO RETRÓGRADA

Outro distúrbio frequente e de grande relevância é a ejaculação retrógrada. Ocorre devido a insuficiência dos mecanismos de

fechamento do colo vesical durante a contração da musculatura perineal, levando ao direcionamento total ou parcial do sêmen para a bexiga.⁵⁴

Pode ser ocasionada por lesão esfinteriana direta, ressecção endoscópica da próstata, por ação farmacológica devido a utilização de alfa-bloqueadores ou antipsicóticos, por lesão neurológica devido a rutura de vias simpáticas que potencializam a contração do colo da bexiga, decorrentes de cirurgias oncológicas, abdomino-pélvicas que cursem com dissecação dos linfonodos pélvicos retroperitoneais, e em lesões medulares.⁵⁵ Cerca de 30% dos pacientes diabéticos, podem manifestar algum grau de comprometimento em virtude do comprometimento neurológico.⁵⁶ O quadro clínico é caracterizado por diminuição significativa do volume ejaculado até sua ausência completa, perda de pressão da ejaculação, geralmente cursam com infertilidade e perda de satisfação sexual.⁵⁷ Volumes ejaculados abaixo de 2ml são indicativos. O diagnóstico é realizado por meio da pesquisa de espermatozoides na primeira urina colhida após a masturbação, sendo o achado de 10 a 15 espermatozoides por campo de magnificação considerado positivo.⁵⁷

O tratamento é realizado com a descontinuação de drogas em uso nos casos medicamentosos. Podemos utilizar alfa agonistas como a pseudoefedrina ou anti-depressivos tricíclicos como a imipramina.⁵⁵ O tratamento cirúrgico é com injeções de colágeno é ainda experimental.⁵⁸

ANORGASMIA

A anorgasmia ou anedonia é a ejaculação desacompanhada da sensação de prazer (orgasmo), uma desordem não relacionada a ejaculação mas que frequentemente está associada, e por isso analisada aqui. Trata-se de uma desordem infrequente ocasionada muito provavelmente devido a um desbalanço neuro-hormonal, levando ao decréscimo de dopamina. Disfunções hipofisárias, tireoideanas e testiculares que cursem com diminuição acentuada de libido podem levar a anorgasmia. O uso abusivo de álcool, de heroína e opioides pode estar associado. A avaliação deve ser feita através da história clínica e do exame físico. A dosagem dos hormônios tireoideanos (TSH) e hipofisários como prolactina podem ser solicitada. Fatores de ordem psicológica devem ser avaliados e tratados por psiquiatras e terapeutas sexuais, quando não é identificada uma causa biológica.

REFERÊNCIAS

1. Gray M; Zillioux J; Khourdaji I; Ryan P. Smith. Contemporary Management of Ejaculatory Dysfunction. *Transl Androl Urol*. 2018; 7(4):686-702.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
3. Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al. Lower Urinary Tract Symptoms and Male Sexual Dysfunction: The Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). *Eur Urol* 2003;44:637-49.
4. Peeters M, Giuliano F. Central neurophysiology and dopaminergic control of ejaculation. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:438-53.
5. Pattij T, De Jong TR, Uitterdijk A, et al. Individual differences in male rat ejaculatory behaviour: Searching for models to study ejaculation disorders. *Eur J Neurosci* 2005;22:724-34.
6. Chéhensse C, Bahrami S, Denys P, et al. The spinal control of ejaculation revisited: A systematic review and meta-analysis of anejaculation in spinal cord injured patients. *Hum Reprod Update* 2013;19:507-26.
7. Kandeel FR, Koussa VKT, Swerdloff RS. Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. *Endocr Rev* 2001;22:342-88.
8. Giuliano F. Neurophysiology of Erection and Ejaculation. *JSex Med* 2011;8:310-5.
9. de Groat WC, Griffiths D, Yoshimura N. Neural Control of the Lower Urinary Tract. *Compr Physiol* 2015;5:327-96.
10. Althof SE, McMahon CG. Contemporary Management of Disorders of Male Orgasm and Ejaculation. *Urology* 2016;93:9-21.
11. Jannini EA, Ciocca G, Limoncin E, Mollaioli D, StefaniaS Di, M.D.Gianfrilli Lombardo F, Lenzi A. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertil Steril*. 2015;104: 1061-73
12. Deem S,G, Kim ED. Premature Ejaculation. *emedicine.medscape.com/article/435884-print*.
13. Giuliano F, Patrick DL, Porst H, La Pera G, Kokoszka A, Merchant S, et al. Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. *Eur Urol*. 2008 May. 53(5):1048-57. [Medline].
14. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *J Sex Med*. 2014 Jun. 11 (6):1423-41.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Washington, DC: APA Press; 2013.
16. Yang X, Gao M, Zhang L, Liu L, Liu P, Sun J, et al. Central Neural Correlates During Inhibitory Control in Lifelong Premature Ejaculation Patients. *Front Hum Neurosci*. 2018. 12:206.
17. Corona G, Jannini EA, Mannucci E et al. Different testosterone levels are associated with ejaculatory dysfunction. *J Sex Med*. August 2008. 8:1991-8.
18. Corona G, Mannucci E, Jannini EA, Lotti F, Ricca V, Monami M, et al. Hypoprolactinemia: A New Clinical Syndrome in Patients with Sexual Dysfunction. *J Sex Med*. 2009 Feb 10.
19. [Guideline] Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, et al. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med*. 2014 Jun. 11 (6):1392-422.
20. Corona G, Rastrelli G, Limoncin E, Sforza A, Jannini EA, Maggi M. Interplay Between Premature Ejaculation and Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med*. 2015 Dec. 12 (12):2291-300.
21. Lee JH, Lee SW. Relationship between premature ejaculation and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Sex Med*. 2015 Mar. 12 (3):697-704..
22. Mohee A, Eardley I. Medical therapy for premature ejaculation. *Ther Adv Urol*. 2011 Oct. 3(5):211-22.

23. Choi HK, Jung GW, Moon KH, et al. Clinical study of SS-cream in patients with lifelong premature ejaculation. *Urology*. 2000 Feb. 55(2):257-61.
24. Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *BJU Int*. 2004 May. 93(7):1018-21.
25. Porst H, Burri A. Novel Treatment for Premature Ejaculation in the Light of Currently Used Therapies: A Review. *Sex Med Rev*. 2018 Jul 26.
26. Colpi GM, Fanciullacci F, Aydos K, Grugnetti C. Effectiveness mechanism of clomipramine by neurophysiological tests in subjects with true premature ejaculation. *Andrologia*. 1991 Jan-Feb. 23(1):45-7.
27. Black K, Shea C, Dursun S, Kutcher S. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: proposed diagnostic criteria. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 May. 25(3):255-61.
28. Pryor JL, Althof SE, Steidle C, Rosen RC, Hellstrom WJ, Shabsigh R, et al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet*. 2006 Sep 9. 368(9539):929-37.
29. Blier P, Bergeron R, de Montigny C. Selective activation of postsynaptic 5-HT1A receptors induces rapid antidepressant response. *Neuropsychopharmacology*. 1997 May. 16(5):333-8.
30. Yang L, Qian S, Liu H, Liu L, Pu C, Han P, et al. Role of Tramadol in Premature Ejaculation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Urol Int*. 2013 Jun 6.
31. Kilinc MF, Aydogmus Y, Yildiz Y, Doluoglu OG. Impact of physical activity on patient self-reported outcomes of lifelong premature ejaculation patients: Results of a prospective, randomised, sham-controlled trial. *Andrologia*. 2018 Feb. 50 (1).
32. Pastore AL, Palleschi G, Fuschi A, Al Salhi Y, Zucchi A, Bozzini G, et al. Pelvic muscle floor rehabilitation as a therapeutic option in lifelong premature ejaculation: long-term outcomes. *Asian J Androl*. 2018 Jul 3.
33. David Prologo J, Snyder LL, Cherullo E, Passalacqua M, Pirasteh A, Corn D. Percutaneous CT-guided Cryoablation of the Dorsal Penile Nerve for Treatment of Symptomatic Premature Ejaculation. *J Vasc Interv Radiol*. 2013 Feb. 24(2):214-9.
34. Chen J. The pathophysiology of delayed ejaculation. *Transl Androl Urol* 2016;5:549-62.
35. Waldinger MD, Schweitzer DH. Retarded ejaculation in men: An overview of psychological and neurobiological insights. *World J Urol* 2005;23:76-81.
36. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertil Steril* 2015;104:1082-8.
37. McMahon CG. Management of ejaculatory dysfunction. *Intern Med J* 2014;44:124-31.
38. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs* 2001;33:223-32.
39. Corona G, Jannini EA, Vignozzi L, et al. The hormonal control of ejaculation. *Nat Rev Urol* 2012;9:508-19.
40. Sadowski DJ, Butcher MJ, Köhler TS. A Review of Pathophysiology and Management Options for Delayed Ejaculation. *Sex Med Rev* 2016;4:167-76.
41. Seyam R. A systematic review of the correlates and management of nonpremature ejaculatory dysfunction in heterosexual men. *Ther Adv Urol* 2013;5:254-97.
42. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, et al. Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation. *J Sex Med* 2013;10:204-29.
43. Althof SE. Sexual therapy in the age of pharmacotherapy. *Annu Rev Sex Res* 2006;17:116-31.
44. Keller Ashton A, Hamer R, Rosen RC. Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: A large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *J Sex Marital Ther* 1997;23:165-75.
45. Hollander AB, Pastuszak AW, Hsieh TC, et al. Cabergoline in the Treatment of Male Orgasmic Disorder-A Retrospective Pilot Analysis. *Sex Med* 2016;4:e28-33.
46. Modell JG, May RS, Katholi CR. Effect of bupropion-sr on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: A pilot study. *J Sex Marital Ther* 2000;26:231-40.
47. IsHak WW, Berman DS, Peters A. Male anorgasmia treated with oxytocin. *J Sex Med* 2008;5:1022-4.
48. Paduch DA, Polzer PK, Ni X, et al. Testosterone replacement in androgen-deficient men with ejaculatory dysfunction: A randomized controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100:2956-62.
49. Nickel JC, Elhilali M, Vallancien G. Benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostatitis: Prevalence of painful ejaculation in men with clinical BPH. *BJU Int* 2005;95:571-4.
50. Barnas JL, Pierpaoli S, Ladd P, et al. The prevalence and nature of orgasmic dysfunction after radical prostatectomy. *BJU Int* 2004;94:603-5.
51. Ilie CP, Mischianu DL, Pemberton RJ. Painful ejaculation. *BJU Int* 2007;99:1335-9.
52. Mogorovich A, Nilsson AE, Tyrizis SI, et al. Radical prostatectomy, sparing of the seminal vesicles, and painful orgasm. *J Sex Med* 2013;10:1417-23.
53. Parnham A, Serefoglu EC. Retrograde ejaculation, painful ejaculation and hematospermia. *Transl Androl Urol* 2016;5:592-601.
54. McMahon C. Disorders of Male Orgasm and Ejaculation. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, et al. editors. *Campbell-Walsh Urology*. Philadelphia: Elsevier, 2016:692-708.
55. Jefferys A, Siassakos D, Wardle P. The management of retrograde ejaculation: A systematic review and update. *Fertil Steril* 2012; 97:306-12.
56. Fedder J, Kaspersen MD, Brandslund I, et al. Retrograde ejaculation and sexual dysfunction in men with diabetes mellitus: a prospective, controlled study. *Andrology* 2013;1:602-6.
57. Shoshany O, Abhyankar N, Elyaguov J, et al. Efficacy of treatment with pseudoephedrine in men with retrograde ejaculation. *Andrology* 2017;5:744-8.
58. Kurbatov D, Russo GI, Galstyan GR, et al. Correction of Retrograde Ejaculation in Patients with Diabetes Mellitus Using Endourethral Collagen Injection: Preliminary Results. *J Sex Med* 2015;12:2126-9.

| UP TO DATE RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES IDOSOS DURANTE TRATAMENTO CLÍNICO DA HPB



**Alexandre K
Hidaka**

Residente de Urologia do Centro Universitário Saúde ABC/FMABC



**José F. da Rocha
Grohmann**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saúde ABC/ FMABC - Grupo de Urologia Geral



BACKGROUND

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma doença relacionada ao envelhecimento do homem. Atinge cerca 50% dos homens após a sétima década e 90% acima da nona década de vida¹. Obesidade, diabetes tipo 2, uso de álcool e sedentarismo também são fatores de risco. Sua fisiopatologia ainda não é bem definida, entretanto sabe-se que o aumento da zona periuretral e dos elementos estromais da zona de transição estão relacionados aos sintomas urinários baixos relatados pelos homens. Não há correlação entre o volume prostático e a severidade dos sintomas. Muitos desenvolvem sintomas relacionados ao trato urinário inferior, ligados ao esvaziamento e/ou armazenamento, como jato fraco, como poliúria, urgência, disúria e noctúria. Tais sintomas possuem impactos negativos na qualidade de vida. Os pilares do tratamento da HPB consistem em medidas comportamentais associados ao tratamento farmacológico, e em determinadas situações, existe indicação para resolução cirúrgica. O tratamento farmacológico mudou drasticamente após os anos 90 com o lançamento dos alfa bloqueadores, dos quais, um efeito colateral será discutido neste artigo, e dos inibidores 5 alfa redutase. Como são tratamentos que apresentam efeitos adversos, principalmente na população idosa, com impactos severos, devemos ter atenção e cuidado durante o manejo clínico com alfa bloqueadores.

QUADRO CLÍNICO E CLASSIFICAÇÃO

O sintomas urinários baixos (lower urinary tract symptoms (LUTS)) podem ser classificados conforme International Prostate Symptom Score (IPSS) que consiste em um questionário autoaplicável, composto por oito perguntas que avaliam a frequência de sete sintomas associados à HBP e a oitava pergunta que avalia a qualidade de vida do homem em relação ao seu padrão miccional. Quanto maior o resultado deste questionário, pior é a sua qualidade de vida. Cada resposta recebe uma pontuação de zero a cinco de acordo com a frequência dos sintomas, sendo o resultado máximo 35. Pacientes com mais de 7 pontos já podem ser tratados com fármacos. Estes scores podem ser utilizado no seguimento dos pacientes, sendo considerado um tratamento eficaz com uma mudança de 3 pontos ou mais. Na avaliação inicial, a função renal, ecografia prostática e do aparelho urinário, PSA devem ser solicitados. O exame de toque retal digital da próstata é mandatório. Devemos observar a textura, tamanho e pesquisar nódulos ou massas. Caso haja suspeita para malignidade, devemos seguir a investigação pertinente.

TRATAMENTO

O tratamento não farmacológico consiste em medidas comportamentais relacionadas a frequência de esvaziamento vesical e na restrição ao consumo de álcool, cafeína, sódio, além da restrição ao uso de descongestionantes nasais contendo adrenérgico.

O tratamento medicamentoso é constituído principalmente no uso de alfa bloqueadores e inibidores da 5 alfa redutase. Em alguns casos, o tratamento combinado utilizando-se em conjunto estas duas medicações, pode ser benéfico. A bexiga e a próstata possuem receptores alfa adrenérgicos, muscarínicos e fosfodiesterase 5 em abundância.

Nos anos 1990 com o lançamento dos alfa bloqueadores menos seletivos, como a doxazosina e a terazosina, mudou-se o rumo da evolução da doença. Eles promovem o relaxamento da musculatura lisa prostática e do colo vesical, melhorando o jato urinário e os sintomas obstrutivos. Os alfa bloqueadores de primeira geração atuam em todos os receptores alfa 1 (A,B,D) podendo ser utilizados no tratamento da HPB e da hipertensão arterial. Estes medicamentos necessitam de um ajuste fino nas primeiras 2 semanas para se evitar a hipotensão pelo antagonismo alfa 1B. Os bloqueadores alfa adrenérgicos foram desenvolvidos inicialmente para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, entretanto no estudo ALLHAT,² foi constatado aumento na probabilidade de eventos cardiovasculares graves e infarto quando os alfa bloqueadores foram combinados com diuréticos tiazídicos. Os alfa bloqueadores não seletivos são relacionados com alto risco para hipotensão ortostática,³ sendo associados, conseqüentemente, ao aumento na taxa de quedas e fraturas.⁴ Welk em 2015, conduziu um estudo de coorte retrospectivo, analisando o banco de dados da província de Ontário no Canadá, com 147084 homens com mais de 66 anos que utilizaram pela primeira vez alfa bloqueadores (tansulosina, alfuzosina ou silodosina) versus uma coorte pareada sem uso de alfa bloqueador. Avaliou o índice de quedas e fraturas nos primeiros 90 dias a partir do início do tratamento. Observou que houve um aumento importante no risco de queda daqueles que receberam alfa bloqueador (OR 1.14 (95% IC 1.07-1.21), aumento no risco de fratura (OR 1.16 (CI 1.04

-1.29), hipotensão (OR 1.80 (95% IC 1.59-2.03) ou trauma craniano (OR 1.15 (95% IC 1.04-1.27). Desta forma, neste estudo, os alfa bloqueadores foram associados a um pequeno mas significativo risco de queda, fratura e traumatismo crânio encefálico, provavelmente resultante de hipotensão induzida pela nova medicação. Ensaios clínicos randomizados, duplo cego, não mostraram diferenças significantes na variação de pressão arterial e a tontura foi ligeiramente maior no grupo tansulosina vs placebo.^{10,11}

O tratamento combinado de alfa bloqueadores e inibidores da 5 alfa redutase (finasterida e doxazosina ou Tansulosina e dutasterida) mostrou melhora significativa na redução dos sintomas urinários baixos e na qualidade de vida.⁶⁻¹⁰ Em geral, se deve associar alfa bloqueador com inibidor da 5 alfa redutase nos pacientes com grandes volumes prostáticos e sintomas urinários baixos severos refratários ao uso de alfa bloqueador isolado. Entretanto essa combinação leva ao aumento na taxa de efeitos adversos, principalmente, como a hipotensão,⁵ sendo o uso dos Inibidores da 5 alfa redutase, recomendado para aqueles com volume prostático maior.

O estudo CombAT,⁷ randomizado, duplo cego e multicêntrico, avaliou 4844 homens com mais de 50 anos com LUTS moderado ou severo (IPSS >12), próstata >30g, fluxo urinário entre 5 e 15 ml/s, volume residual > ou igual a 125ml. Nesse estudo foram avaliados 3 tipos de intervenção, somente Dutasterida (Avodart), somente Tansulosina, e a terapia combinada dos dois fármacos. O endpoint primário do trabalho foi avaliar a incidência de retenção urinária aguda e desfecho cirúrgico da próstata durante o seguimento. Dentre os endpoints secundários, a segurança dos tratamentos farmacológico foi avaliado.

Em 2010, foi publicado o seguimento de 4 anos do estudo CombAT, 3195 completaram o seguimento de 48 meses, com uma perda de aproximadamente 35% da amostra inicial, sendo a maior perda do grupo tansulosina. Não utilizaram o grupo placebo para comparação dos resultados, devido a questões éticas. Quanto ao endpoint primário, a terapia combinada foi superior em 65% quando comparada com o grupo tansulosina e 19,6% quando comparado com o grupo dutasterida, o que corrobora os resultados publicados em 2008, dos dois anos de seguimento do estudo CombAT. Quando avaliam os efeitos adversos e a tolerabilidade ao tratamento, a terapia combinada (6%) e a monoterapia (4%) obtiveram resultados similares, sendo ligeiramente maior no grupo combinado. Os eventos cardiovasculares não tiveram resultados estatisticamente significantes. Nenhuma extrusão de iris foi relatada. Relatam índices de tontura similares entre o grupo combinado (2%) e tansulosina (2%), similar ao relatado no seguimento de 2 anos (1,6% vs 1,7%).⁹

A fosfodiesterase 5 está presente amplamente no tecido prostático, no músculo detrusor da bexiga e na musculatura lisa dos vasos. Os inibidores da fosfodiesterase 5 foram inicialmente

BB A bexiga e a próstata possuem receptores alfa adrenérgicos, muscarínicos e fosfodiesterase 5 em abundância. GG

desenvolvidos para o tratamento da disfunção erétil, entretanto podem melhorar a queixa de sintomas urinários. Quando se inibe a fosfodiesterase 5, há um aumento no AMP cíclico e na no monofosfato de guanosina cíclica, promovendo o relaxamento da musculatura lisa. Quando combinado com nitrato ou bloqueador alpha pode aumentar o risco de hipotensão.⁶

Estudo com 383567 novos usuários de tratamento medicamentoso para hpb, sendo 297596 pacientes que receberam tamsulosina, mostrou 2562 pacientes (1,3%) com necessidade de hospitalização por hipotensão severa.¹² Estes achados de hipotensão severa apresentaram relação temporal com a introdução da tamsulosina e nas oito primeiras semanas de um novo tratamento ou reinício de tratamento.

O tratamento combinado ainda é amplamente utilizado para o manejo dos sintomas de esvaziamento e armazenamento dos pacientes com HPB. Apesar da segurança das drogas utilizadas atualmente, o envelhecimento da população é uma preocupação que o médico prescritor deve ficar atento e orientar de maneira adequada aos pacientes os possíveis efeitos adversos deste tratamento.

REFERÊNCIAS

1. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2011;185(5):1793-803.
2. ALLHAT Officers, Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major cardiovascular events in hypertensive patients randomised to doxazosin vs chlorthalidone. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2000;283(15):1967-75.
3. Chrischilles E, Rubenstein L, Chao J, et al. Initiation of nonselective alpha 1-antagonist therapy and occurrence of hypotension-related adverse events among men with benign prostatic hyperplasia: a retrospective cohort study. *Clin Ther* 2001;23:727-43.
4. Welk B, McArthur E, Fraser LA, et al. The risk of fall and fracture with the initiation of a prostate-selective a antagonist: a population based cohort study. *BMJ* 2015; 351:h5398.
5. Guillaume M, Lonsdale F, Darstein C, et al. Hemodynamic interaction between a daily dosed phosphodiesterase 5 inhibitor, tadalafil, and the alpha-adrenergic blockers, doxazosin and tamsulosin, in middle-aged healthy male subjects. *J Clin Pharmacol* 2007;47(10):1303-10.
6. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003;349(25):2387-98.
7. Siami P, Roehrborn CG, Barkin J, et al. Combination therapy with dutasteride and tamsulosin in men with moderate-to-severe benign prostatic hyperplasia and prostate enlargement: the CombAT (Combination of Avodart and Tamsulosin) trial rationale and study design. *Contemp Clin Trials* 2007;28:770-9.
8. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, 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;179:616-21.
9. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study [published correction appears in *Eur Urol*. 2010 Nov;58(5):801]. *Eur Urol*. 2010;57(1):123-131. doi:10.1016/j.eururo.2009.09.035
10. Lepor H. Phase III multicenter placebo-controlled study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia. Tamsulosin Investigator Group. *Urology* 1998;51:892-900.
11. Narayan P, Tewari A. A second phase III multicenter placebo controlled study of 2 dosages of modified release tamsulosin in patients with symptoms of benign prostatic hyperplasia. United States 93-01 Study Group. *J Urol* 1998;160:1701-6.
12. Bird Steven T, Delaney Joseph A C, Brophy James M, Etminan Mahyar, Skeldon Sean C, Hartzema Abraham G et al. Tamsulosin treatment for benign prostatic hyperplasia and risk of severe hypotension in men aged 40-85 years in the United States: risk window analyses using between and within patient methodology *BMJ* 2013; 347:f6320.

NEFRECTOMIA PARCIAL CITORREDUTORA EM PACIENTE RIM ÚNICO COM METÁSTASE À DISTÂNCIA



**Marcel Aranha
da Silveira**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saude ABC/FMABC - Grupo de Uro-oncologia



**Oséas de Castro
Neves Neto**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saude ABC/FMABC - Grupo de Uro-oncologia



APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente gênero masculino, 59 anos, com antecedente de nefrectomia esquerda aos 19 anos de idade por perda de função renal secundária a doença litiásica. Procurou auxílio médico com quadro de hematúria macroscópica persistente com coágulos e retenção urinária que iniciou 60 dias antes. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdômen (Figura 1) para investigação com achado de tumor de 9cm no maior diâmetro na região antero medial do rim direito estendendo-se para a gordura peri renal sem sinais de extensão além da fásia de Gerota. Não havia sinais de linfonomegalia retroperitoneal ou invasão da veia renal. Como antecedente patológico paciente apresentava hipertensão arterial sistêmica controlada com uso de losartana 50mg por dia. Exames laboratoriais normal exceto creatinina sérica 1,45mg/dl.

Realizado estadiamento com achado em TC de tórax de múltiplos nódulos pulmonares bilaterais com até 2,3cm de diâmetro com distribuição randômica acometendo todos os lobos e aumento dos linfonodos mediastinais em número e tamanho medindo até 1,8 cm achados compatíveis com acometimento secundário (Figuras 2 e 3). PET - CT com captação em massa no rim direito (SUVmax 19,2) e em linfonodos mediastinais, hilares pulmonares bilaterais e periesofágicos (SUVmax 14,5).

Paciente foi submetido a nefrectomia parcial (NP) robótica. No intra operatório foi identificado artéria renal polar inferior direcionada ao tumor. Foi realizado um clampeamento teste desta artéria e visualizado através de fluorescência apos infusão de verde de indocianina que a irrigação se direcionava quase que exclusivamente ao tumor (Figura 4).

O ramo inferior foi então clipado e seccionado sem isquemia do parênquima renal normal. A artéria renal principal foi ocluída com clamp *bulldog* seguido da ressecção do tumor. Foi realizado desclampeamento precoce (retirada do clamp bulldog da artéria logo após a retirada do tumor) com tempo de isquemia quente de 12 minutos seguido de rafia do parênquima renal. Identificada abertura da pelve renal durante a ressecção do tumor que foi suturada. Ao final do procedimento foi implantado cateter duplo J de forma preventiva.

Paciente evoluiu com piora transitória da função renal no pós-operatório apresentando creatinina 3,3mg/dl no 5º dia pós-operatório seguido de melhora sem necessidade de diálise, estabilizando em 1,9mg/dl no 10º dia de pós-operatório. A sonda vesical foi retirada no 5º dia pós-operatório e o cateter 2j no 14º dia pós-operatório antes da alta hospitalar. Houve resolução completa da hematúria.

O exame anátomo patológico evidenciou carcinoma de células renais com os padrões histológicos papilífero, alveolar, sólido e cístico com áreas de componente células claras; ISUP 4. Presença de infiltração angiolinfática, embolização tumoral em vasos de grande calibre, infiltração da cápsula renal, infiltração do sistema pielocalicinal, infiltração do tecido adiposo perirrenal, margem cirúrgica focalmente comprometida. Ausência de componente sarcomatóide (pT3a).

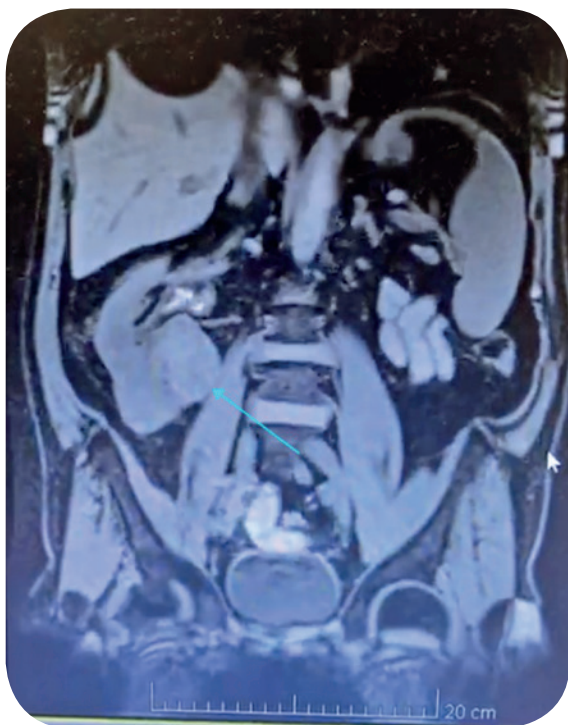


Figura 1.

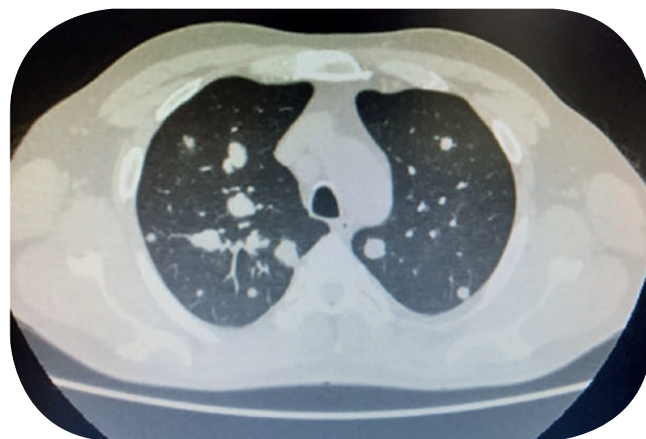


Figura 3.

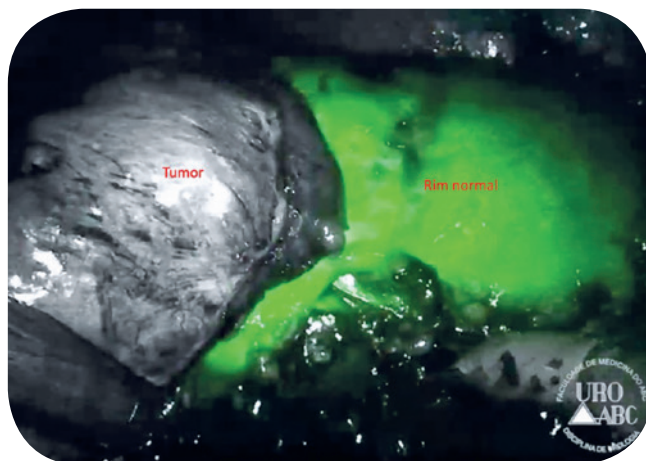
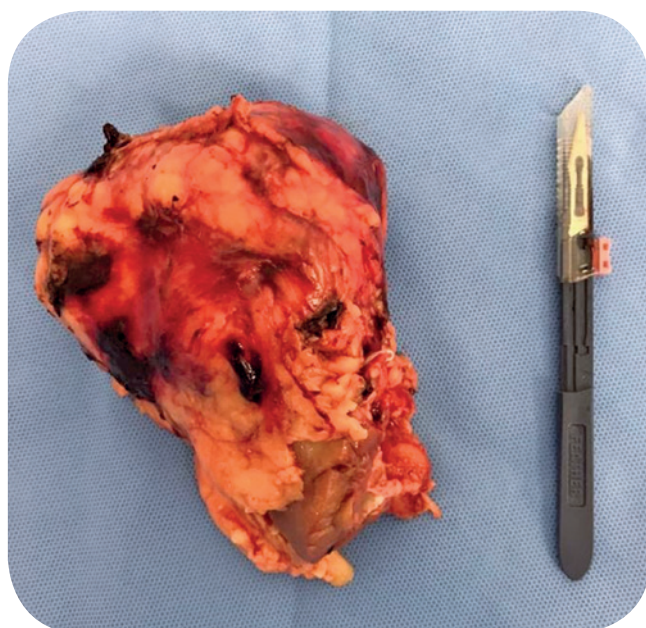


Figura 4.



Figura 2.



DISCUSSÃO

Carcinoma de células renais é o sexto tipo de câncer mais frequente em homens e o décimo em mulheres representando 5% e 3% de todos os diagnósticos oncológicos respectivamente.¹ A incidência do câncer renal tem aumentado nas últimas décadas decorrente de achados incidentais em exames de imagem o que contribuiu para o aumento do diagnóstico precoce e redução da mortalidade global.²

No entanto, aproximadamente 30% dos pacientes são diagnosticados em estágio avançado. A sobrevida em 5 anos de pacientes diagnosticados com e sem metástase é de 10% e 85% respectivamente.³

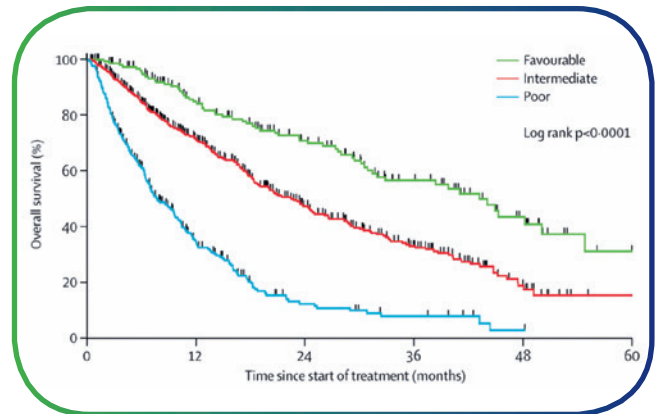
Para paciente com rim contralateral normal e função renal normal a indicação de NP é para tumores com até 7cm se as condições anatômicas forem favoráveis. Em casos de tumores sincrônicos bilaterais, rim único, função renal comprometida ou com síndromes genéticas como von Hippel-Lindau a necessidade de ressecção parcial se impõe. No caso em questão o tumor foi classificado na escala nefrométrica *R.E.N.A.L.*⁴ *score 10a* o que o enquadra na categoria de alta complexidade para realização de NP.

A técnica a ser utilizada depende da disponibilidade das tecnologias e da experiência da equipe cirúrgica. A NP laparoscópica exige habilidades avançadas para se completar a ressecção do tumor, hemostasia e sutura renal com mínimo tempo de isquemia quente. Tumores complexos (hilares, endofíticos, múltiplos) são ainda mais desafiadores para serem realizados por via laparoscópica. O uso do sistema robótico da Vinci® (Intuitive Surgical) tende a facilitar a ressecção de tumores renais complexos mantendo os benefícios da cirurgia minimamente invasiva.⁵ Entre os potenciais benefícios temos a visão tridimensional, movimentos de menor amplitude e maior articulação e grau de liberdade dos instrumentos que possibilita ao cirurgião replicar movimentos utilizados classicamente na cirurgia aberta.

De acordo com a classificação de risco de Motzer descritos em 1999⁶ o paciente em questão apresenta risco intermediário com uma sobrevida média estimada de 10 meses. Posteriormente, na nova era dos tratamentos com terapia alvo/inibidores de VEGF, pesquisadores do IMDC (*International Metastatic Renal-cell carcinoma Database Consortium*) (tabela) atualizaram os critérios prognósticos⁷ sendo o caso descrito também classificado como risco intermediário nesta escala.

Critérios IMDC
- Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento sistêmico menor que 1 ano
- Índice de Karnofsky menor que 80%
- Cálcio sérico elevado (corrigido pela albumina)
- Anemia
- Neutrofilia
- Trombocitose (plaquetas acima do limite superior)

- Risco favorável: nenhum fator prognóstico desfavorável.
- Risco intermediário: um ou dois fatores prognósticos desfavoráveis.
- Risco alto: três ou mais fatores de risco desfavoráveis.



Análise de Kaplan-Meier sobrevida global para o modelo do IMDC.⁷

O estudo Carmena que comparou o uso de inibidor de VEGF (Sunitinib) isolado ou após a nefrectomia em pacientes de risco intermediário ou alto não mostrou inferioridade no grupo com uso exclusivo da medicação⁸. Imunoterapia tem mostrado bons resultados com melhora da sobrevida em pacientes de risco alto e intermediário quando comparado com Sunitinib. Estudo do *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* mostrou ganho de sobrevida com o uso da associação de Nivolumab e Ipilimumab quando comparado com Sunitinib. Em 12 meses a sobrevida global foi de 80% x 72% e em 18 meses 75 x 60%⁹ respectivamente.

Frente aos dados atuais, nefrectomia citorrredutora deve ser realizada em casos selecionados priorizando pacientes em boas condições clínicas e com boa resposta ao tratamento sistêmico inicial (quando realizado) ou com intuito paliativo nos pacientes que apresentam sintomas refratários relacionados ao tumor primário (dor, sangramento etc.) como no caso apresentado.

EVOLUÇÃO

Paciente atualmente com 6 meses de pós-operatório segue em acompanhamento com oncologia recebendo tratamento sistêmico com Nivolumab e Ipilimumab não apresenta sinais de recidiva local nos exames de controle.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(1):7-30. doi:10.3322/caac.21442.
2. Hsieh JJ, Purdue MP, Signoretti S, et al. Renal cell carcinoma. *Nat Rev Dis Prim.* 2017;3:1-19. doi:10.1038/nrdp.2017.9.
3. Lim W, Graves, Hessamodini, Wong. Metastatic renal cell carcinoma: update on epidemiology, genetics, and therapeutic modalities. *ImmunoTargets Ther.* Published online 2013:73. doi:10.2147/itt.s31426.
4. Parsons RB, Canter D, Kutikov A, Uzzo RG. RENAL nephrometry scoring system: The radiologist's perspective. *Am J Roentgenol.* 2012;199(3):355-359. doi:10.2214/AJR.11.8355.
5. Rogers CG, Singh A, Blatt AM, Linehan WM, Pinto PA. Robotic Partial Nephrectomy for Complex Renal Tumors: Surgical Technique. *Eur Urol.* 2008;53(3):514-523. doi:10.1016/j.eururo.2007.09.047.
6. Motzer BRJ, Mazumdar M, Bacik J, Berg W, Amsterdam A, Ferrara J. Survival and Prognostic Stratification of 670 Patients With Advanced Renal Cell Carcinoma. 2017;17(8):2530-2540.
7. Heng DY, Xie W, Regan MM, et al. External validation and comparison with other models of the International Metastatic Renal-Cell Carcinoma Database Consortium prognostic model: A population-based study. *Lancet Oncol.* 2013;14(2):141-148. doi:10.1016/S1470-2045(12)70559-4.
8. Méjean A, Ravaud A, Thezenas S, et al. Sunitinib alone or after nephrectomy in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2018;379(5):417-427. doi:10.1056/NEJMoa1803675.
9. Motzer RJ, Tannir NM, McDermott DF, et al. Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in advanced renal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2018;378(14):1277-1290. doi:10.1056/NEJMoa1712126.

| APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS DISFUNÇÕES DA MICÇÃO

DISFUNÇÃO MICCIONAL EM PACIENTE COM ANTECEDENTE DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO



Caio Cesar Cintra

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saude ABC/FMABC - Grupo de Disfunções da Micção



Thalita Dutra e Silva

Fellow da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saude ABC/FMABC - Grupo de Disfunções da Micção



RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 67 anos de idade, presidente de empresa de tecnologia, e antecedente de acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEH), há 7 meses. Queixa urgência miccional associada à incontinência urinária ocasional, desde que deixou o hospital. Durante a consulta, nega sintomas de esvaziamento ou antecedentes de retenção e/ou infecção urinária prévia e refere constipação intestinal, apresentando uma evacuação a cada 3 dias.

Medicações de uso habitual: metformina, ácido acetilsalicílico, rosuvastatina e ezetimibe.

Exame físico (dados de interesse): Função cognitiva preservada, mas com leve disartria, déficit motor em membro superior direito e distúrbio de marcha (usuário de cadeira de rodas). Ausência de bexigoma e próstata de 60 gramas, consistência fibroelástica e sem achados suspeitos para malignidade, ao toque retal.

IPSS: 15 OAB-V8: 18.

Diário miccional: 12-14 micções/dia, em média, ausência de poliúria noturna e 5 episódios de urge-incontinência, em 3 dias. Volume urinado mínimo: 165ml/micção e volume urinado médio: 210ml/ micção

PSA: 1,1 UI e URC: normais.

USG de vias urinárias: retração cortical, cicatricial em rim direito e ausência de dilatação e bexiga de esforço com divertículo lateral, medindo 2,0cm diâmetro; próstata 45g; resíduo pós-miccional de 98ml (vol pré miccional de 300ml).

AVALIAÇÃO INICIAL E CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Levando-se e consideração as queixas apresentadas, o antecedente neurológico e a efetividade miccional de cerca de 70%, segundo ultrassonografia inicial com RPM representando de 30% do volume intra vesical miccional, optamos pela realização do estudo urodinâmico prévio à determinação da conduta urológica.

No entanto, sob uma perspectiva global e ampla de abordagem, paciente foi encaminhado a um serviço de reabilitação para manejo motor (fisioterapia e terapia ocupacional) e pessoal (psicoterapia) e

fonoaudiologia. A constipação foi manejada com reorientação alimentar e uso de fibras.

Paciente foi submetido a estudo urodinâmico (Figuras 1,2,3).

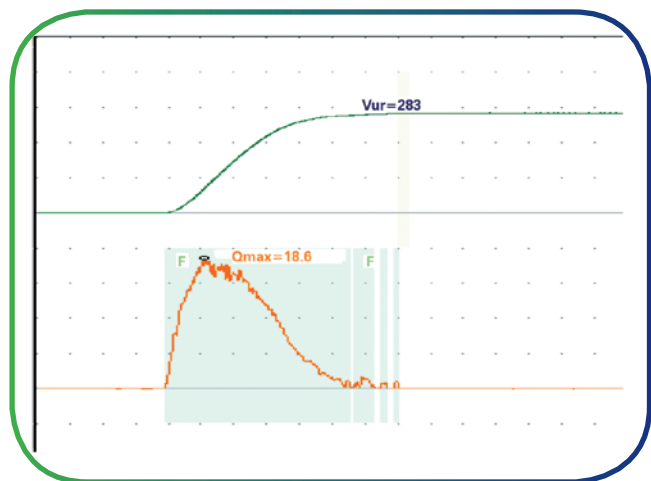


Figura 1. Urofluxometria.

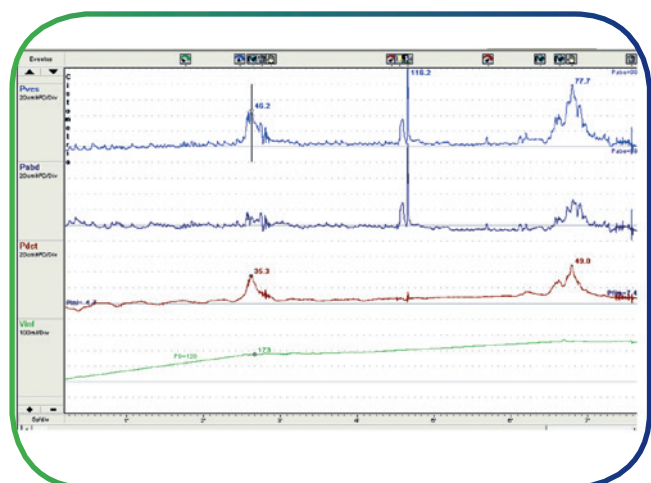


Figura 2. Cistometria.

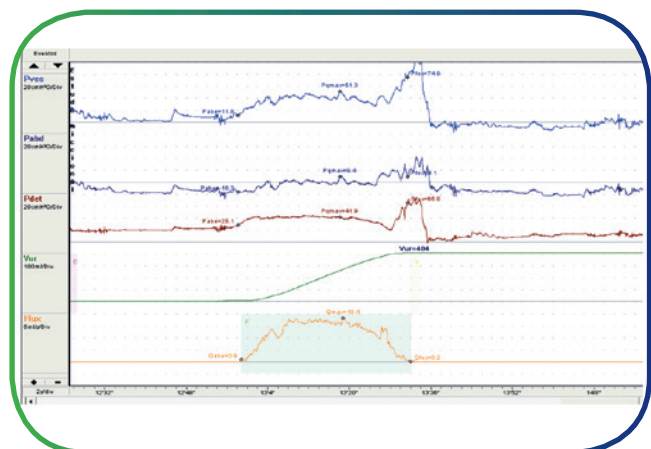


Figura 3. Estudo fluxo-pressão.

Urofluxometria: bom volume urinado, pico de fluxo satisfatório, curva de aspecto normal e resíduo pós-miccional de 15ml.

Cistometria: Bexiga de sensibilidade aumentada (primeiro desejo 120ml), capacidade cistométrica funcional diminuída pela presença de hiperatividade detrusora não associada a perdas e responsiva à contração perineal após 173ml de infusão e complacência preservada.

EFP: Micção com bom pico de fluxo, contração detrusora efetiva e esvaziamento vesical completo; presença de hiperatividade detrusora pós-miccional (ICV:131).

Paciente retorna com estudo urodinâmico já em processo de reabilitação e referindo melhora do padrão intestinal; frente os achados urodinâmicos e persistência das queixas, optou-se pela introdução de tansulosina 0,4mg uma vez ao dia associado à mirabegrona 50mg/dia. Após 60 dias, o mesmo vem à consulta deambulando com o uso de órteses e referindo melhora importante dos sintomas e ausência das perdas.

IPSS: 9 e OAB-V8: 8

Diário Miccional: 8 micções/dia, em média, ausência de poliúria noturna e ausência de perdas. Volume urinado mínimo: 280ml/micção (anterior 165ml) e volume urinado médio: 330ml/micção (anterior 210ml).

DISCUSSÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica com grande prevalência em adultos e idosos, sendo uma das principais causas de mortalidade no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC - incluindo os tipos isquêmico e hemorrágico - é a principal causa de incapacidade no Brasil com uma incidência anual de 108 para cada 100 mil habitantes.¹ 8-18% dos AVC são do tipo hemorrágico². Além disso, 20-40% dos AVC isquêmicos podem sofrer transformação hemorrágica na primeira semana após o evento.²

Disfunção neurogênica do trato urinário inferior - como a bexiga hiperativa (BH) - é um problema comum em pacientes com distúrbios neurológicos como o AVC.

A frequência de sintomas urinários em pacientes com antecedente de AVC parece ser um pouco superior naqueles que apresentaram evento hemorrágico (73%), quando comparados àqueles que sofreram um evento isquêmico (63%).² A investigação do impacto desses sintomas na qualidade de vida desses indivíduos deve fazer parte de seu processo de reabilitação, sobretudo naqueles em que o evento neurológico foi mais grave, ou quando os sintomas urinários são mais impactantes e/ou persistentes.

Estudos mostram que a taxa dos sintomas tendem diminuir, com o passar do tempo. Em uma série publicada por Patel e col, 40% dos pacientes apresentavam sintomas na primeira semana após o evento agudo, mas apenas 19% apresentavam os mesmos sintomas, nos 3 meses seguintes, sem tratamento específico.^{3,4} Por outro lado, indivíduos com incontinência persistente tendem a apresentar maior incapacidade e taxa de institucionalização aumentadas, em até 2 anos após a ocorrência de AVC.⁵

A abordagem multifatorial de pacientes com quadros clínicos complexos, sobretudo se associados a um substrato neurológico, é indispensável para que a evolução seja favorável e o resultado do tratamento, positivo. Drogas Anticolinérgicas tem sido a pedra angular do tratamento farmacológico da bexiga hiperativa, por décadas. Todavia, dados recentes têm alertado para os riscos da prescrição dessa classe de medicamentos, em populações idosas fragilizadas. Pontos importantes a serem considerados nesse contexto são o declínio cognitivo, o risco de queda e o aumento na taxa de hospitalização, que se somam aos efeitos colaterais clássicos relacionados às medicações anti colinérgicas.⁴

Dentro do contexto clínico descrito, optou-se por um tratamento clínico combinado (alfa bloqueador + mirabegrona) procurando-se evitar os eventos colaterais habituais dos antimuscarínicos em um indivíduo com antecedente de constipação relevante, resíduo pós miccional potencialmente elevado (embora não confirmado à urodinâmica), e evento neurológico pregresso importante. A mirabegrona, embora não avaliada especificamente em populações neurológicas, tem se mostrado mais tolerável, com menor incidência de efeitos colaterais e com aderência terapêutica superior aos antimuscarínicos, após 12 meses de tratamento.^{5,6} A associação dessa medicação aos alfa bloqueadores, embora off label, vem de encontro a uma tendência crescente de uso das terapias combinadas no manejo dos LUTS que,

por sua vez, apresentam natureza multifatorial. Dessa forma, e sobretudo nos casos complexos e/ou refratários, onde o tratamento invasivo não é necessariamente uma boa opção de tratamento, entendemos que essa é uma boa opção de manejo clínico. No universo do caso apresentado, um homem idoso, fragilizado por um evento neurológico grave e com um quadro clínico preferencialmente associado a queixas de armazenamento vesical, embora apresentasse obstrução infra vesical associada à hiperatividade detrusora de provável causa neurológica à avaliação urodinâmica, sem complicações clínicas e com um resíduo pós miccional aceitável, em que o tratamento de desobstrução tem grandes chances de não tratar a queixa principal apresentada pelo paciente.

REFERÊNCIAS

1. Botelho, T.S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Revista Temas em Saúde*, v.16, 2, 361-377, 2016.
2. Cho, Y.S. et al. A novel intracerebral hemorrhage-induced rat model of neurogenic voiding dysfunction: Analysis of lower urinary tract function. *Molecular Medicine Reports* 12.2 (2015): 2563-2569.
3. Pyo, H. et al. Effects of Overactive Bladder Symptoms in Stroke Patients' Health Related Quality of Life and Their Performance Scale. *Ann Rehabil Med* 2017;41(6):935-943.
4. Monteiro, E.S. et al. Queixas urinárias em mulheres com infarto cerebral. *Rev Neurocienc* 2009;17(2):103-7.
5. Patel, M. et al. Natural History and Effects on 2-Year Outcomes of Urinary Incontinence After Stroke. *Stroke*. *Stroke* 2001;32:122-7.
6. Salahudeen, M.S.; DUFFULL, S.B.; NISHTALA, P.S. Anticholinergic burden quantified by anticholinergic risk scales and adverse outcomes in older people: a systematic review. *BMC Geriatrics* (2015) 15:31.
7. Silva, V.P. et al. Bexiga Hiperativa Plano de Cuidados Integrados (ICP)- Evidência Científica e Guia do Utilizador (Portugal). Disponível em: <<https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Plano-de-Cuidados-Integrados-Bexiga-Hiperativa.pdf>> Acesso em 28 de junho de 2020.

| INTERFACE

DIABETES MELLITUS E DOENÇAS UROLÓGICAS. EFEITOS DAS DROGAS HIPOGLICEMIANTES



**Augusto Cezar
Santomauro Jr.**

Endocrinologista - Disciplina de Endocrinologia do Centro
Universitário Saúde ABC/FMABC



**Ana Teresa
Santomauro**

Professora Auxiliar da Disciplina de Endocrinologia e
Metabologia e Coordenadora da Residência Médica em
Endocrinologia da Faculdade de Medicina do ABC
Médica Assistente e Coordenadora da Equipe de
Endocrinologia e Metabologia do Hospital BP -
Beneficência Portuguesa de São Paulo



A incidência de Diabetes Mellitus (DM) está aumentando significativamente ao redor do mundo, com mais de 463 milhões de indivíduos afetados com a doença em 2019 e com a perspectiva de atingir aproximadamente 700 milhões em 2045, ou seja, um aumento de 51% de novos casos diagnosticados ao longo dos próximos 25 anos.¹ Sabe-se que tanto a taxa de DM tipo 1 (DM1) como de DM tipo 2 (DM2) estão aumentando, porém, a prevalência de indivíduos diagnosticados com DM2 é desproporcionalmente maior e contribuiu substancialmente para a estatística global de DM.¹

No Brasil estima-se que a prevalência de pessoas com DM seja de aproximadamente 17 milhões de indivíduos, que corresponde a mais de quase 10% da população brasileira.¹ Considerando os diferentes grupos etários brasileiros, o maior número de pacientes com DM encontra-se na faixa etária acima dos 60 anos, tanto para homens quanto para mulheres, como ilustrado na figura 1.¹

Sabe-se que o diagnóstico de DM e o próprio envelhecimento são fatores de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA).² A DCVA, que inclui a doença arterial coronariana (DAC), o acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), junto com a doença microvascular (retinopatia, nefropatia e neuropatia), afetam significativamente a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes.²

Além dessas complicações classicamente relacionadas com o DM, é importante descrever as possíveis complicações do trato urinário, que podem impactar significativamente a qualidade de vida do paciente e incluem distúrbios vesicais como bexiga hiperativa, infecções geniturinárias de repetição e incontinência urinária de esforço, distúrbios sexuais, como disfunção erétil, ejaculação retrógrada e dispareunia; e até mesmo disfunções prostáticas, como hiperplasia benigna e câncer. Os fatores de risco clássicos para o desenvolvimento de patologias urológicas em pacientes com DM são o tempo de doença, envelhecimento e a neuropatia diabética, principalmente aquela que acomete os nervos do sistema autônomo que inervam o trato urinário inferior.^{3,4}

Nas últimas décadas, houve o aparecimento de novas classes de medicamentos antidiabéticos orais para o tratamento do DM2, que ajudaram a melhorar o controle glicêmico e reduzir o desenvolvimento

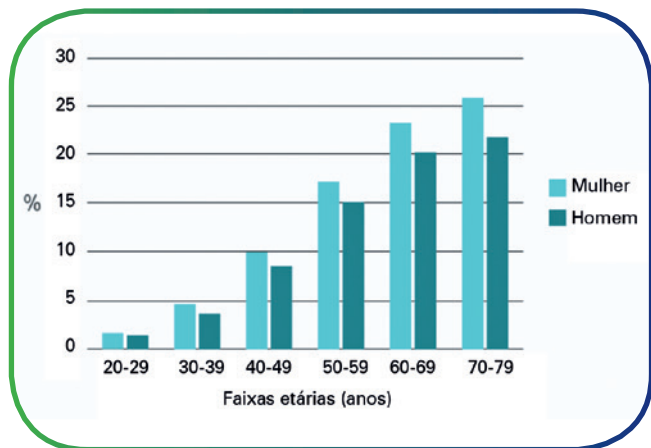


Figura 1. Prevalência de Diabetes por idade e sexo no Brasil. Adaptado de referência 1.

das complicações.³ Por outro lado, no quesito segurança, algumas dessas novas drogas trouxeram uma preocupação maior em relação a eventos adversos no trato urológico pois atuam provocando glicosúria que claramente está associado a um aumento no número de casos de infecções geniturinárias, tanto em homens quanto em mulheres.^{3,5}

O intuito desta revisão é descrever o impacto das medicações antidiabéticas sobre patologias urológicas, destacando o perfil de segurança dos novos medicamentos que provocam glicosúria como seu mecanismo de ação.

MEDICAMENTOS SENSIBILIZADORES DE INSULINA - RISCO DE NEOPLASIA UROLÓGICA

Diabetes e câncer de próstata são condições muito comuns em idosos,⁶ apesar da literatura mostrar menor incidência dessa neoplasia entre homens com DM, por motivos que não são muito bem elucidados.⁶ Entretanto, o paciente com DM e neoplasia de próstata tende a ter um câncer mais agressivo e de pior prognóstico.⁶

É conhecido a relação entre o menor risco de câncer de próstata e o uso de medicamentos antidiabéticos, em especial o uso de metformina, uma medicação comumente utilizada como tratamento de primeira linha que atua reduzindo a resistência à ação periférica da insulina.³ A metformina possui propriedades antineoplásicas com ação nos estágios iniciais da tumorigênese do câncer de próstata, atua sobre vias de sinalização de fatores de crescimento como o IGF-1, suprime vias do receptor de andrógeno, inibe vias do ciclo celular como a do mTOR e diminuiu fatores inflamatórios como o TNF-alfa.⁷ Esse papel anti-carcinogênico da metformina também pode ser visto em casos de neoplasias de cólon, pulmão, mama,

endométrio e pâncreas.⁷ Em contrapartida, também é possível que a regulação negativa do crescimento de células epiteliais da próstata pela metformina possa resultar em níveis mais baixos de antígeno prostático específico (PSA), que mascaram a presença de câncer de próstata ou retardam sua detecção, levando a um aparente risco reduzido.⁶

Outra relação entre medicamentos antidiabéticos e câncer urológico são os relatos conflitantes de neoplasia de bexiga associado ao uso de tiazolidinedionas, principalmente pioglitazona.⁸ Essa medicação também é considerada como uma sensibilizadora da ação da insulina, atuando como agonista dos receptores ativados por proliferadores de peroxissoma tipo gama (PPAR γ).³ No estudo de 2015 da pioglitazona para avaliação de eventos cardiovasculares conhecido como PROactive, foi visto um aumento no risco de câncer de bexiga nos pacientes tratados com a pioglitazona em comparação com aqueles que receberam placebo.⁹ Outros estudos observacionais também sugeriram essa associação e indicaram uma relação tempo e dose-dependente.⁸ Uma revisão sistemática recente sugeriu que pacientes com exposição prolongada e em altas doses à pioglitazona devem ser monitorados regularmente quanto a sinais de câncer de bexiga.⁸

O USO DOS MEDICAMENTOS GLICOSÚRICOS E O AUMENTO DO RISCO DE INFECÇÕES GENITURINÁRIAS

Inibidores do co-transportador de sódio-glicose 2 (SGLT-2) são uma nova classe de agentes anti-hiperglicêmicos usados no tratamento do DM2, que atuam promovendo glicosúria através da prevenção da reabsorção de glicose no túbulo proximal renal.³ Essa nova classe traz as seguintes vantagens para o paciente com DM2: raramente provoca hipoglicemia, redução do peso, redução da pressão arterial, redução de eventos cardiovasculares e mortalidade em pacientes com história de doença cardiovascular e ainda mostra benefício na redução de internação por insuficiência cardíaca.³ No Brasil, três representantes dessa classe estão disponíveis: dapagliflozina, canagliflozina e empagliflozina.³

A maioria dos ensaios clínicos randomizados (ECR) de fase II e III sugerem um perfil geral de segurança favorável dos inibidores da SGLT-2, embora vários ECRs e revisões sistemáticas tenham levantado preocupações sobre eventos adversos relacionados à infecção, principalmente no que diz respeito as infecções geniturinárias.¹⁰ Estes achados são particularmente preocupantes, uma vez que pacientes com DM que desenvolvem infecções geniturinárias geralmente são mais propensos a desfechos desfavoráveis, maior necessidade de hospitalização e aumento dos custos em saúde.¹⁰

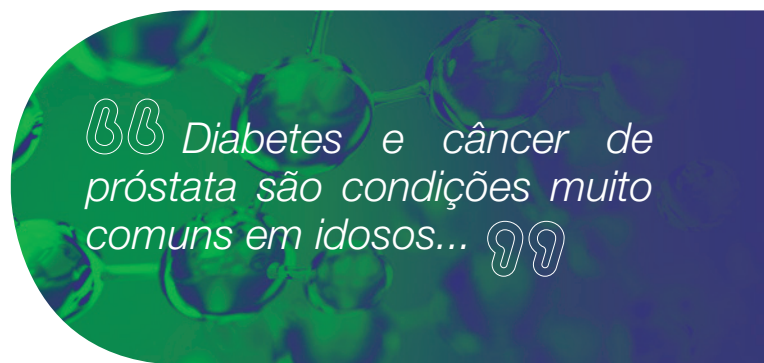
Embora vários estudos tenham documentado uma associação entre o grau de controle glicêmico e a incidência e/ou gra-

vidade de complicações infecciosas, a relação entre DM, hiperglicemia, função imune e infecções ainda é bastante complexa, e muitos problemas permanecem sem solução.^{5,10} Diferentes agentes anti-hiperglicêmicos foram analisados quanto ao risco de infecção, porém a relação mais evidente ainda permanece sobre a associação entre o uso de inibidores do SGLT-2 e o risco aumentado de infecções do trato urinário (ITU) e genital (ITG).⁵

O uso de medicamentos dessa classe está claramente associado a um aumento na ocorrência de infecções genitais, em ambos os sexos; o risco de desenvolver cistite também está aumentado até certo ponto, mas em menor extensão. Não há dados disponíveis para os quadros de bacteriúria assintomática.⁵ A maioria das mulheres abriga espécies de *Candida* em suas vaginas, e a vulvovaginite é comum na população geral, com pico de prevalência em adultos jovens; diabetes é um risco bem conhecido como fator de colonização por *Candida* e vulvovaginite por este patógeno. O risco de ITG é muito maior em homens com DM do que em homens sem DM, com maior incidência em pacientes mais jovens, em homens não circuncidados e naqueles com um controle glicêmico ruim.⁵

Em uma análise de dados de segurança combinados de 12 estudos de fase IIb/III sobre dapagliflozina em 4.545 pacientes, a incidência de ITU foi levemente maior nos pacientes de ambos os sexos em uso da medicação, sem ter uma relação dose-dependente. A taxa de descontinuação de dapagliflozina como resultado da ITU foi baixa em comparação com uso de placebo (0,2-0,3% contra 0,1% respectivamente).¹¹ Na análise acima mencionada, a incidência de ITG foi de 4,1% nos pacientes que receberam a medicação na dose de 2,5mg, 5,7% naqueles com 5mg, 4,8% com 10mg e apenas 0,9% em pacientes que receberam placebo.¹¹ A recorrência da ITG ocorreu mais frequentemente em pacientes tratados com dapagliflozina do que em pacientes tratados com placebo (18,1% contra 22,2%).¹¹ É de notar que não foi evidente uma clara relação dose-resposta (a incidência de ITG no grupo de 5mg foi superior ao grupo de 10mg), sugerindo a presença de uma dose limiar para glicosúria, além da qual não há mais aumento no risco de infecção.¹¹ A maioria dos episódios de ITG foi resolvida espontaneamente ou após um único curso de tratamento; só 2 de 3.152 pacientes tratados com dapagliflozina interromperam o tratamento por causa de ITG.¹¹

A outra representante dessa classe conhecida como empagliflozina, mostrou em ensaios de fase II um aumento de ITG, mas não de ITU.¹² Esses achados foram consistentemente confirmados por estudos de fase III em diferentes tipos de pacientes: a maioria desses estudos não encontrou associação do tratamento com empagliflozina com ITU, enquanto a ITG geralmente foi relatada com um aumento de 2 a 5 vezes na frequência em pacientes tratados com a medicação.⁵ Um aumento semelhante no IG também foi relatado no estudo



EMPA-REG OUTCOME, onde 7020 pacientes diabéticos foram aleatoriamente designados para receber 10 ou 25mg de empagliflozina por tempo médio de observação de 3,1 anos.¹³ Neste grande estudo de longo prazo, septicemia de etiologia urológica foi relatada em 0,4% dos pacientes no grupo da empagliflozina e em 0,1% dos pacientes no grupo placebo, mas não houve desequilíbrio nas taxas gerais de infecção do trato urinário, infecção complicada do trato urinário ou pielonefrite.¹³

Finalmente, a última medicação da classe disponível no Brasil, a canagliflozina não foi associada a um aumento significativo na incidência de ITU em um estudo de fase II randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, multicêntrico e com variação de dose envolvendo mulheres com DM2.¹⁴ Contudo, o tratamento com canagliflozina foi associado a um risco aumentado de colonização vaginal com espécies de *Candida* e vulvovaginite, sem evidência de dependência da dose: apenas 3% dos pacientes em uso de placebo contra 10% dos indivíduos com canagliflozina foram diagnosticados com vulvovaginite.¹⁴ Em uma análise de dados reunidos em 4 estudos controlados por placebo, fase 3, envolvendo 2.313 pacientes com DM2, a incidência de ITU foi semelhante nos pacientes com placebo e em uso de canagliflozina; por outro lado a incidência de ITG foi maior com canagliflozina em comparação ao placebo em ambos os sexos.¹⁵

A maioria das ITU foram leves ou moderadas em gravidade e resultou em poucas interrupções no estudo. Apenas três pacientes tratados com canagliflozina na dose de 100mg apresentaram pielonefrite não complicada, enquanto dois pacientes que tomaram placebo apresentaram urosepse, que levou a sua descontinuação no estudo.

MENSAGENS FINAIS

O risco aumentado de infecções geniturinárias é particularmente preocupante devido ao aumento dramático na prescrição dos inibidores de SGLT-2, visto seu mecanismo de ação peculiar não dependente de insulina e seu benefício em diminuir desfechos cardiovasculares. Os médicos envolvidos no atendimento de pessoas com DM devem estar cientes

desse problema e discutir essa questão com eles. Informação especializada e material educativo devem ser disponibilizados, a fim de permitir um diagnóstico e tratamento oportuno das infecções geniturinárias.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2019.
2. Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 2010;375(9733):2215-22.
3. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Ed. Clannad. 2019.
4. Barua SK, Borah SJ, Rajeev TP. Current understanding of diabetes mellitus-induced lower urinary tract dysfunction. *J Health Res Rev* 2019;6:50-6.
5. Rizzi M, Trevisan R, Genitourinary infections in diabetic patients in the new era of diabetes therapy with sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors, *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 2016;26(11):963-970.
6. Beckmann K, Crawley D, Nordstrom T et al. Association Between Antidiabetic Medications and Prostate-Specific Antigen Levels and Biopsy Results. *JAMA Network Open* 2019;2(11):e1914689
7. Saher Zaidi S, Gandhi J, Joshi G et al. The anticancer potential of metformin on prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2019;22(3):351-361.
8. Tang H, Shi W, Fu S, et al. Pioglitazone and bladder cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Med.* 2018; 7(4):1070-1080.
9. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial in macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366:1279-1289.
10. Puckrin, R., Saltiel, M., Reynier, P. et al. SGLT-2 inhibitors and the risk of infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Diabetol* 2018;55, 503-514.
11. Johnsson KM, Ptaszynska A, Schmitz B et al. Urinary tract infections in patients with diabetes treated with dapagliflozin. *J Diabetes Complications.* 2013;27:473-8.
12. Neumiller JJ. Empagliflozin: a new sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitor for the treatment of type 2 diabetes. *Drugs Context* 2014;3:212262.
13. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2015;373:2117-28.
14. Nyirjesy P, Zhao Y, Ways K et al. Evaluation of vulvovaginal symptoms and Candida colonization in women with type 2 diabetes mellitus treated with canagliflozin, a sodium glucose co-transporter 2 inhibitor. *Curr Med Res Opin* 2012;28:1173-8.
15. Usiskin K, Kline I, Fung A et al. Safety and tolerability of canagliflozin in patients with type 2 diabetes mellitus: pooled analysis of phase 3 study results. *Postgrad Med* 2014;126:16-34.



**Oséas de Castro
Neves Neto**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saude ABC/FMABC - Grupo de Uro-oncologia



PROSTATE-SPECIFIC MEMBRANE ANTIGEN PET-CT IN PATIENTS WITH HIGH-RISK PROSTATE CANCER BEFORE CURATIVE-INTENT SURGERY OR RADIOTHERAPY (PROPSMA): A PROSPECTIVE, RANDOMISED, MULTI-CENTRE STUDY

*Nathan Lawrentschuk, Roslyn J Francis, Colin Tang, Ian Vela, Paul Thomas, Natalie Rutherford, Jarad M Martin, Mark Frydenberg, Ramdave Shakher, Lih-Min Wong, Kim Taubman, Sze Ting Lee, Edward Hsiao, Paul Roach, Michelle Nottage, Ian Kirkwood, Dickon Hayne, Emma Link, Petra Marusic, Anetta Matera, Alan Herschtal, Amir Iravani, Rodney J Hicks, Scott Williams, Declan G Murphy, for the proPSMA Study Group Collaborators**

The Lancet, March 22, 2020

Estudo randomizado, multicêntrico (10 centros na Austrália), que teve o objetivo de comparar o uso do PET-CT com PSMA-11 Gallium 68, com o estadiamento padrão (cintilografia óssea e tomografia de abdome e pelve) no estadiamento dos pacientes com câncer de próstata de alto risco sem tratamento prévio.

Foram elegíveis 339 pacientes de março de 2017 a novembro de 2018, e 302 randomizados todos com câncer de próstata de alto risco (PSA ≥ 20 ng/ml ou ISUP 3-5 ou estadio clínico $\geq T3$), 152 realizaram exames de imagem convencionais e 150 PET-PSMA, após 14 dias ocorreu o cruzamento dos grupos, e a após 6 meses repetia-se os exames de imagem com cruzamento, caso os pacientes apresentassem N1 ou M1.

Resultados: o PET-CT PSMA apresentou uma acurácia 27% maior (92% [88-95] vs 65% [60-69]) em relação aos exames convencionais, no diagnóstico de linfonodos pélvicos e metástase a distância, e menor exposição a radiação (8.4mSv [8.1-8.7] vs 19.2mSv [18.2-20.3]).

Os autores concluem que o PET-CT PSMA deve substituir os exames convencionais no estadiamento dos pacientes com câncer de próstata de alto risco.

Opinião

O estudo apresenta alguns pontos fortes por se tratar de um estudo randomizado, multicêntrico, com um seguimento de 6 meses e realiza uma comparação direta com os exames que são padrão e estão nos guidelines para o estadiamento do câncer de próstata de alto risco. Entretanto a sensibilidade do exame é superestimada, apenas 66% dos pacientes que foram para a prostatectomia radical foram submetidos

a linfadenectomia pélvica estendida, a disponibilidade do exame é pequena, seu custo efetividade precisa ser comprovada e por último não sabemos se o PET-PSMA trará mudanças nos resultados de sobrevida livre e global. Portanto o PET-PSMA é um exame promissor, com maior acurácia que os exames convencionais, com um maior custo e necessita de mais estudos para provar ser benéfico na prática clínica nesse cenário.



Acompanhe nossas reuniões online



Meeting ID: 838 0713 8638
Password: 999768



uroabc.com.br

| ARTIGO COMENTADO MEDICINA SEXUAL E REPRODUTIVA



**André Marantes
Masciarelli Pinto**

Residente de Urologia do Centro Universitário Saúde
ABC/FMABC



**Eduardo A. Corrêa
Barros**

Urologista da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Saúde ABC/FMABC - Grupo Medicina sexual e Reprodutiva



RESUMO DO ARTIGO: WHAT IS A “VALIDATED QUESTIONNAIRE”? A CRITICAL REVIEW OF ERECTILE FUNCTION ASSESSMENT

Yafi FA, Huynh LM, Ahlering T, Rosen R. What Is a “Validated Questionnaire”? A Critical Review of Erectile Function Assessment. J Sex Med. 2020;17(5):849-860. doi:10.1016/j.jsxm.2020.02.005

Artigo de revisão de literatura que tem como objetivo fazer uma avaliação das vantagens, limitações e uso dos questionários disponíveis para avaliar a disfunção erétil. Para isso foi feita pesquisa de questionários desenvolvidos entre 1990 e 2019, os quais foram estratificados em 3 categorias: triagem (International Index of Erectile Function, the Male Sexual Health Questionnaire, and Brief Male Sexual Inventory), desfecho (Sexual Health Inventory for Men, Erection Hardness Score.

Erectile Dysfunction Inventory for Treatment and Satisfaction, and Treatment Satisfaction Scale) e doença específico (Peyronie’s Disease Questionnaire, and spinal cord injury Secondary Conditions Scale), cada um com seu escopo (os de triagem para avaliações iniciais ou em disfunções sexuais ocultas; os de desfecho para avaliar eficácia de tratamentos e os de doença específico para avaliar patologias selecionadas).

Os resultados da pesquisa mostraram uma grande variedade de questionários disponíveis para avaliar a disfunção erétil, cada um com rigor diferente para validação. A conclusão evidencia que os questionários mencionados têm mérito e uso válido no manejo do paciente com disfunção erétil, desde que sejam utilizados no contexto correto, respeitando a limitação dos mesmos.

Opinião

As disfunções sexuais acometem homens em todas as faixas etárias, sendo mais comuns após a quinta década de vida. A sua avaliação aparentemente não deveria trazer dificuldades, porém a falta de vivência clínica por alguns urologistas pode tornar seu diagnóstico mais complexo. Para isso, a disponibilidade de questionários específicos pode auxiliar na identificação e consequente tratamento dessas disfunções.

A disfunção erétil é uma condição clínica complexa, definida como a incapacidade persistente de obter e de manter ereção suficiente para permitir performance sexual satisfatória, com grande implicação psicológica e na qualidade de vida do paciente. Evidências mostram que essa é uma patologia de etiologias múltiplas (orgânicas, psicogênicas ou mistas), com incidência crescente, podendo acometer até 30% dos homens, com incidência maior em faixas etárias mais idosas.

O artigo traz à tona a discussão do uso de questionários para avaliação das Disfunções sexuais. Um ponto controverso entre urologistas que muitas vezes consideram questionários demorados, pouco práticos e não fidedignos com a prática clínica. Porém, devido à complexidade dessas patologias, métodos não invasivos e de fácil acesso, baseados em literatura comprovada, se apresentam como um guia no diagnóstico e manejo, principalmente para aqueles profissionais recém-formados ou não especializados em Andrologia. No entanto, um

viés importante apontado pelo artigo é o da contextualização; ou seja, se estes não forem usados conforme as características culturais, socioeconômicas e linguísticas do indivíduo que se pretende avaliar, não representarão resultados fidedignos e não terão valor para a sua avaliação.

Dessa forma, o uso de questionários, apesar de pouco habitual, pode representar uma alternativa interessante no manejo e diagnóstico das disfunções sexuais.

| PROJETO UROCAST DO ABC



Vinicius Dall'Aqua

Centro Universitário Saude ABC/FMABC - Grupo de Litíase
Urinária e Endourologia



UROCAST ABC: DESFORMALIZANDO O ENSINO CONTINUADO EM UROLOGIA

Livros, revistas, palestras, congressos, aulas presenciais. Estes são os instrumentos de um modelo de educação tradicional vigente até os dias de hoje e que muito se tem demonstrado efetivo ao longo dos anos para a formação pessoal e profissional dos nossos pares. Estudar sempre foi uma atividade que exigiu concentração, foco, disciplina e tempo. Porém, muito diferente de estudar é aprender. Estudar é um ato solitário e ativo conforme a clássica definição do professor e escritor Pierluigi Piazzini, algo que envolve o esforço individual, consumindo energia e disposição. É uma atividade planejada, metódica, que leva o estudante a mergulhar no conhecimento de forma intensa e construir o conhecimento gota à gota para então conhecer o todo. Porém, aprender não precisa ser assim. Todos nós podemos aprender a qualquer momento, assistindo uma aula, vendo um filme, ouvindo uma música ou conversando com um amigo. Essas atividades são mais prazerosas e passivas, ou seja, dependem menos do indivíduo e, algumas delas, podem ser feitas concomitante a outras atividades do dia a dia. E como podemos aprender urologia de uma forma mais prática, poupando energia e otimizando nosso tempo?

Tudo está online hoje em dia. Consigo, por exemplo, controlar a lâmpada da sala de minha casa, de qualquer lugar que eu esteja, com poucos toques no meu smartphone. Poucos minutos após acordar, posso emitir um comando de voz à uma máquina conectada à internet que começará a passar um café para que, ao sair do banho, ele já esteja pronto, me esperando. Ao entrar em meu carro, a central multimídia reconhece meu celular e começa a tocar a música que eu estava ouvindo no dia anterior... Um dia eu me perguntei: por que, com tantas facilidades que a internet nos proporciona, eu ainda não consigo aumentar minha produtividade acadêmica enquanto faço algo essencial no dia a dia? Como eu poderia estudar enquanto dirijo, lavo louças, tomo banho, corro na esteira? Acredito que este seja um questionamento não apenas meu e diversos colegas de profissão também gostariam de resolver este problema, para se manterem atualizados, conseguirem mais tempo para realizar suas atividades profissionais ou ficarem mais tempo com sua família.

Diante do problema exposto, em Agosto de 2019, tivemos a ideia de criar uma plataforma de ensino continuado em urologia fora do modelo tradicional, que atendesse às expectativas e necessidades do urologista, procurando modernizar, desformalizar e tornar prático o aprendizado médico. Foi então que surgiu o UROCast ABC, o primeiro podcast de conteúdo urológico, que veio para preencher essa lacuna na academia. Através do bate-papo entre experts nas mais diversas áreas de nossa profissão, distribuído por inúmeras plataformas de streaming disponíveis, nosso objetivo é levar ao

colega urologista informação de qualidade, em qualquer lugar ou situação em que ele se encontre, seja no carro indo para o hospital ou correndo no parque ao final do dia. Aprender urologia passou a ser mais leve e descontraído, sem perder a qualidade e credibilidade acadêmica. Por ter nascido dentro da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC e, desde o seu início, ter o apoio do nosso Professor Titular Dr. Sidney Glina, o UROCast ABC têm produzido conteúdo de alto nível científico com a preocupação de transmitir aos nossos ouvintes conceitos e atualizações que julgamos ser fundamentais para a boa prática urológica.

Hoje o UROCast ABC conta com uma equipe de 10 urologistas e um número enorme de colaboradores para a produção do conteúdo. Passamos de dez mil reproduções em 18 episódios lançados, com uma média de 550 reproduções por episódio. Esses números, apesar de expressivos, nos estimula a continuar a produzir informação e investir em novos projetos, uma vez que ainda há um público enorme a ser conquistado. Um desses novos projetos, o UROCast *Journals*, é focado

em discutir os artigos científicos recentemente publicados nas principais revistas da urologia mundial. Transformamos artigos científicos densos em pequenos áudios para facilitar a atualização dos nossos ouvintes, além de contar com a interpretação e discussão dos artigos entre profissionais respeitados no assunto.

O UROCast ABC pode ser acessado em diversas plataformas de streaming de podcast, como Spotify, Deezer, Apple Podcasts, Google Podcasts, Anchor entre outras, e você pode acompanhar nossas atualizações no nosso perfil do Instagram em @urocastabc, onde também estamos disponíveis para escutar o feedback dos nossos ouvintes, o que muito nos ajuda a aprimorar este projeto pioneiro. Contamos com a participação e colaboração de todos vocês. Seguimos firmes no propósito de modernizar o ensino continuado em urologia e servir como inspiração para novos projetos como este, uma vez que acreditamos que o conhecimento fácil e amplamente disponível é a melhor forma para garantir a melhoria da boa prática médica de nossos colegas urologistas.

| INTERCONSULTA DISFUNÇÃO ERÉTIL: O QUE O UROLOGISTA PRECISA SABER - E PERGUNTAR



**Margareth de Mello
Ferreira dos Reis**

Psicóloga da Disciplina de Urologia do Centro Universitário Saude ABC/FMABC.
Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



Muitos dos pacientes do urologista chegam ao consultório com queixa de disfunção erétil. Com base em nossa experiência, sabemos que o médico tende a fazer o que foi treinado a fazer: investigar as causas orgânicas da disfunção, as comorbidades que são frequentemente relacionadas (como os problemas circulatórios e cardíacos) e realizar o exame físico, para então recomendar um tratamento. Porém sabemos que, dependendo da queixa, a maioria dos urologistas deixa de perguntar a seus pacientes a respeito de sua sexualidade. E naqueles que chegam com a doença autorreportada, como é o caso da disfunção erétil, somente a saúde sexual individual é explorada - e a profundidade desta conversa depende da idade e do contexto cultural de cada um. O que está faltando?

Este indivíduo que chega com queixa de disfunção erétil tem procurado ter relações sexuais sem sucesso ou de forma insatisfatória. Isso pressupõe a existência de outra pessoa, que pode ser uma mulher ou um homem (ou mesmo mais de um ou uma). Além dos inúmeros fatores biológicos (como disfunções circulatórias, hormonais ou doença de *Peyronie*), e neurológicas (incluindo a dificuldade de relaxar), este indivíduo está sob enorme pressão psicológica: dele mesmo e das pessoas com quem se relaciona. A diminuição da qualidade de vida deste homem com disfunção erétil se dá justamente pela interação insatisfatória, gerando culpa, redução da autoestima ou simplesmente satisfação. Por que não convidar o objeto dessa interação, a parceria sexual, para esta avaliação?

Essa proposta está embasada em algumas observações. Primeiro, a de que a correção cirúrgica ou medicamentosa do problema que causa a disfunção erétil não trata a interação e nem os aspectos psicológicos individuais. Assim, se houver um problema psicológico concomitante, ele será largamente ignorado e persistirá entregando insatisfação a esse paciente. E pior: pode gerar a sensação de que “o tratamento que o médico recomendou não funciona”. Isso é mais verdade ainda se houver uma condição psicológica que contribui mais para a disfunção do que a afecção biológica, seja ela qual for: o pênis pode ser reconstruído, mas ainda precisa de seu dono para lhe dar os estímulos corretos para que entre em ereção.

A segunda observação, de nossa prática clínica e de exames na literatura, corrobora a visão acima: homens submetidos a cirurgia para implante peniano ou terapia medicamentosa para indução da ereção podem permanecer insatisfeitos após o tratamento. Algumas vezes até eles chegarão ao consultório após terem tentado outras alternativas. Isso significa que a palavra chave a relembrar na avaliação do paciente insatisfeito é: expectativa.

Alguém avaliou qual era a expectativa desse paciente com o tratamento proposto? E alguém avaliou a expectativa da parceria? Da pessoa com quem esse paciente se relaciona? Ao fazer isso, o avaliador levou em consideração os aspectos culturais, educacionais e geracionais daqueles que estão se queixando?

O que o paciente espera do tratamento? Seria tão somente a obtenção de uma ereção peniana? Ou uma ereção duradoura o suficiente para atingir um objetivo seu - ou da parceria? Ou talvez conseguir fazer isso num espaço de tempo irrealista ou desconectado da realidade da média da população? Ou baseado em pornografia? Qual a quantidade de educação de que esse paciente e sua parceria dispõem a respeito de saúde sexual? O que eles sabem sobre os ciclos de resposta sexual masculina e feminina? Qual a confiança que têm em si mesmos? Qual a história do relacionamento e do surgimento da disfunção erétil?

O urologista leitor deve pensar, neste momento: “não tenho tempo para isso. A consulta é curta. Tenho que pesar, medir, fazer anamnese, investigar históricos... não é possível.” Será?

Na área da psicologia, temos cada vez mais aprendido a agir de forma multidisciplinar, em benefício do paciente. Da mesma forma que o psicólogo pode (e, muitas vezes, deve) aceitar que o colega médico receite fármacos orais e intracavernosos, por exemplo, o urologista pode (e, na maioria das vezes, deve) solicitar a ajuda do psicólogo para avaliar o paciente e o casal em conjunto.

A avaliação psicológica do paciente com disfunção erétil identifica e aponta para ele e para a parceria as expectativas irrealistas ou exageradas a respeito de cada tratamento, que podem colocar tudo a perder. A avaliação da saúde mental também fornece ao médico uma visão mais ampla a respeito

da saúde do casal, pois permite verificar outras disfunções concomitantes com a erétil, no paciente e na relação. A proposta de solicitar uma avaliação psicológica do casal, além de favorecer a conduta médica mais precisa, pode também ajudar a capacitar as pessoas para lidar com a nova realidade sexual após o tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Boddì V, Castellini G, Casale H, et al. An integrated approach with vardenafil orodispersible tablet and cognitive behavioral sex therapy for treatment of erectile dysfunction: a randomized controlled pilot study. *Andrology*. 2015;3(5):909-918. doi:10.1111/andr.12079.
2. Capogrosso P, Pescatori E, Caraceni E, Mondaini N, Utizi L, Cai T, et al. Satisfaction rate at 1-year follow-up in patients treated with penile implants: data from the multicentre prospective registry INSIST-ED. *BJU Int*. 2019;123(2):360-6.
3. Carvalheira A, Santana R, Pereira NM. Why Are Men Satisfied or Dissatisfied with Penile Implants? A Mixed Method Study on Satisfaction with Penile Prosthesis Implantation. *J Sex Med*. 2015; 12(12):2474-80.
4. Khan S, Amjad A, Rowland D. Potential for Long-Term Benefit of Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment for Men with Erectile Dysfunction. *J Sex Med*. 2019;16(2):300-306. doi:10.1016/j.jsxm.2018.12.014.
5. Osmonov D, Christopher AN, Blecher GA, Falcone M, Soave A, Dahlem R, et al. Clinical Recommendations From the European Society for Sexual Medicine Exploring Partner Expectations, Satisfaction in Male and Phalloplasty Cohorts, the Impact of Penile Length, Girth and Implant Type, Reservoir Placement, and the Influence of Comorbidities and Social Circumstances. *J Sex Med*. 2020;17(2):210-37.
6. Simopoulos EF, Trinidad AC. Male erectile dysfunction: integrating psychopharmacology and psychotherapy. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(1):33-38. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.08.008.
7. Ulloa EW, Silberbogen AK, Brown K. Preoperative Psychosocial Evaluation of Penile Prosthesis Candidates. *Am J Mens Health*. 2008;2(1):68-75.

Stub

cloridrato de tansulosina

Tratamento dos sintomas da HPB, que entrega tecnologia e acesso de uma só vez.^{1,2*}



Efetividade

Em estudos, nenhum alfa-bloqueador demonstrou superioridade à tansulosina.^{3,4}

Seletividade Alpha-I

Não causa hipotensão postural, com menor risco de quedas para idosos.³



Tecnologia Eudragit®*

*Refere-se à tecnologia Eudragit, presente nas cápsulas de Stub.

Referências: 1. Joshi M. Role of Eudragit in targeted Drug Delivery. Int J Curr Pharm Res. 2003; 5(2):58-62. 2. Consulta de preço Revista Kairos eletrônica - Maio de 2019. 3. Chapple CR, Wyndaele JJ, Nordling J, Boeringhaus F, Ypma AF, Abrams P. Tamsulosin, the first prostate-selective alpha 1A-adrenoceptor antagonist. A meta-analysis of two randomized, placebo-controlled, multicentre studies in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH). European Tamsulosin Study Group. Eur Urol. 1996; 29(2):155-67. 4. Dahm P, Brasure M, MacDonald R, Olson CM, Nelson VA, Fink HA, Rwabasonga B, Risk MC, Wilt TJ. Comparative Effectiveness of Newer Medications for Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: A Systematic Review and Meta-analysis. Eur Urol. 2017 Apr; 71(4):570-581.

CONTRAINDICAÇÕES: ALERGIA A QUALQUER COMPONENTE DA FÓRMULA, HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA, INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA GRAVE. ESTE MEDICAMENTO É DESTINADO AO USO APENAS POR HOMENS.

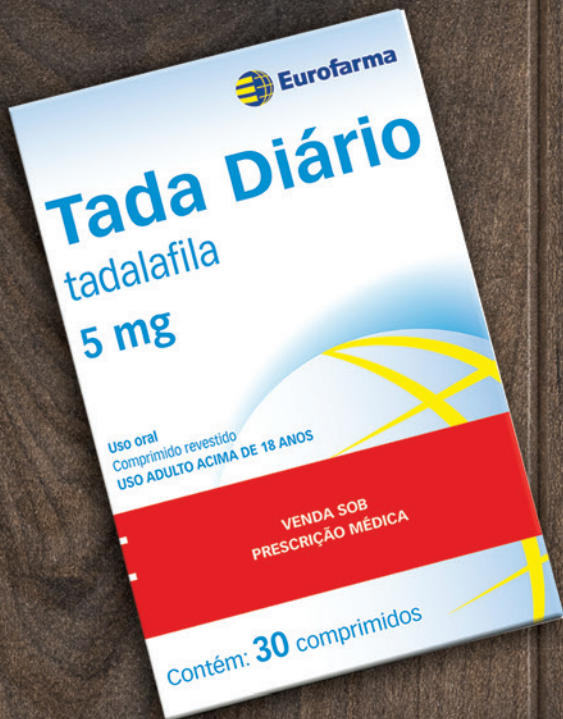
STUB (cloridrato de tansulosina). Uso adulto. **INDICAÇÕES:** tratamento dos sintomas da hiperplasia prostática benigna. **POSOLOGIA:** Uma cápsula (0,4 mg) ao dia. Não partir ou mastigar o comprimido. **REAÇÕES ADVERSAS/COLATERAIS:** tontura, distúrbios da ejaculação, cefaleia, palpitações, hipotensão ortostática, rinite, constipação, diarreia, vômitos, síncope, edema angioneurótico, astenia, priapismo, síndrome de Stevens Johnson. Complicações na cirurgia de catarata.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: DICLOFENACO E VARFARINA AUMENTAM A ELIMINAÇÃO DA TANSULOSINA.

Administração concomitante de medicamentos com mesmo modo de ação podem causar queda de pressão. Não usar com cetoconazol. Existe a possibilidade de ocorrer tontura durante o tratamento com STUB, por isso deve ter cautela ao dirigir ou operar máquinas. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro M.S.: 1.0492.0211. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Material destinado exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos.

TADA... tadalafila DIÁRIO

**MENOS
PREOCUPAÇÃO.
MAIS
ESPONTANEIDADE*.**



Terapia de 1ª linha para o tratamento da disfunção erétil¹



Uso diário²



Efeito contínuo²



Tratamento da DE e sintomas da HPB²



Refere-se ao efeito prolongado de 36h e a liberdade temporal proporcionada para início da relação sexual.
REFERÊNCIAS: 1) Hatzimouratidis H, Giuliano F, Moncada I. EUA guidelines. Male sexual dysfunction. Disponível em: <https://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3> Acessado em 18/03/2019. 2) Bula do produto.
TADA DIÁRIO (tadalafila) Indicações: disfunção erétil e sinais e sintomas de HPB. Contraindicações: hipersensibilidade, nitratos orgânicos, mulheres e gestantes. Reações adversas: dor lombar, dispepsia, rubor facial, mialgia, congestão nasal, cefaleia, mialgia, dor nas extremidades e refluxo gastroesofágico, neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica. Precauções: insuficiência renal e hepática, doença cardiovascular, deformação no pênis, úlceras no TGI, crianças ou recém-nascidos, priapismo, carcinoma prostático, distúrbio metabólico. Interações medicamentosas: inibidor de CYP3A4, inibidores da PDE5, alfa-bloqueadores, estimuladores da guanilato ciclase, cetozonazol, inibidores da protease do HIV, indutor do CYP3A4, anti-hipertensivos, doxazosina. Posologia: 5 mg/dia VO. MS 1.0043.1112. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. euroatende@eurofarma.com.br
TADA (tadalafila) Indicações: disfunção erétil. Contraindicações: hipersensibilidade, nitratos orgânicos, mulheres e gestantes. Reações adversas: cefaleia, dor lombar, tontura, dispepsia, rubor facial, mialgia, congestão nasal, distúrbios gastrointestinais, fadiga e alteração de pressão, neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica. Precauções: insuficiência renal e hepática, doença cardiovascular, úlceras no TGI, deformação no pênis, crianças ou recém-nascidos, priapismo e distúrbios metabólicos. Interações medicamentosas: inibidor de CYP3A4, inibidores da PDE5, alfa-bloqueadores, estimuladores da guanilato ciclase, cetozonazol, inibidores da protease do HIV, indutor do CYP3A4, anti-hipertensivos, doxazosina. Posologia: 20 mg VO antes da relação sexual. A frequência máxima de dose recomendada é uma vez ao dia. MS 1.0043.1112. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Material destinado exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos. euroatende@eurofarma.com.br

CONTRAINDICAÇÃO: ALERGIA A TADALAFILA OU A QUALQUER UM DOS COMPONENTES DO COMPRIMIDO. INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: NÃO DEVE SER ADMINISTRADO COM PROPATILNITRATO, ISOSSORBIDA, NITROGLICERINA E ISOSSORBITOL.



SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

