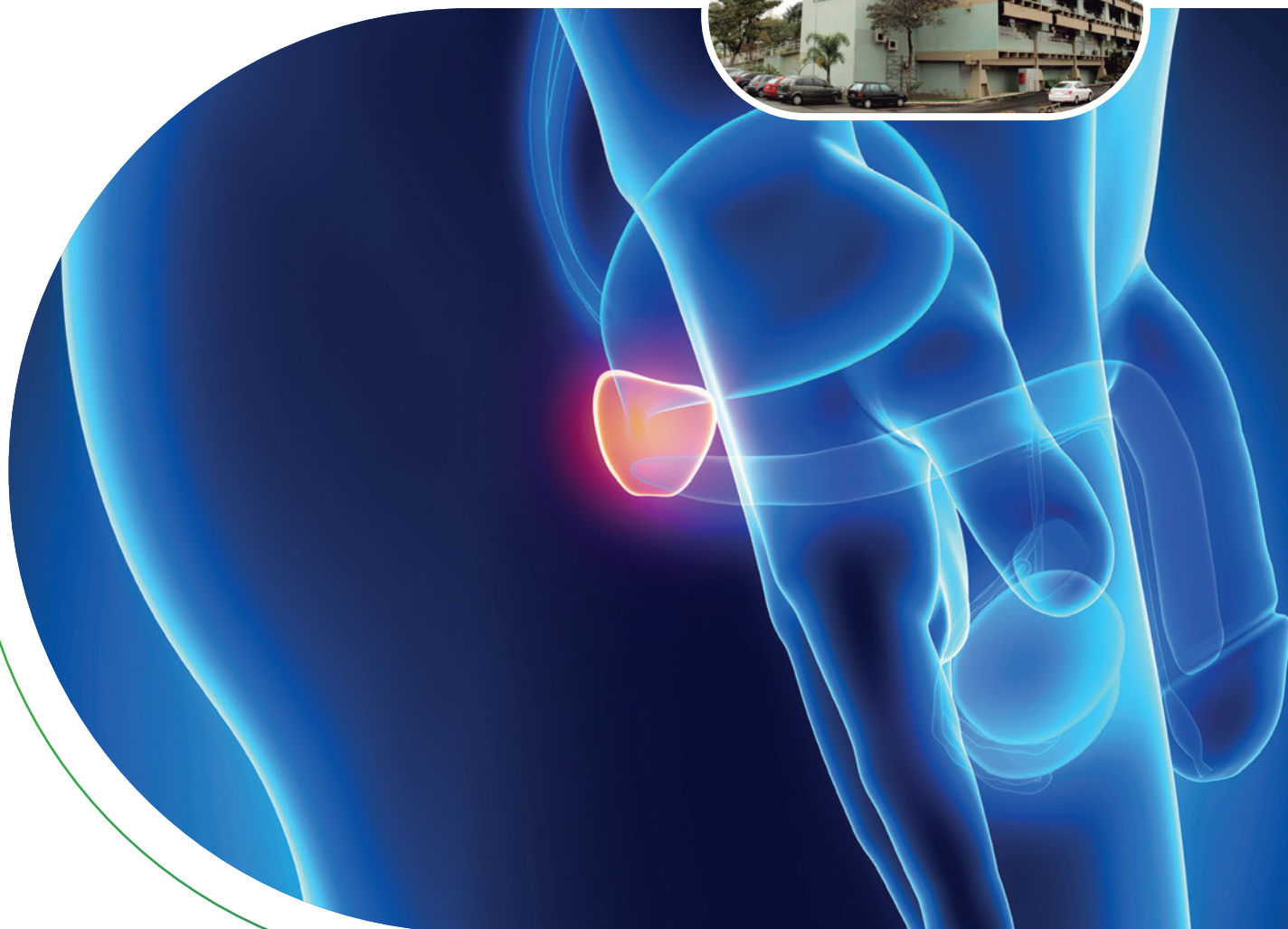


UROABC



MESA REDONDA

Estética genital

OPINIÃO DO ESPECIALISTA

Linfadenectomia no seminoma

REVISÃO

LUTS pós radioterapia

UP TO DATE

Enurese

INTERCONSULTA

Câncer de bexiga e exercício

ARTIGO COMENTADO

Uro-oncologia

RESIDÊNCIA

Robótica

PERGUNTAS RÁPIDAS

IU masculina/E.P
LECO/RTU próstata

HORMUS

undecilato de testosterona

VITALIDADE PARA TODAS AS HORAS^{1,2*}



**MANTÉM A TESTOSTERONA EM NÍVEIS FISIOLÓGICOS,
SEM AUMENTAR OS RISCOS CVS E OUTRAS COMORBIDADES³**

* Claim de mkt que se refere ao fato de que o níveis estáveis de testosterona proporcionam bem-estar.

Referências Bibliográficas: 1. von Eckardstein S, Nieschlag E. Treatment of male hypogonadism with testosterone undecanoate injected at extended intervals of 12 weeks: a phase II study. J Androl. 2002 May-Jun;23(3):419-25. | 2. Minnemann T, Schubert M, Hübler D, Gouni-Berthold I, Freude S, Schumann C, Oettel M, Ernst M, Mellinger U, Sommer F, Krone W, Jockenhövel F. A four-year efficacy and safety study of the long-acting parenteral testosterone undecanoate. Aging Male. 2007 Sep;10(3):155-8. | 3. Goodale T, Sadhu A, Petak S, Robbins R. Testosterone and the Heart. Methodist Debakey Cardiovasc J. 2017 Apr-Jun;13(2):68-72. doi: 10.14797/mdcj-13-2-68.

HORMUS (undecilato de testosterona). Indicações: reposição em homens com hipogonadismo primário e secundário. **Contraindicações:** hipersensibilidade, câncer androgênio-dependente, de próstata ou da glândula mamária do homem, níveis sanguíneos elevados de cálcio associados a tumores malignos, tumores de fígado. Mulheres. **Reações adversas:** policitemia, ganho de peso, fogacho, acne, aumento de PSA, alterações da próstata, reações no local da injeção. **Precauções:** idoso, policitemia, alterações hepáticas, edema, excluir possibilidade de CA de próstata, aumento da PA, distúrbios hemorrágicos, apneia do sono, masculinização, acne, reações alérgicas graves, alterações reversíveis na produção do esperma, <18 anos. Pode causar doping. **Interações medicamentosas:** barbitúricos, indutores enzimáticos, oxifembutazona, anticoagulantes orais, derivados da cumarina, antidiabéticos. **Posologia:** 1000 mg a cada 10-14 semanas. MS 1.0043.1246. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DE RECEITA. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Revista científica destinada exclusivamente aos profissionais habilitados a prescrever medicamentos. - euroatende@eurofarma.com.br

Contraindicação: hipersensibilidade. **Interação medicamentosa:** barbitúricos.



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. Sidney Glina

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Alexandre Gomes Sibanto Simões

Dr. Fabio Ferro Rodrigues

Dr. Fabio José Nascimento

Dr. Fernando Korkes

Dr. Guilherme Peixoto

Dr. Leonardo Seligra Lopes

Dr. Marcello Machado Gava

Dra. Maria Claudia Bicudo

Dr. Odair Gomes Paiva

Dr. Paulo Kouiti Sakuramoto

Dr. Roberto Vaz Juliano

Dr. Willy Roberto Camargo Baccaglioni

ORGANIZADORES

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto

Dr. Jose Henrique Dall'Acqua Santiago

Prof. Dr. Sidney Glina

Revista UROABC

Volume 13 • número 03 • setembro-dezembro 2023



CENTRO UNIVERSITÁRIO FMABC

REITOR

Prof. Dr. Davi Everson Uip

DISCIPLINA DE UROLOGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO FMABC

PROFESSOR TITULAR DA DISCIPLINA DE UROLOGIA

Prof. Dr. Sidney Glina

CHEFE DA CLÍNICA UROLÓGICA

Dr. Antonio Correa Lopes Neto

GRUPO DE UROLOGIA GERAL

Dr. Paulo Kouiti Sakuramoto (Responsável)

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Alexandre Gomes S. Simões

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Anis Taha

Hospital Municipal de Santo André

Dr. Carlos Ricardo Doi Bautzer

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Caio Henrique Lucio Carrasco

Hospital Municipal de Santo André

Dr. Fábio Ferro Rodrigues

Hospital Municipal de Santo André

Dr. Felipe Sanches

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

Dr. José F. da Rocha Grohmann

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

Dr. Julio José Geminiani

Hospital de clínicas SBC

Dra Maira Cristina Silva

Hospital Municipal de Santo André

Dr. Rodrigo Dal Moro Amarante

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

GRUPO DE DISFUNÇÕES DA MICÇÃO

Dra. Maria Claudia Bicudo (Responsável)

Urologista Voluntária FMABC

Dr. André Luiz Farinhas Thome

Urologista Voluntário

Dr. Caio Cesar Cintra

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Cristiano Linck Pazeto

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. José Braz Filho

Urologista Voluntário

Dr. Odair Gomes Paiva

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Ricardo Segabinazzi Douito

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Victor Miyakuchi

Médico da Fundação ABC (Ambulatório)

GRUPO DE MEDICINA SEXUAL E REPRODUTIVA

Dr. Roberto Vaz Juliano (Responsável)

Professor da Graduação

Dr. Caio Eduardo Valada Pane

Instituto Idéia Fértil (IF)

Dr. Cesar Milton Marinelli

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Eduardo A. Corrêa Barros

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Leonardo Monte Marques Lins

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

Dr. Leonardo Seligra Lopes

Coordenador da Medicina Sexual

Médico da Fundação ABC

Dr. Marcello Machado Gava

Coordenador da Medicina Reprodutiva

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS + (IF)

Dr. Milton Ghirelli Filho

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS + (IF)

Prof. Sidney Glina

Professor Titular e Professor da Graduação

GRUPO DE LITÍASE URINÁRIA E ENDOUROLOGIA

Dr. Antonio Corrêa Lopes Neto (Responsável)

Hospital de Clínicas - SBC

Professor da Graduação

Dr. Alexandre D'Inguillo

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Gabriel Esteves Gaiato

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Luiz Alexandre V. da Costa

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Mário Henrique Elias de Mattos

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

GRUPO DE URO-ONCOLOGIA

Dr. Fernando Korkes (Responsável)

Professor da Graduação

Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo

Prof Titular (2010-2016)

Dr. Guilherme Andrade Peixoto

Hospital das Clínicas SBC

Médico Fundação ABC

Dr. José Henrique Dall'Acqua Santiago

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Marcel Aranha da Silveira

Hospital de Clínicas - SBC

Dr. Oséas de Castro Neves

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Pedro Hermínio Forseto Jr.

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Dr. Willy Roberto Camargo Baccaglini

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

GRUPO DE URO-PEDIATRIA

Dr. Fábio José Nascimento (Responsável)

Professor da Graduação

Dra. Estefania Nicoletti Gabriotti

Hospital de Clínicas - SBC

GRUPO DE DST

Dr. Edmir Choukri Cherit

Urologista Voluntário

GRUPO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO

Dr. Willy Roberto Camargo Baccaglini

Complexo Hospitalar Maria Braido - SCS

Dr. Cristiano Linck Pazeto

Hospital Estadual Mário Covas - Santo André

Hospital de Clínicas - SBC

FELLOWS 2023

URO-ONCOLOGIA

Alexandre Kyoshi Hidaka

Rafael Ehrenfreud

DISFUNÇÃO MICCIONAL

Yukie Correia Konishi

MEDICINA SEXUAL E REPRODUTIVA/ANDROLOGIA

Gustavo Santana de Lima

Pedro Carapito

PESQUISA EM MEDICINA SEXUAL E REPRODUTIVA DO HOMEM

Felipe Placco Araujo Glina

UROLOGIA RECONSTRUTIVA

Rafael Rodrigues Spinola Barbosa

RESIDENTES 2023

Khalil Smaidi (5)

Matheus Pascotto de Salles (5)

Nara Lie Utsumada (5)

Pedro Fernandes Lessa (5)

Miélio Melo Galdino (4)

Yasser Omar Dalle (4)

Ailton Heitor de Almeida Carvalho (4)

André de Mello Oliveira (4)

Caique Fernandes Alves (3)

Matheus Cardoso Morrone (3)

Pedro Augusto Soffner Cardoso (3)

Pedro de Figueiredo Buchalla (3)

COORDENADOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO DO 3º ANO DE MEDICINA

Dr. Fábio José Nascimento

COORDENADOR DO INTERNATO - 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. Margaret dos Reis

Psic. Dra. Marilisa Pollone

FISIOTERAPEUTA

Dra. Mariane Castiglione

SECRETÁRIA

Vanda Lourenço Schmidt

ENFERMAGEM

Daisy Cristina Z. Barreiros Archila

NUTRIÇÃO

Narjara Pereira Leite

A HISTÓRIA SE REPETE... MAIS FACULDADES DE MEDICINA!

Com o argumento da falta de médicos no Brasil, nas últimas 2 décadas tivemos uma “explosão” na abertura de novas escolas médicas. No início dos anos 2000 tínhamos em funcionamento 104 faculdades e em 2020, 340! Isto significa que ocupamos o 2º lugar em número, no cenário mundial sendo superado apenas pela Índia com 390, cuja população é 6 vezes maior que a nossa! Atualizando... para este ano já temos 389 escolas de medicina! Destaque-se que na maioria das vezes estas novas instituições oferecem ensino e treinamento de péssima qualidade pelas deficientes condições materiais, hospitalares e corpo docente sem preparo necessário para as funções didáticas.

A este número exagerado de escolas deve-se somar as dezenas de outras, criadas em países vizinhos. Apenas em Santa Cruz de La Sierra (Bolívia) - 5 faculdades, em Ciudad del Este (Paraguay) outras 5! Os acadêmicos brasileiros representam 90% dos estudantes que retornam para exercer a medicina sem exames de qualificação, o que é obrigatório em países civilizados. Os resultados nesta “atmosfera” são os esperados - níveis baixos de formação e aceitação de subempregos... fatos que interferem no atendimento da saúde populacional. Os argumentos para novas escolas são múltiplos, entre os quais destacam-se: sociais que constituem o principal argumento, porém sabidamente dominam razões políticas e principalmente econômicas. Afinal, escolas médicas oferecem um bom retorno financeiro. Visando controlar esta plethora de novos médicos e a má qualidade de formação, em 2018 o MEC proibiu a criação de novas escolas até abril de 2023 (5 anos). Passada esta data vivemos novamente uma grande movimentação de instituições desejando avidamente criar novas escolas cujas mensalidades por aluno oscilam entre 7.000 e 12.000 reais! O MEC novamente interviu e orientou que apenas “municípios com carência” de médicos poderiam abrir faculdades seguindo “rígidos” critérios de funcionamento. A avidez com que empresas públicas desejam atuar neste campo é muito preocupante. Nos últimos 15 anos, o número de vagas em instituições públicas passou de 5917 em 2003 para 9725 em 2023 (aumento 64%), enquanto que nas privadas no mesmo período houve aumento de 9001 para 32.080 vagas o que representa, aumento de 358%.

(fonte: Demografia médica no Brasil 2023). Claramente o problema assistencial no Brasil não se deve ao número de médicos, mas a alta concentração destes em grandes centros. É importante que seja oferecido em regiões distantes, condições dignas de trabalho, salários compatíveis como estímulo para uma melhor distribuição destes profissionais.

Nota recente do Conselho Federal de Medicina (CFM) alerta a sociedade brasileira para o risco da abertura indiscriminada de faculdades sem a devida credibilidade, que comprometa a qualidade, eficiência e segurança da assistência em saúde no país. Tendo se em vista a complexidade do problema é mandatório que a classe médica em todos os níveis participe ativamente dessas decisões.



BB O MEC novamente interviu e orientou que apenas “municípios com carência” de médicos poderiam abrir faculdades seguindo “rígidos” critérios de funcionamento. OO

Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo

Prof. Titular de Urologia do Centro Universitário Faculdade Medicina do ABC (2010-2016)

3

| EDITORIAL

A HISTÓRIA SE REPETE... MAIS FACULDADES DE MEDICINA!

Prof. Antonio Carlos Lima Pompeo

5

| MESA REDONDA – MEDICINA SEXUAL

ESTÉTICA GENITAL

Sidney Glina , Carmita H. N. Abdo, Leonardo Seligra, Celso Gromatzky, Luiz Otavio Torres

11

| OPINIÃO DO ESPECIALISTA

O PAPEL DA LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL NO TRATAMENTO PRIMÁRIO DO RETROPERITÔNIO NO SEMINOMA

Nicole Martin Christofe, Pedro Lessa, Willy Baccaglini

16

| REVISÃO

LUTS PÓS RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

Matheus Pascotto de Salles, Maria Claudia Bicudo, Paulo K. Sakuramoto

21

| UP TO DATE

UROPEDIATRIA

ABORDAGEM CONTEMPORÂNEA DA ENURESE

Fernanda Caroline Santos Amaral, Fabio Jose Nascimento

24

| INTERCONSULTA

NÍVEIS DE FADIGA, EXERCÍCIO FÍSICO E CÂNCER DE BEXIGA

Amanda Estevão, Mariane Castiglione

26

| ARTIGO COMENTADO

URO-ONCOLOGIA

Alexandre Hidaka, José Henrique D. Santiago

28

| PERGUNTAS RÁPIDAS, RESPOSTAS DIRETAS

NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO MASCULINA, QUANDO REALIZAR SLING URETRAL OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL?

Carlos Bautzer

30

COMO ABORDAR O PACIENTE COM EJACULAÇÃO PRECOZE?

Leonardo Lins

31

NA PRÁTICA PRIVADA, A LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA MORREU MESMO?

Isabela Barros, Eduardo Mazzucchi

33

COM TANTAS NOVIDADES, A RTU DE PRÓSTATA VAI SUMIR?

Alexandre Sibanto Simões

35

| RESIDÊNCIA MÉDICA

CIRURGIA ROBÓTICA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM UROLOGIA

Antonio Corrêa Lopes Neto, Fernando Korkes



| MESA REDONDA – MEDICINA SEXUAL ESTÉTICA GENITAL

MODERADOR



Sidney Glina (SG)

Prof Titular da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC
Pró-Reitor de Pós graduação, Pesquisa e Inovação

DEBATEDORES



**Carmita H. N.
Abdo (CA)**

Psiquiatra, Professora do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.



**Celso Gromatzky
(CG)**

Doutor em Urologia pela FMUSP.
Membro do Nucleo de Urologia e Medicina Sexual do Hospital Sirio-Libanês/SP
Membro da SBU, AUA, SLAMS, ISSM



**Leonardo Seligra
(LS)**

Coordenador do Setor de Medicina Sexual do Centro Universitário FMABC



**Luiz Otavio Torres
(LOT)**

Diretor de Relações Internacionais da SBU
Secretário Geral da SBU
Presidente Eleito da SBU



SG: Como você encara o paciente que quer aumentar o pênis, apesar do tamanho normal?

CA: O pênis foi e continua sendo símbolo de fertilidade, masculinidade, resistência e domínio, o que explica a importância que o homem atribui ao seu tamanho.¹

Classificam seu pênis como médio, mas almejavam um maior 46% dos homens; 14% daqueles que consideram seu pênis maior que a média, ainda assim não estão satisfeitos; enquanto apenas 14% das mulheres desejariam que seu parceiro tivesse um pênis mais avantajado.²

Preocupação excessiva com defeitos “imaginados” na aparência física, associada a sofrimento significativo, caracteriza o transtorno dismórfico corporal (TDC).³ Essa preocupação gera comportamentos repetitivos de comparação com os outros. É uma condição grave, que pode estar associada a depressão, ideação suicida e suicídio. O TDC relativo ao pênis é denominado transtorno dismórfico peniano.⁴ Homens ansiosos que não preenchem os critérios para TDC, mas apresentam “síndrome do pênis pequeno”,^{1,5} têm menor sofrimento e comprometimento funcional, embora mantenham preocupação excessiva e superestimem o tamanho do pênis.⁶

A abordagem ao paciente com queixa relativa ao tamanho do pênis compreende:^{1,4}

- Empatia e vínculo no atendimento (pacientes se sentem vulneráveis);
- Exame físico geral e genital detalhado, medição do pênis e avaliação de anomalias por urologista que encaminhará ao profissional de saúde mental, quando for o caso;
- Reconhecimento das preocupações e tranquilização do paciente;
- Discussão das expectativas no início, para melhor direcionar o atendimento;
- Obtenção de história médica, psiquiátrica e psicossocial completa (para compreensão e condução do caso).

REFERÊNCIAS

1. Wylie KR, Eardley I. Penile size and the ‘small penis syndrome’. *BJU Int.* 2007 Jun;99(6):1449-55.
2. Lever J, Frederick DA, Peplau LA. Does size matter? Men’s and women’s views on penis size across the lifespan. *Psychol Men Masc.* 2006;7:129-143.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Soubra A, Natale C, Brimley S, Hellstrom WJG. Revelations on Men Who Seek Penile Augmentation Surgery: A Review. *Sex Med Rev.* 2022 Jul;10(3):460-467.
5. Veale D, Miles S, Bramley S, Muir G, Hodsoll J. Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15,521 men. *BJU Int.* 2015 Jun;115(6):978-86.
6. Mondaini N, Ponchietti R, Gontero P, Muir GH, Natali A, Caldarera E, et al., Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res.* 2002 Aug;14(4):283-6.

CG: Desde os tempos antigos, os homens tentam alterar o tamanho e a forma dos seus órgãos genitais. Picadas de insetos ou cobras venenosas e pesos estiveram entre os primeiros métodos utilizados para esta finalidade¹. O órgão genital masculino está ligado psicológica e socialmente a

um sentido ancestral de fertilidade e desempenho sexual do homem. Daí a sensação de inadequação e desconforto que muitos pacientes sentem, ainda que do ponto de vista físico-anatômico se enquadrem nos parâmetros da normalidade². Assim, a imensa maioria dos pacientes com dimensões normais do pênis que procuram formas de aumentá-lo são indivíduos com transtorno dismórfico ou ansiedade relacionada ao pênis supostamente pequeno.

REFERÊNCIAS

1. Zaccaro C, Subirà D, López-Diez I, Manfredi C, Ascencios-Vargas JP, Moncada-Iribarren I. History and future perspectives of male aesthetic genital surgery. *Int J Impot Res.* 2022 May;34(4):327-331.
2. Hehemann MC, Towe M, Huynh LM, El-Khatib FM, Yafi FA. Penile Girth Enlargement Strategies: What’s the Evidence? *Sex Med Rev.* 2019 Jul;7(3):535-547.

LS: O termo normal nesse caso deveria ser substituído por tamanhos médios dentro de uma curva de desvio padrão em relação a comprimento e circunferência com variáveis em diferentes etnias e composições corporais que podem dar impressão de genital menor como exemplo pacientes obesos com pênis embutido ou homens com excesso de prepúcio. A percepção e satisfação do indivíduo sobre seu corpo deve ser avaliado em relação ao que chamamos de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) e a Síndrome do Pênis Pequeno,¹ que não é algo muito simples para o diagnóstico, porém pode ser suscitado por alguns sinais de alerta e eventualmente confirmado com uma avaliação por profissional da saúde mental. Entretanto, alguns indivíduos não preenchem esses critérios e tem interesse em aprimorar questões estéticas genitais que podem inclusive trazer benefício em bem-estar geral e melhora na qualidade de vida aprimorando também a vida sexual do indivíduo.²

REFERÊNCIAS

1. Marra G, Drury A, Tran L, et al. Systematic Review of Surgical and Nonsurgical Interventions in Normal Men Complaining of Small Penis Size. *Sex Med Rev* 2020;8:158e180
2. Bettocchi C, Checchia AA, Falagario UG, Ricapito A, Busetto GM, Cormio L, Carrieri G. Male esthetic genital surgery: recommendations and gaps to be filled. *Int J Impot Res.* 2022 May;34(4):392-403. doi: 10.1038/s41443-022-00556-6.

LOT: A primeira coisa a fazer é realizar a medida do pênis. Há muitos anos atrás apresentamos um trabalho nosso onde medimos o pênis em flacidez e esticado e depois em ereção (após Teste de Ereção Fármaco-induzida). Naquela época verificamos que a medida em ereção tinha uma variação de aproximadamente 1 cm para mais ou para menos quando comparado com a medida do pênis flácido esticado, medido do púbis ao final da glândula. A medida do pênis em ereção varia de 12,4 +/- 2,7cm.¹ Então poderemos esclarecer para

o paciente se o pênis dele é de tamanho normal ou não. A imensa maioria dos homens com a queixa de pênis pequeno tem o membro dentro dos valores da normalidade. No entanto existem homens com ansiedade leve (por exemplo que não urinam em público), com ansiedade moderada (que por exemplo não trocam de roupa em vestiário) ou ansiedade grave (que são os que insistem em cirurgia). Devemos ficar atentos porque podem haver casos até de pensamento suicida!

SG: Você considera que temos técnicas efetivas e seguras para realizar o aumento peniano por motivos estéticos?

CA: De acordo com a *American Urological Association* (AUA), as técnicas de injeção de gordura subcutânea ou secção do ligamento suspensor do pênis não se mostraram eficazes e seguras.⁷ Já a *Sexual Medicine Society of North America* (SMSNA) afirma que não há evidências de eficácia e segurança das cirurgias de aumento peniano e estas só podem ser realizadas em nível experimental.⁸ Nessa mesma linha se posiciona a *Sociedade Brasileira de Urologia* (SBU), ao enfatizar que o alongamento peniano está contraindicado e não há dados científicos que confirmam credibilidade, eficácia e segurança a qualquer técnica, na atualidade.⁹

7. American Urological Association. Penile Augmentation Surgery (2018). Disponível em <https://www.auanet.org/about-us/policy-and-position-statements/penile-augmentation-surgery>.
8. Sexual Medicine Society of North America. Penile Lengthening and Girth Enhancement Surgery (2016). Disponível em <http://www.smsna.org/V1/index.php/about/position-statements>.
9. Sociedade Brasileira de Urologia. Parecer sobre os procedimentos de aumento peniano (2019). Disponível em <https://portaldaurologia.org.br/publico/noticias/parecer-sobre-os-procedimentos-de-aumento-peniano/#:~:text=A%20Sociedade%20Brasileira%20de%20Urologia,de%20aumento%20das%20dimens%C3%B5es%20penianas>

CG: A urologia em todo o mundo tem sido desafiada cada vez mais a buscar procedimentos que satisfaçam o desejo de muitos homens de aumentar o pênis (anatomicamente normal). Estes procedimentos com finalidade exclusivamente estética até poucos anos atrás eram restritos à médicos com reputação ética questionável junto aos meios acadêmicos e às sociedades médicas, uma vez que estas intervenções são consideradas experimentais e devem ser realizadas apenas em caráter de pesquisa, resguardados todos os requisitos para tal. Mais recentemente tem surgido na literatura internacional publicações que apresentam diversas técnicas com resultados aparentemente satisfatórios. Ressalto que ao fazer uma leitura mais crítica e abrangente dos artigos, e das revisões deste tema, a conclusão que tenho é basicamente a relatada por Romero-Otero e colaboradores: “A qualidade dos estudos sobre procedimentos de aumento peniano publicados na última década ainda é baixa. Isto nos impede de estabelecer recomendações baseadas em evidências científicas sobre a eficácia e segurança das intervenções que são realizadas para

aumentar o tamanho do pênis por indicações estéticas ou terapêuticas.³

3. Zaccaro C, Subirà D, López-Diez I, Manfredi C, Ascencios-Vargas JP, Moncada-Iribarren I. History and future perspectives of male aesthetic genital surgery. *Int J Impot Res.* 2022 May;34(4):327-331.

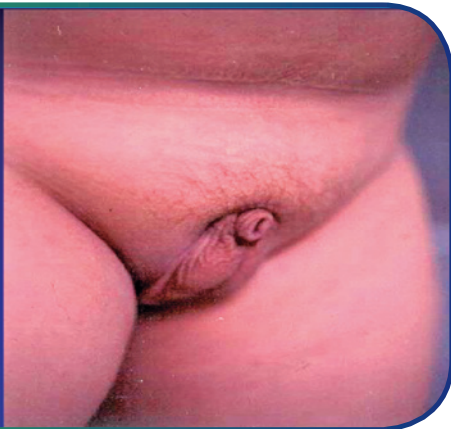
LS: Devemos dividir essas técnicas em aumento de comprimento ou de circunferência.¹ Quaisquer deles que possam interferir na função de ereção ou que os riscos de efeitos adversos sobreponham possíveis benefícios não devem ser considerados. Nesse sentido, por motivos estéticos, procedimentos de alongamento não apresentam resultados totalmente seguros até o momento. Em relação ao engrossamento diversas técnicas descritas desde cirurgias com enxertos e retalhos, preenchedores injetáveis, e até mais recente uso de implantes siliconados já foram publicados.^{1,2} Porém, muitas complicações, algumas graves, já foram reportadas dependendo do tipo de substância ou técnica utilizada. Publicações recentes, entre elas o Guideline da EAU,^{3,4} existem evidências que o uso de ácido hialurônico (AH), assim como outros preenchedores e injeção de gordura autóloga podem ser sugeridos como opção para aumento no calibre peniano.

3. Schifano N, Capogrosso P, Antonini G, Baldini S, Scropo F, Salonia A, Zerbini N, Dehò F. The Application of Hyaluronic Acid Injections in Functional and Aesthetic Andrology: A Narrative Review. *Gels.* 2023 Feb 1;9(2):118. doi: 10.3390/gels9020118.
4. A. Salonia (Chair), C. Bettocchi, P. Capogrosso, J. Carvalho, G. Corona, G. Hatzichristodoulou, T.H. Jones, A. Kadioğlu, J.I. Martinez-Salamanca, S. Minhas (Vice-chair), E.C. Serefoglu, P. Verze. EAU GUIDELINES ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH 2023.

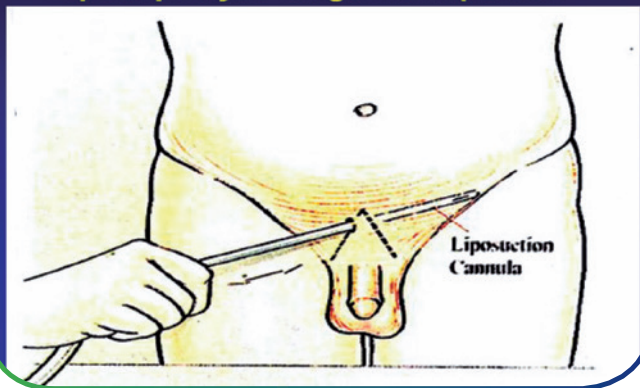
LOT: As técnicas utilizadas para aumento peniano, na realidade são técnicas para que o pênis pareça maior. Podem ser utilizadas: 1) lipoaspiração da gordura púbica (ou lipectomia) que faz com que a gordura não caia em cima do pênis e que ele pareça maior (Figuras 1 e 2); 2) Secção da trave peniano-escrotal ventral, naqueles homens que essa trave ventral é exacerbada e fazendo a secção parece que o pênis ficou maior; 3) Secção do ligamento suspensor do pênis, que faz com que o pênis “desça” mais e pareça maior (tem que lembrar que quando o homem tiver a ereção o pênis vai ficar para baixo pois o ligamento suspensor foi seccionado (Figuras 3); 4) avanço da pele do abdômen inferior para o pênis (zetaplastia) (Figuras 4 e 5).

No entanto como falamos esse são procedimentos para que o pênis pareça maior e não para aumento real do pênis. Há que se lembrar que esses procedimentos também podem ter complicações – aliás frequentes – como cicatriz hipertrófica, edema, infecção, “escrotalização” do pênis, avanço de um segmento de pele com pelos na haste peniana, dentre outras. Muitas vezes o aspecto estético fica muito ruim o que vai atrapalhar mais ainda esse homem.

Lipectomia da gordura púbica



Lipoaspiração da gordura púbica



Figuras 1 e 2

Secção do ligamento suspensor

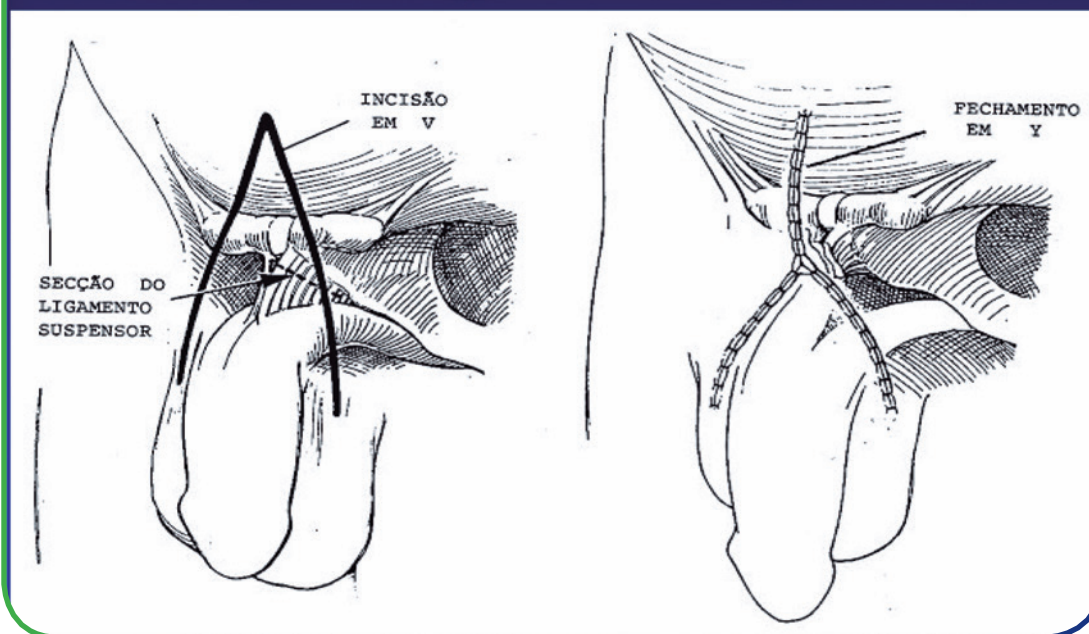


Figura 3.

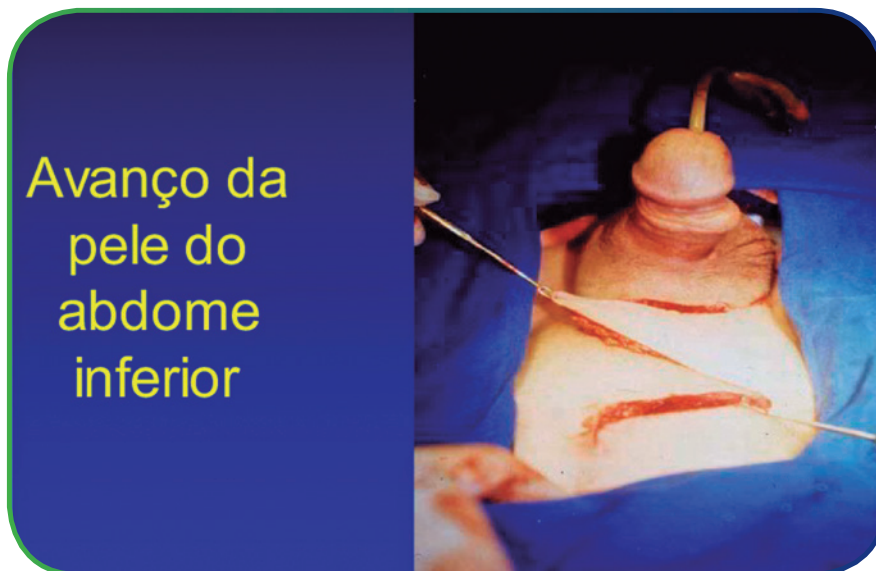
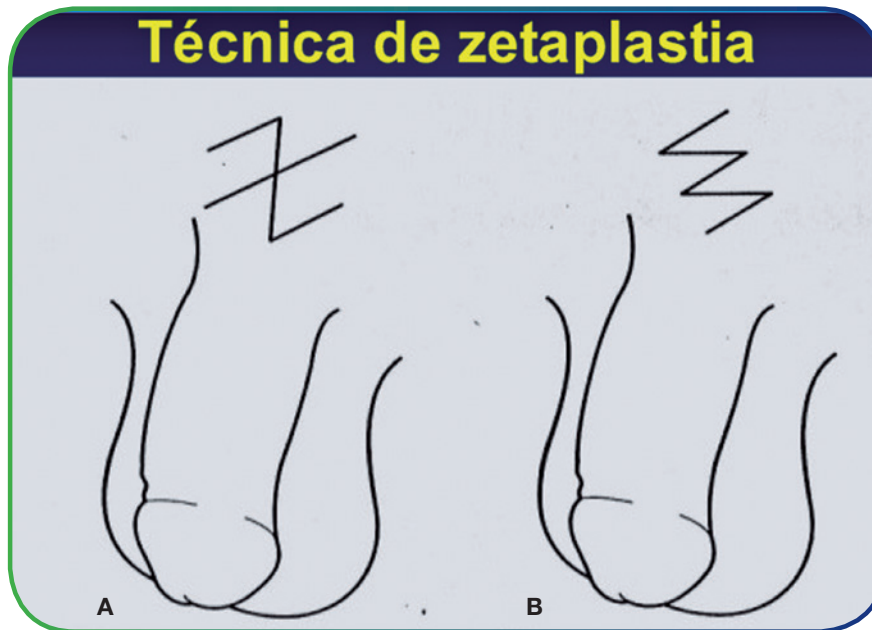
Temos que lembrar também dos procedimentos para engrossar o pênis, que também não devem ser realizados para fins estéticos como o uso de gordura autóloga, metacrilato, ácido hialurônico e mais recentemente silicone. Há que dizer que também que a maioria desse métodos também pode levar a várias complicações por vezes com resultados estéticos muito ruins, levando a grande insatisfação nesses homens.

SG: Qual a sua conduta com esses pacientes?

CA: O manejo inicial é feito pelo urologista, que esclarece o paciente sobre a variação normal do tamanho do pênis, que

a satisfação da parceria depende de rigidez e afeto e não exatamente da dimensão pêniã; que não é a profundidade da penetração que favorece o prazer da parceria.¹⁰

Caso o paciente siga irreduzível, recomenda-se encaminhá-lo a profissional de saúde mental, que avaliará se o caso preenche critérios para TDC, síndrome do pênis pequeno e possíveis comorbidades psiquiátricas, como depressão e ansiedade.^{11,12} Psicoterapia está indicada, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC),¹³ associada ou não a medicamentos para tratar a dismorfia corporal.¹¹



Figuras 4 e 5.

10. Ghanem H, Shamloul R, Khodeir F, ElShafie H, Kaddah A, Ismail I. Structured management and counseling for patients with a complaint of a small penis. *J Sex Med.* 2007 Sep;4(5):1322-7.
11. Bettocchi C, Checchia AA, Falagario UG, Ricapito A, Busetto GM, Cormio L, Carrieri G. Male esthetic genital surgery: recommendations and gaps to be filled. *Int J Impot Res.* 2022 May;34(4):392-403.
12. Pastoor H, Gregory A. Penile Size Dissatisfaction. *J Sex Med.* 2020 Jul;17(7):1400-1404.
13. Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM, Greenberg JL, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behav Ther.* 2011 Dec;42(4):624-33.

CG: Os pacientes com pênis normal e demandas estéticas para aumento de comprimento e/ou diâmetro, no atendimento inicial, são detalhadamente avaliados e investigados visando

identificar a existência de patologias psíquicas e situações relativas ao seu ambiente social e relacionamentos afetivos que possam ter implicações com a intenção do paciente. A quase totalidade dos pacientes são orientados a realizar atendimento com profissional de saúde mental, sendo encaminhados à atendimento psiquiátrico ou psicológico, de acordo com cada caso. Com o objetivo de manter a aderência do paciente à abordagem psicológica, algumas vezes proponho procedimentos não invasivos, tais como bomba de vácuo, que embora tenha resultados tímidos e controversos, se bem orientado não traz prejuízo ao paciente^{4,5}.

4. Hehemann MC, Towe M, Huynh LM, El-Khatib FM, Yafi FA. Penile Girth Enlargement Strategies: What's the Evidence? *Sex Med Rev.* 2019 Jul;7(3):535-547.

5. Nowroozi MR, Amini E, Ayati M, Jamshidian H, Radkhah K, Amini S. Applying extender devices in patients with penile dysmorphism: assessment of tolerability, efficacy, and impact on erectile function. *J Sex Med.* 2015 May;12(5):1242-7.

LS: A primeira coisa é tentar entender se o indivíduo se encaixa no perfil de TDC, e para isso eventualmente o uso de questionários específicos deve ser considerado. Caso ocorra dúvida encaminho para avaliação com psicólogo ou psiquiatra. Nesse momento o exame físico com avaliação genital completa para excluir patologias e medida adequada do pênis (comprimento do pênis flácido e flácido esticado do púbis a ponta da glândula, circunferência da base e do corpo peniano flácido)⁵. A partir daí, orientar o paciente sobre os parâmetros adequados funcionais ao pênis e explicar os valores padrões e variantes, uma vez excluídos casos como pênis embutido e excesso de prepúcio, pois devemos alinhar expectativas sobre os procedimentos disponíveis e possíveis para cada situação.

5. Davoudzadeh EP, Davoudzadeh NP, Margolin E, Stahl PJ, Stember DS. Penile Length: measurement Technique and Applications. *Sex Med Rev.* 2018 Apr;6(2):261-271. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.10.002.

LOT: Em 2001 fui o Presidente do Congresso da atual SLAMS (Sociedade Latinoamericana de Medicina Sexual) no Rio de Janeiro e nunca esqueci uma frase dita pelo Dr. Ira Sharlip, na época Presidente da atual ISSM (International Society for Sexual Medicine): “O problema desses homens (com o mito do pênis pequeno) não está entre as pernas e sim entre as orelhas!”

SG: Você indica algum procedimento para aumento peniano nesses pacientes?

CA: Não cabe indicação para essa finalidade. A recomendação é seguir as diretrizes da SBU.⁹

Sociedade Brasileira de Urologia. Parecer sobre os procedimentos de aumento peniano (2019). Disponível em <https://portaldaurologia.org.br/publico/noticias/parecer-sobre-os-procedimentos-de-aumento-peniano/#:~:text=A%20Sociedade%20Brasileira%20de%20Urologia,de%20aumento%20das%20dimens%C3%B5es%20penianas>

CG: A indicação de procedimentos invasivos para tratamento estético do pênis normal é muito incomum e rara na minha prática clínica. Provavelmente por ter um perfil muito conservador na abordagem destes pacientes, não tenho

uma procura numerosa de pacientes com esta demanda. Não realizo qualquer procedimento abordando diretamente a haste peniana neste grupo de pacientes, nem para aumento de comprimento nem do diâmetro. Nas situações que pode-se esperar melhora estética dos genitais com lipoaspiração da gordura supra-púbica, encaminho o paciente ao cirurgião plástico para realização do procedimento. Pacientes que apresentam escroto desproporcionalmente maior e/ou prega penoescrotal muito evidente, podem ser beneficiados pela correção cirúrgica do escroto sem maiores riscos e após alinhar as expectativas do paciente, tenho proposto esta abordagem^{6,7}.

6. Romero-Otero J, Manfredi C, Ralph D, Osmonov D, Verze P, Castiglione F, Serefoglu EC, Bozzini G, Garcia-Gómez B. Non-invasive and surgical penile enhancement interventions for aesthetic or therapeutic purposes: a systematic review. *BJU Int.* 2021 Mar;127(3):269-291.
7. Schifano N, Castiglione F, Cakir OO, Montorsi F, Garaffa G. Reconstructive surgery of the scrotum: a systematic review. *Int J Impot Res.* 2022 May;34(4):359-368.

LS: Nos casos em que é possível ter um ganho aparente do comprimento de haste peniana utilizo técnicas como escrotoplastia e faloplastia ventral, dermolipectomia do púbis e eventualmente a circuncisão como estratégias de cirurgia estética em conjunto com a cirurgia plástica.^{1,2,4} Já para casos exclusivos de desejo de engrossamento discuto com o paciente os riscos e benefícios do uso de AH, sempre reforçando que se trata de procedimento ainda não totalmente estabelecido, não definitivo e com uso da substância de maneira “off-label”. Entretanto os estudos publicados até o momento demonstram segurança e bons índices de satisfação em um período de seguimento de até 18 meses.^{6,7}

6. Quan Y, Gao ZR, Dai X, Kuang L, Zhang M, Li Q, Xu T, Zhang XW. Complications and management of penile augmentation with hyaluronic acid injection. *Asian J Androl.* 2021 Jul-Aug;23(4):392-395. doi: 10.4103/aja.aja_78_20.
7. Kusumaputra A, Setiawan MR, Soebadi MA, Wirjopranoto S. Efficacy and complications of hyaluronic acid and polylactic acid for penile augmentation: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond).* 2023 Jul 22;85(9):4531-4538. doi: 10.1097/MS9.0000000000001094.

LOT: Não indico nenhum procedimento para aumento peniano em pênis de tamanho normal e se notar ansiedade grave encaminho para terapia.

| OPINIÃO DO ESPECIALISTA O PAPEL DA LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL NO TRATAMENTO PRIMÁRIO DO RETROPERITÔNIO NO SEMINOMA



**Nicole Martin
Christofe**

Residente do terceiro ano de Urologia pelo Hospital Israelita Albert Einstein



Pedro Lessa

Residente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC



Willy Baccaglino

Assistente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC- Grupo de Uro-Oncologia e Responsável pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento Científico. Uro-Oncologista no Hospital Israelita Albert Einstein

> | INTRODUÇÃO

Historicamente, tumores de células germinativas ganham atenção por tratar-se, em sua maioria, de pacientes jovens, gerando uma maior comoção na comunidade científica, que de tempos em tempos busca revisar conceitos e atualizar diretrizes, para aprimorar seu tratamento. É neste contexto que se rediscute os pilares de tratamento do câncer de testículo, principalmente do subtipo seminomatoso.¹ Atualmente, fala-se no manejo trifecta destes tumores - o que inclui eficiência oncológica, diminuição de eventos relacionados ao aumento de morbidade e aumento da sobrevida.²

O Seminoma metastático para retroperitônio (estádio II) é historicamente tratado com quimioterapia (QT), porém as lesões menores (até 2cm - estágio IIA, e entre 2-3cm do estágio IIB) apresentam como alternativa a radioterapia (RT). O atual manejo com esses tratamentos tem bons desfechos oncológicos, com uma taxa de cura acima de 90% quando associados e até 83% com QT apenas. A sobrevida livre de recorrência chega até 94 e 95% com RT e QT, respectivamente.³⁻⁶

A análise cuidadosa do segundo item do manejo trifecta - morbidade relacionada ao tratamento - exige que caracterizemos os eventos de maior ou menor severidade. Entre os eventos agudos e menores, tem-se a toxicidade gastrointestinal (náuseas, vômitos), toxicidade neurológica (neuropatias periféricas que podem alterar a marcha, a sensibilidade de extremidades, a visão ou a audição). Entre os eventos maiores e mais graves estão os cardiovasculares (tais como insuficiência cardíaca, aterosclerose

etc), pulmonares (perda de função pulmonar, pneumonites fibrosantes etc), aumento de transtornos de humor (tal como quadros de depressão severos, inclusive com destaque para a maior incidência de suicídio nos pacientes tratados com QT e/ou RT). Ademais, outra preocupação é um risco aumentado de um segundo tumor primário (como tumores de pele, de trato gastrointestinal ou hematológicos), que pode aparecer até 10 anos após a exposição, principalmente ao considerarmos que se tratam de pacientes jovens e com grande expectativa de vida pela frente.⁶

Em função disso, há necessidade de alternativas terapêuticas e a cirurgia ressurgiu na discussão de como tratar primariamente pacientes com lesões pequenas no retroperitônio com intuito de se reduzir a morbidade relacionada a QT e a RT. Em paralelo, a centralização no atendimento de pacientes com tumor de testículo e a disseminação da cirurgia minimamente invasiva trás maior motivação acerca do potencial papel da linfadenectomia retroperitoneal (LND RP) como alternativa terapêutica em casos selecionados de pacientes com metástase retroperitoneal.² A evolução da técnica cirúrgica permite hoje menor morbidade peri-operatória, menor tempo cirúrgico e, conseqüentemente, menor tempo de internação hospitalar, além de maiores taxas de preservação da ejaculação.^{7,8}

Os principais desfechos oncológicos da LND RP também se mostram satisfatórios nos estudos iniciais: estima-se que em um follow-up de 79 meses, apenas 5.7% dos pacientes submetidos a LND RP apresentam recidiva em seminomas estádios I e II e quando faz-se a sub análise em massas maiores de 2cm, encontra-se até 50% de pacientes sem doença no período avaliado, evitando tratamento sistêmico.⁹⁻¹¹ Além disso, uma avaliação de sobrevida global em 5 anos após LND RP pode chegar até 92%.¹²

LITERATURA MUNDIAL

Atualmente, há três estudos fase II em andamento que avaliam o papel da LND RP no tratamento primário de pequenas massas retroperitoneais (<3cm). O SEMS trial (*Surgery in Early Metastatic Seminoma*) capitaneado pelo Dr. Sia Daneshmand da Universidade do Sul da Califórnia é um estudo de braço único, que recrutou 55 pacientes com seminoma com lesões retroperitoneais até 3cm em 12 centros nos Estados Unidos e no Canadá. No congresso da American Society of Clinical Oncology deste ano (ASCO 2023) foram apresentados os resultados atualizados do SEMS trial. A sobrevida livre de recidiva foi de 81% em 2 anos, e 22% (n=12) dos pacientes apresentaram recidiva, sendo que destes 10 foram tratados com QT e dois foram submetidos a nova ressecção, de modo que todos estavam livres de doença na última análise de seguimento, além da sobrevida global em 2 anos do estudo ser de 100%. Em relação a morbidade cirúrgica, quatro pacientes

apresentaram complicações precoces e quatro apresentaram complicações tardias, dentre elas hérnia incisional e anejaculação. As complicações foram Clavien-Dindo III em apenas 3,6% dos pacientes. Vale destacar que todos os pacientes foram submetidos a técnica convencional por via aberta.¹³

Outro estudo também de braço único, porém realizado apenas na Universidade de Düsseldorf na Alemanha é o PRIMETEST trial. Porém, neste estudo foram incluídos pacientes com lesões retroperitoneais de até 5 cm, tanto identificadas ao diagnóstico, quanto recorrentes após vigilância ou tratamento adjuvante com carboplatina de pacientes estágio I (sem evidência de doença fora da bolsa testicular). Após um seguimento mediano de 32 meses, e recrutamento de 33 pacientes, o estudo não atingiu seu desfecho primário (sobrevida livre de recidiva >70%) e teve uma taxa de 30% (n=10) de recidiva. Apesar disto, os autores destacam que talvez em casos bem selecionados a LND RP possa ser uma alternativa no tratamento destes pacientes. Neste estudo destaca-se que 14 (42%) e 19 (58%) foram submetidos a técnica por via aberta e via robótica, respectivamente. E dentre os dez pacientes que recidivaram, três deles tiveram recidiva no campo da LND RP (recidiva *infield*). O tempo operatório médio foi de 134 minutos, com perda sanguínea estimada de 70ml e apenas uma complicação Clavien-Dindo III (estenose de ureter com necessidade de ureteroplastia com alça ileal).¹⁴

E, por fim, um estudo do grupo alemão do Hospital Universitário de Colônia, o COTRIMS trial, capitaneado pelo Dr. Axel Heidenreich, também fase II e de braço único, recrutou 30 pacientes com lesões retroperitoneais de até 5 cm, publicado agora em julho de 2023. Após um seguimento mediano de 22 meses, apenas 10% dos pacientes tiveram recidiva e fora do campo da LND RP (recidiva *outfield*) e foram submetidos a QT complementar. O tempo operatório médio foi de 125 minutos, com perda sanguínea estimada <150ml, e tempo de internação médio de 4,5 dias.¹⁵ Dos 30 pacientes, 3 deles foram submetidos a cirurgia robótica, enquanto os demais todos submetidos a via aberta convencional.

CENÁRIO BRASILEIRO

No Brasil, pela grande dificuldade de centralização no atendimento de pacientes com câncer de uma maneira em geral aliado a raridade do tumor de testículo dentre os tumores urológicos coloca a realização da LND RP como um desafio em qualquer cenário. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) não disponibiliza dados a respeito do tumor de testículo, exceto o número de óbitos que foi de 430 em 2020, dado oriundo do Atlas de Mortalidade por Câncer - SIM. Apesar disso, com certeza há alguns grupos que se propõe a tratar estes pacientes e que apresentam grande experiência na realização da LND RP, inclusive por vias minimamente invasiva.

No entanto, quando olhamos a literatura produzida a partir de dados de serviços brasileiros constatamos a grande dificuldade em se obter um número de casos/ano, assim como os desafios em se oferecer desfechos Peri-operatórios e oncológicos de qualidade com a LND RP. Em 2004, Tobias-Machado et al.¹⁶ publicou uma série de 7 casos de não-seminoma operados realizados na Faculdade de Medicina do ABC como resultados iniciais da experiência com a técnica videolaparoscopia. Foram 4 anos para incluir os 7 casos, sendo estes tanto pacientes com doença estágio I (5 pacientes), quanto pós-QT (2 pacientes). A técnica utilizada foi a ressecção por template unilateral e os autores destacam a dificuldade em realizá-la no cenário pós-QT, apresentando duas conversões para via aberta, uma em cada cenário.¹⁷ Também em 2004, Sayed et al. publicou uma série de 11 casos de não-seminoma operados no Instituto do Câncer de Londrina com lesões residuais pós-QT.¹⁸ Destaca-se que os autores consideraram 7 anos para incluir este número de pacientes, e apesar de não discriminarem a via de acesso utilizadas pelo mesmo, fica claro a complexidade do procedimento realizado, uma vez que 3 pacientes tiveram complicações vasculares graves, com um deles evoluindo a óbito no pós-operatório (19).

Talvez a maior casuística publicada a respeito da LND RP por um grupo brasileiro seja a do Instituto do Câncer de São Paulo (ICESP) publicada em 2012. Miranda et al. (20) incluíram 32 pacientes com não-seminoma entre 2005 a 2011 tratados com LND RP pós-QT. Apesar do objetivo do trabalho ter sido avaliar dados que sugiram necrose no retroperitônio pós-QT e não apresentarem dados relacionadas a morbidade peri-operatória, fica claro a dificuldade no recrutamento e aquisição de expertise no tratamento destes pacientes, uma

vez que o ICESP se trata de um dos principais serviços de tratamento de pacientes com câncer em nosso país. E, por fim, um estudo publicado em 2017 que avaliou os resultados de pacientes com não-seminoma e seminoma tratados por via laparoscópica no cenário de massa residual pós-QT. O estudo incluiu o Hospital de Amor de Barretos, o Hospital São Rafael de Salvador, o Centro de Pesquisas Oncológicas de Florianópolis e a Faculdade de Medicina do ABC.²¹ Entre 2008 e 2015, foram operados 25 pacientes pela técnica de template unilateral, com a conversão de um caso. Ou seja, nenhum destes estudos avalia o papel da LND RP no tratamento primário do retroperitônio de pacientes com seminoma.²²⁻²⁴

No hospital municipal Vila Santa Catarina (São Paulo), existe atualmente um ambulatório dedicado ao tratamento de forma centralizada de pacientes com tumor de testículo que se iniciou em julho de 2020. Desde seu início, mais de 50 pacientes com tumor de testículo foram submetidos a LND RP. Inicialmente, todos os pacientes eram submetidos a via convencional aberta, porém a partir de julho de 2021 e agosto de 2022, o grupo iniciou a realização de procedimentos via laparoscópica e robótica, respectivamente. Destaca-se que todos os pacientes são submetidos a técnica de ressecção bilateral do retroperitônio com preservação de nervos do tronco simpático quando possível. E, atualmente, uma das linhas de pesquisa do grupo é avaliar os desfechos oncológicos e de segurança da LND RP por via minimamente invasiva (laparoscopia ou robótica) no tratamento primário do retroperitônio do seminoma com metástases de até 5 cm. Estes dados serão importantes, ao lado dos três estudos fase II em andamento no cenário mundial, para que possamos avaliar o papel da LND RP como alternativa neste cenário.



Figura 1. A. Posicionamento em Trendelenburg modificado (Lloyd-Davies); B. Passagem dos trocares na técnica da linfadenectomia retroperitoneal por via laparoscópica.

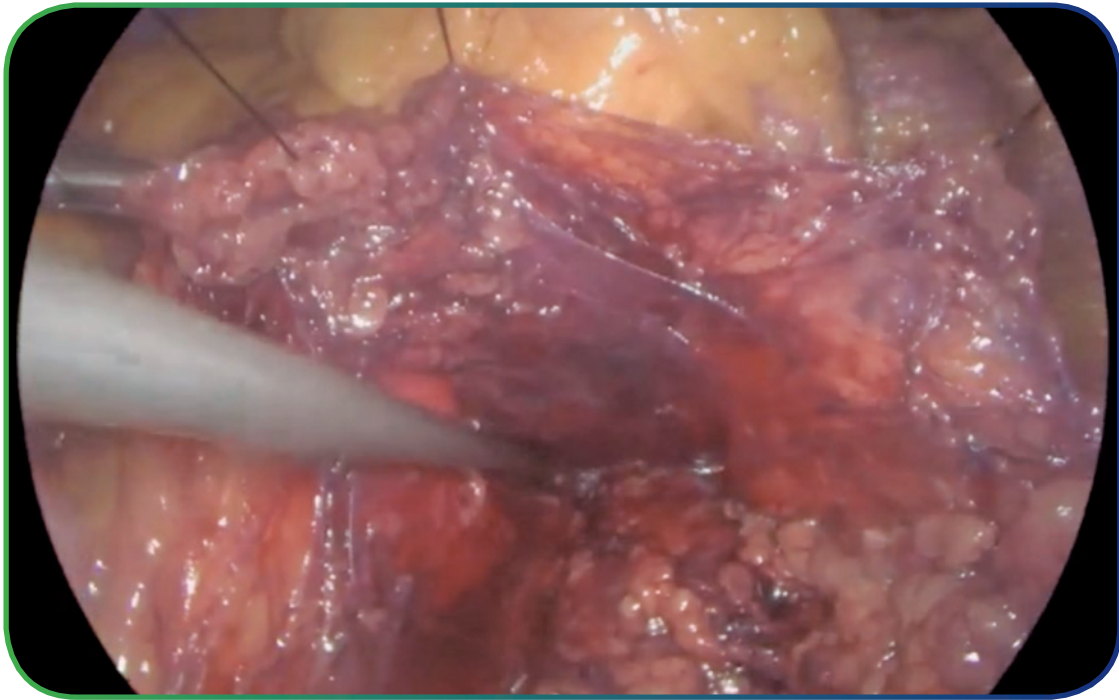


Figura 2. Exposição do retroperitônio pós-dissecção do flap peritoneal e suspensão deste com quatro fios transcutâneos.

CONCLUSÃO

A evolução constante da técnica das vias minimamente invasivas com melhores desfechos oncológicos e redução da morbidade peri-operatória no tratamento de diversos tumores têm permitido a revisão da indicação de procedimentos cirúrgicos de grande complexidade. A LND RP no tratamento do tumor de testículo trata-se de um destes tratamentos. E o cenário do tratamento primário do retroperitônio do seminoma se mostra como uma oportunidade para retomada da cirurgia no arsenal terapêutico. Apesar dos bons desfechos oncológicos dos tratamentos consagrados com QT e RT, os dados da literatura são dinâmicos e devemos acompanhá-los para que possamos identificar qual o melhor caminho a ser oferecido a nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Albers P, Hiester A, Grosse Siemer R, Lusch A. The PRIMETEST trial: Interim analysis of a phase II trial for primary retroperitoneal lymph node dissection (RPLND) in stage II A/B seminoma patients without adjuvant treatment. *JCO*. 1º de março de 2019; 37(7_suppl):507-507.
2. Chung PWM, Gospodarowicz MK, Panzarella T, Jewett MAS, Sturgeon JFG, Tew-George B, et al. Stage II Testicular Seminoma: Patterns of Recurrence and Outcome of Treatment. *European Urology*. junho de 2004;45(6):754-60.
3. Daneshmand S, Cary C, Masterson TA, Einhorn L, Boorjian SA, Kollmannsberger CK, et al. SEMS trial: Result of a prospective, multi-institutional phase II clinical trial of surgery in early metastatic seminoma. *JCO*. 20 de fevereiro de 2021;39(6_suppl):375-375.
4. Stepanian S, Patel M, Porter J. Robot-assisted Laparoscopic Retroperitoneal Lymph Node Dissection for Testicular Cancer: Evolution of the Technique. *European Urology*. outubro de 2016; 70(4):661-7.
5. Alsyof M, Daneshmand S. Retroperitoneal Lymph Node Dissection Should Be a Standard-of-Care Treatment Option For Stage II Seminoma. *European Urology Open Science*. março de 2023;49:67-8.
6. Heidenreich A, Paffenholz P, Hartmann F, Seelemeyer F, Pfister D. Retroperitoneal Lymph Node Dissection in Clinical Stage II A/B Metastatic Seminoma: Results of the COlogne Trial of Retroperitoneal Lymphadenectomy In Metastatic Seminoma (COTRIMS). *European Urology Oncology*. Julho de 2023;S2588931123001177.
7. Mezvrishvili Z, Managadze L. Retroperitoneal lymph node dissection for high-risk stage I and stage IIA seminoma. *Int Urol Nephrol*. 20 de fevereiro de 2007;38(3-4):615-9.
8. Tabakin AL, Shinder BM, Kim S, Rivera-Nunez Z, Polotti CF, Modi PK, et al. Retroperitoneal Lymph Node Dissection as Primary Treatment for Men With Testicular Seminoma: Utilization and Survival Analysis Using the National Cancer Data Base, 2004-2014. *Clinical Genitourinary Cancer*. abril de 2020;18(2):e194-201.
9. Hu B, Shah S, Shojaei S, Daneshmand S. Retroperitoneal Lymph Node Dissection as First-Line Treatment of Node-Positive Seminoma. *Clinical Genitourinary Cancer*. agosto de 2015; 13(4):e265-9.
10. Warszawski N, Schmücking M. Relapses in Early-stage Testicular Seminoma: Radiation Therapy versus Retroperitoneal Lymphadenectomy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*. 1º de janeiro de 1997;31(4):355-9.
11. Classen J, Schmidberger H, Meisner C, Souchon R, Sautter-Bihl ML, Sauer R, et al. Radiotherapy for Stages IIA/B Testicular Seminoma: Final Report of a Prospective Multicenter Clinical Trial. *JCO*. 15 de março de 2003;21(6):1101-6.

12. Syan-Bhanvadia S, Bazargani ST, Clifford TG, Cai J, Miranda G, Daneshmand S. Midline Extraperitoneal Approach to Retroperitoneal Lymph Node Dissection in Testicular Cancer: Minimizing Surgical Morbidity. *European Urology*. novembro de 2017;72(5):814-20.
13. Warde P, Gospodarowicz M, Panzarella T, Catton C, Sturgeon J, Moore M, et al. Management of stage II seminoma. *JCO*. janeiro de 1998;16(1):290-4.
14. Haugnes HS, Bosl GJ, Boer H, Gietema JA, Brydøy M, Oldenburg J, et al. Long-Term and Late Effects of Germ Cell Testicular Cancer Treatment and Implications for Follow-Up. *JCO*. 20 de outubro de 2012;30(30):3752-63.
15. Nicolai N, Cattaneo F, Bionani D, Catanzaro M, Torelli T, Zazzara M, et al. Laparoscopic Postchemotherapy Retroperitoneal Lymph-Node Dissection Can Be a Standard Option in Defined Nonseminomatous Germ Cell Tumor Patients. *Journal of Endourology*. outubro de 2016;30(10):1112-9.
16. Tobias-Machado M, Zambon JP, Ferreira AD, Medina JA, Juliano RV, Wroclawski ER. Retroperitoneal lymphadenectomy by videolaparoscopic transperitoneal approach in patients with non-seminomatous testicular tumor. *Int braz j urol*. outubro de 2004;30(5):389-97.
17. Busch J, Magheli A, Erber B, Friedersdorff F, Hoffmann I, Kempkensteffen C, et al. Laparoscopic and open postchemotherapy retroperitoneal lymph node dissection in patients with advanced testicular cancer - a single center analysis. *BMC Urol*. dezembro de 2012;12(1):15.
18. El Sayed S, Grando JPS, Almeida SHMD, Mortati Neto N, Moreira HA. Post-chemotherapy residual mass in non-seminomatous testicular cancer: the role of retroperitoneal lymph node dissection. *Int braz j urol*. outubro de 2004;30(5):384-8.
19. Alsayouf M, Daneshmand S. Intricacies of retroperitoneal lymph node dissection for testis cancer. *Current Opinion in Urology*. janeiro de 2022;32(1):24-30.
20. Miranda Ede P, Abe DK, Nesrallah AJ, dos Reis ST, Crippa A, Srougi M, Dall'Oglio MF. Predicting necrosis in residual mass analysis after retroperitoneal lymph node dissection: a retrospective study. *World J Surg Oncol*. 2012 Sep 28;10:203. doi: 10.1186/1477-7819-10-203. PMID: 23021209; PMCID: PMC3502267.
21. Faria EF, Neves HS, Dauster B, Machado RD, Magnabosco WJ, Muller RL, et al. Laparoscopic Retroperitoneal Lymph Node Dissection as a Safe Procedure for Postchemotherapy Residual Mass in Testicular Cancer. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. fevereiro de 2018;28(2):168-73.
22. Arai Y, Kaiho Y, Yamada S, Saito H, Mitsuzuka K, Yamashita S, et al. Extraperitoneal laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection after chemotherapy for nonseminomatous testicular germ-cell tumor: surgical and oncological outcomes. *Int Urol Nephrol*. outubro de 2012;44(5):1389-95.
23. Patrikidou A, Cazzaniga W, Berney D, Boormans J, De Angst I, Di Nardo D, et al. European Association of Urology Guidelines on Testicular Cancer: 2023 Update. *European Urology*. setembro de 2023;84(3):289-301.
24. Garcia-del-Muro X, Maroto P, Gumà J, Sastre J, López Brea M, Arranz JA, et al. Chemotherapy As an Alternative to Radiotherapy in the Treatment of Stage IIA and IIB Testicular Seminoma: A Spanish Germ Cell Cancer Group Study. *JCO*. 20 de novembro de 2008;26(33):5416-21.

| REVISÃO LUTS PÓS RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO



**Matheus Pascotto
de Salles**

Residente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC



**Paulo K.
Sakuramoto**

Assistente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC - Responsável pelo Grupo de Urologia Geral



**Maria Claudia
Bicudo**

Responsável pelo Grupo de Disfunções da Micção do Centro Universitário FMABC



INTRODUÇÃO

A sobrevida em 10 anos após cirurgia ou radioterapia para o tratamento do câncer de próstata (CaP) localizado é acima de 98%.¹ Desta forma, a avaliação e o tratamento de complicações do trato urinário são de extrema importância para otimizar a qualidade de vida de longo prazo desses pacientes.

Segundo o *guideline* europeu, a radioterapia externa (EBRT) padrão para o tratamento do CaP localizado com recomendação de grau forte de evidência é a IMRT (radioterapia de intensidade modulada) e a VMAT (terapia de arco modulado volumétrico) com IGRT (radioterapia guiada por imagem, para programação das aplicações), com doses convencionais ou com hipofracionamento moderado (maiores doses aplicadas em menos sessões).² Aplicadas à prática clínica a partir de 2000,³ tanto a IMRT quanto a VMAT são técnicas avançadas de administração de radiação, adaptando-a automaticamente e continuamente aos contornos do órgão-alvo, levando a uma maior preservação do tecido saudável adjacente e reduzindo assim a toxicidade geniturinária e gastrointestinal associada à essa modalidade de tratamento,^{4,5} em especial a geniturinária tardia.^{6,7} Radioterapia estereotática (SBRT) com ultrahipofracionamento parece ter toxicidades similares à IMRT com fracionamento convencional.⁸

A toxicidade geniturinária da RT pode ser categorizada objetivamente usando os sistemas de classificação *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG) ou *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE) (Tabela). O RTOG usa diferentes pontuações para toxicidades agudas e tardias, enquanto o CTCAE

Classificação	Sintoma	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
CTCAE	Espasmo vesical	Sem necessidade de intervenção	Necessidade de antiespasmódico	Necessidade de internação	-	-
	Disúria	Presente	-	-	-	-
	Aumento da frequência urinária	Presente	Limitação das atividades diárias; necessidade de tratamento	-	-	-
	Incontinência urinária	Eventual, sem necessidade de <i>pads</i>	Espontânea; necessidade de <i>pads</i> ; Limitação das atividades diárias	Necessidade de intervenção (<i>clamp</i>); necessidade de tratamento cirúrgico; limitação de auto-cuidado	-	-
	Retenção urinária	Sem necessidade de cateteres urinários, suprapúbicos ou intermitentes	Instalação de cateteres urinários, suprapúbicos ou intermitentes	Necessidade de intervenção invasiva eletiva; perda substancial de função renal	Desfechos com risco de vida; falência orgânica; indicação de tratamento cirúrgico de urgência	Óbito
	Urgência	Presente	Limitação das atividades diárias; necessidade de tratamento	-	-	-
RTOG aguda	Geniturinária	Aumento da frequência urinária ou noctúria (dobro pré tratamento); urgência sem necessidade de medicação	Frequência urinária ou noctúria <1h; disúria, urgência, espasmo vesical com necessidade de anestésico local	Frequência com urgência e noctúria <1h; disúria, dor pélvica ou espasmo vesical com necessidade de analgesia frequente; hematúria franca com ou sem coágulos	Hematúria com necessidade de transfusão; obstrução vesical aguda secundária a coágulos, ulceração ou necrose	Óbito por toxicidade geniturinária
RTOG tardia	Vesical	Atrofia epitelial leve; teleangiectasias menores (hematúria microscópica)	Frequência moderada; teleangiectasia; hematúria macroscópica intermitente	Frequência grave e disúria; teleangiectasias graves (frequentemente com petéquias); hematúria frequente; redução da capacidade vesical (<150ml)	Necrose/contração vesical (capacidade <100ml); cistite hemorrágica grave	Óbito por toxicidade geniturinária

CTCAE: Common Terminology for Adverse Events; RTOG: Radiation Therapy Oncology Group.

não diferencia o tempo de apresentação das complicações. As toxicidades de grau 3 e 4 (graves) são raras e, portanto, os relatórios de tratamento na literatura urológica geralmente se baseiam em um pequeno número de pacientes e em populações heterogêneas.⁹

EFETOS DA RADIAÇÃO E TOXICIDADE

A radiação ionizante gera impacto nas células, tecidos, órgãos e em todo o organismo desde milissegundos até anos após a administração da radioterapia. A radiação leva à quebra da fita dupla de DNA, resultando na morte das células tumorais. A liberação de citocinas e ativação de vias de sinalização inflamatória é inevitável em órgãos adjacentes, porém células saudáveis são mais propensas a se repararem deste dano.¹⁰

Radioterapia dirigida à próstata provoca alterações na uretra, na parede vesical e na função detrusora, resultando em sintomas do trato urinário inferior (LUTS), além de complicações graves, incluindo perda da complacência vesical, estenoses de uretra, incontinência urinária, cistite actínica e fístulas.¹¹ Esses LUTS são resultado de disfunções neurogênicas e miogênicas. Dano a estruturas neurais periféricas cursam com urgência, aumento da frequência miccional e risco de retenção urinária¹² e o comprometimento da circulação sanguínea devido à endarterite cursam com perda de tecido.¹³ A toxicidade geniturinária pode se manifestar inicialmente como cistite inflamatória ou mesmo hemorrágica e, posteriormente, progredir para fibrose. Isso leva a remodelamento tecidual, causando disfunção de armazenamento e esvaziamento,¹⁰ bem como redução no comprimento uretral e alterações na estrutura da musculatura pélvica.^{14,15}

Existe evidência de forte correlação entre LUTS e achados urodinâmicos nessa população. Redução da capacidade cistométrica máxima e de complacência vesical, bem como aumento da sensibilidade podem ser encontradas tanto em pacientes submetidos à radioterapia pélvica para tratamento inicial do CaP localizado,¹⁰ quanto naqueles submetidos à radioterapia de resgate.¹⁶ Pacientes irradiados também têm maior incidência de hiperatividade detrusora.¹⁷ Desta forma, estudos urodinâmicos nesses pacientes são fundamentais para o seu aconselhamento quando se cogita algum tipo de tratamento mais invasivo.⁹

Na prática clínica, homens submetidos à radioterapia para CaP são suscetíveis a ter LUTS concomitantes secundários a hiperplasia prostática benigna (HPB) e/ou a outras condições médicas/neurológicas. Os efeitos obstrutivos da HPB podem ser ainda mais exacerbados pela radioterapia e levar à retenção, piora dos sintomas de armazenamento, urgeincontinência, sepse e necessidade de cateterismo, potencialmente interrompendo o tratamento. Apesar disso, os *guidelines* da EAU (2023) e da AUA (2022) não incluem a presença de LUTS para tomada de decisão em relação às modalidades de tratamento do CaP localizado.

De toda forma, LUTS induzidos por RT parecem ter um caráter transitório. Alguns estudos apontam para um aumento dos sintomas durante o curso do tratamento durando até 6 meses após o seu término, diminuindo e até desaparecendo entre 6 e 12 meses.^{18,19,20} Desta forma, é importante evitar investigações e procedimentos invasivos neste período. Há alguma evidência de que o hipofracionamento poderia reduzir o tempo de resolução dos sintomas induzidos pela RT em até 3 meses.²¹

O volume da próstata pré-tratamento e os escores IPSS iniciais não parecem estar associados com aumento da toxicidade geniturinária tardia após IMRT. Pacientes com próstatas menores apresentam piora inicial nos sintomas urinários, mas retornam ao basal após um ano. Pacientes com próstatas maiores (>60g) são usualmente mais sintomáticos pré-tratamento, mas em um ano após a radioterapia podem apresentar até redução do IPSS.²²

Os pacientes submetidos à RT com a próstata intacta em comparação com os pacientes submetidos à RT pós-prostatectomia apresentam taxas significativamente mais altas de toxicidade geniturinária grau 2 (moderadas). Contudo, a toxicidade geniturinária tardia (>6 meses) pós-RT não parece ser significativamente diferente entre esses dois grupos, tornando improvável que a fonte anatômica de LUTS nesse período seja a próstata ou a uretra prostática.²³

MANEJO CLÍNICO

Alfa-bloqueadores diminuem o tônus da musculatura lisa do colo vesical e são considerados drogas de primeira linha

para tratamento de LUTS por HPB. Os primeiros estudos para tratamento de LUTS pós RT publicados em 1999 já demonstravam melhora significativa dos sintomas urinários com o uso de alfa-bloqueadores neste contexto.^{24,25} Ainda hoje, é considerada a primeira linha de tratamento de LUTS também nesta população.²⁶ Não há estudos investigando o papel de inibidores de 5-alfa redutase no manejo de LUTS pós RT.

Para o manejo de sintomas de armazenamento, recomenda-se começar com estratégias não-farmacológicas, como modificação da ingesta hídrica e técnicas de supressão do desejo, seguidas do tratamento farmacológico. Drogas anticolinérgicas como o tróspio e a solifenacina foram estudadas no contexto de bexiga hiperativa após RT pélvica com bons resultados.^{27,28} Apesar da falta de estudos na população pós-RT, pode-se recomendar o uso de agonistas β 3-adrenérgicos devido ao seu baixo perfil de efeitos colaterais. Pelo mesmo princípio, a aplicação intravesical de toxina botulínica e a neuromodulação sacral podem ser considerados em casos selecionados.²⁶

Tradicionalmente usada como tratamento para cistite hemorrágica pós-RT, a oxigenoterapia hiperbárica também se mostrou promissora no tratamento dos LUTS desses pacientes, especialmente os relacionados a desconforto urinário e incontinência, podendo ser oferecida a pacientes que tenham acesso a essa modalidade e sejam capazes de dedicar tempo à múltiplas sessões.²⁹

O primeiro estudo demonstrando benefício em uma “tunelização” da próstata no contexto oncológico foi publicado em 1991, demonstrando a eficácia e segurança do procedimento no tratamento de LUTS de esvaziamento neste cenário.³⁰ Estudos que se seguiram evidenciaram melhora significativa de escore de IPSS e fluxo urinário médio após este procedimento, porém com taxas significativas de necessidade de segunda intervenção³¹ e maior risco de incontinência urinária.³² Novas técnicas minimamente invasivas para tratamento de HPB ainda precisam de validação científica para tratamento de LUTS no contexto pós-RT.³³

A prevalência de estenose de uretra pós-RT varia de 1,7-7,2% na literatura, mas é maior naqueles submetidos previamente à RTU de próstata.⁹ O tempo até o desenvolvimento da estenose de uretra após o término da RT pode variar desde 6 meses até mais de 20 anos,³⁴ acometendo principalmente a uretra bulbar ou bulbomembranosa.³⁵ O manejo destes casos é complexo, pois apresentam até 30% de recorrência e até 44% de incontinência pós uretroplastia.³⁶

As taxas de incontinência urinária são significativamente menores naqueles submetidos à RT em comparação com aqueles submetidos à cirurgia. Quando ocorre, a urgeincontinência é três vezes mais provável do que a incontinência urinária de esforço (IUE) nesses pacientes.³⁷ As opções terapêuticas já

discutidas para LUTS de armazenamento podem ser aplicadas a pacientes com urgeincontinência pós-RT. Nos casos de IUE pós-RT, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode ser ofertado, antes ou logo após o tratamento.²⁶ Outras opções não cirúrgicas incluem o uso de roupas absorventes, cateteres de preservativo e *clamps* oclusivos, em especial no cenário agudo pós-RT. O esfíncter urinário artificial pode ser oferecido a pacientes selecionados, apesar do risco aumentado de erosão e infecção do dispositivo nessa população.³⁸ O uso de *slings* masculinos não é recomendado neste contexto, pois a radiação pode diminuir a mobilidade uretral e inibir o crescimento adequado do tecido no implante da malha.

Embora rara, as fístulas urinárias pós-RT devem ser consideradas como diagnóstico diferencial para homens com LUTS persistentes que falham em múltiplas estratégias de manejo. Os sintomas das fístulas urinárias variam de acordo com a localização da fístula e podem incluir infecções do trato urinário recorrentes, dor suprapúbica ou drenagem urinária via retal. Em geral, assim como as estenoses, o manejo das fístulas pós-RT é cirúrgico. Casos de fístulas retourinárias actínicas são de manejo mais complexo do que as não relacionadas à radiação, associadas a maiores taxas de falha após reparo primário, de colostomias permanentes e de derivações urinárias.³⁹

CONCLUSÃO

A fisiologia geniturinária no paciente pós-RT é única quando comparada a pacientes não irradiados. No entanto, poucos estudos publicados investigam o manejo e tratamento de LUTS na população pós-RT. Portanto utilizamos frequentemente as mesmas estratégias de controle de sintomas de pacientes não irradiados. Orientações mais específicas devem surgir à medida que a pesquisa sobre LUTS na população pós-RT se expande. A avaliação formal de LUTS antes da RT é importante para prevenir a deterioração dos sintomas e da qualidade de vida pós-RT e adequar as modalidades terapêuticas às necessidades individuais de cada paciente.

REFERÊNCIAS

1. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, et al., ProtecT Study Group. 10-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2016; 375:1415-1424.
2. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.
3. Huh HD, Kim S. History of Radiation Therapy Technology. *Prog Med Phys*. 2020;31:124-134.
4. Dulaney CR, Osula DO, Yang ES, Rais-Bahrami S. Prostate Radiotherapy in the Era of Advanced Imaging and Precision Medicine. *Prostate Cancer*. 2016;2016:4897515.

5. Viani, G.A., et al. Intensity-modulated radiotherapy reduces toxicity with similar biochemical control compared with 3-dimensional conformal radiotherapy for prostate cancer: A randomized clinical trial. *Cancer*, 2016. 122: 2004.
6. Zapatero, A., et al. Reduced late urinary toxicity with high-dose intensity-modulated radiotherapy using intra-prostate fiducial markers for localized prostate cancer. *Clin Transl Oncol*, 2017.19:1161.
7. Yu, T., et al. The Effectiveness of Intensity Modulated Radiation Therapy versus Three-Dimensional Radiation Therapy in Prostate Cancer: A Meta-Analysis of the Literatures. *PLoS One*, 2016.11: e0154499.
8. Brand, D.H., et al. Intensity-modulated fractionated radiotherapy versus stereotactic body radiotherapy for prostate cancer (PACE-B): acute toxicity findings from an international, randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Oncol*, 2019.20: 1531.
9. Faris, S. & Kaufman, M. LUTS After Radiotherapy for Prostate Cancer: Evaluation and Treatment. *Curr Bladder Dysfunc*. (2015)10,150-155.
10. Bosch R, McCloskey K, Bahl A, et al. Can radiation-induced lower urinary tract disease be ameliorated in patients treated for pelvic organ cancer: ICI-RS 2019? *Neurourology and Urodynamics*. 2020
11. Kwon WA, Lee SY, Jeong TY, Moon HS. Lower Urinary Tract Symptoms in Prostate Cancer Patients Treated With Radiation Therapy: Past and Present. *Int Neurourol J*. 2021
12. Crawford ED, Kavanagh BD. The role of alpha-blockers in the management of lower urinary tract symptoms in prostate cancer patients treated with radiation therapy. *Am J Clin Oncol*. 2006
13. Biers S, Sievert KD, Thiruchelvam N. Overactive bladder syndrome and lower urinary tract symptoms after prostate cancer treatment. *Curr Opin Urol*. 2017;27(3):307-13.
14. Marigliano C, Donati OF, Vargas HA, et al. MRI findings of radiation-induced changes in the urethra and periurethral tissues after treatment for prostate cancer. *Eur J Radiol*. 2013
15. Dieperink KB, Johansen C, Hansen S, et al. The effects of multidisciplinary rehabilitation: RePCa-a randomised study among primary prostate cancer patients. *Br J Cancer*. 2013
16. Ervandian M, Djurhuus JC, Høyer M, Graugaard-Jensen C, Borre M. Long-term urodynamic findings following radical prostatectomy and salvage radiotherapy. *Scand J Urol*. 2018
17. Hoffman D, Vijay V, Peng M, Sussman RD, Rosenblum N, Brucker BM, et al. Effect of radiation on male stress urinary incontinence and the role of urodynamic assessment. *Urology*. 2019;125: 58-63
18. Hayama Y, Doi H, Hasegawa T, Minami Y, Ichimura N, Koike M, Shiomi H, Oh RJ, Oishi F. Lower urinary tract symptoms in patients with prostate cancer under and after intensity-modulated radiation therapy. *Low Urin Tract Symptoms*. 2019
19. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA, Mason M, Metcalfe C, Walsh E, et al. Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. *N Engl J Med*. 2016;375(15): 1425-37
20. Miyake M, Tanaka N, Asakawa I, Tatsumi Y, Nakai Y, Anai S, Torimoto K, Aoki K, Yoneda T, Hasegawa M, Konishi N, Fujimoto K. Changes in lower urinary tract symptoms and quality of life after salvage radiotherapy for biochemical recurrence of prostate cancer. *Radiother Oncol*. 2015
21. Dearnaley D, Syndikus I, Mossop H, Khoo V, Birtle A, Bloomfield D, et al. Conventional versus hypofractionated high-dose intensity-modulated radiotherapy for prostate cancer: 5-year outcomes of the randomised, non-inferiority, phase 3 CHHiP trial. *Lancet Oncol*. 2016;17(8):1047-60.

22. (22) Chevli C, Narayanan R, Rambarran L, Kubicek G, Chevli KK, Duff M. Effect of pretreatment prostate volume on urinary quality of life following intensity-modulated radiation therapy for localized prostate cancer. *Res Rep Urol*. 2013 Jan 14;5:29-37
23. Mak RH, Hunt D, Efsthathiou JA, Heney NM, Jones CU, Lukka HR, et al. Acute and late urinary toxicity following radiation in men with an intact prostate gland or after a radical prostatectomy: a secondary analysis of RTOG 94-08 and 96-01. *Urol Oncol*. 2016;34(10):430 e431-7
24. Zelefsky MJ, Ginor RX, Fuks Z, et al. Efficacy of selective alpha-1 blocker therapy in the treatment of acute urinary symptoms during radiotherapy for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1999
25. Prosnitz RG, Schneider L, Manola J, et al. Tamsulosin palliates radiation-induced urethritis in patients with prostate cancer: results of a pilot study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1999
26. Uberoi P, Smith CA, Lucioni A. Management of Lower Urinary Tract Symptoms after Prostate Radiation. *Curr Urol Rep*. 2021 May 27;22(7):37.
27. Bittner N, Merrick GS, Brammer S, Niehaus A, Wallner KE, Butler WM, et al. Role of tiroprium chloride in brachytherapy-related detrusor overactivity. *Urology*. 2008;71(3):460-4.
28. Jaszczynski J, Kojs Z, Stelmach A, Wohadlo L, Luczynska E, Heinze S, et al. Post-irradiation bladder syndrome after radiotherapy of malignant neoplasm of small pelvis organs: an observational, non-interventional clinical study assessing VESicare(R)/ Solifenacin treatment results. *Med Sci Monit*. 2016;22:2691-8.
29. Oscarsson N, Muller B, Rosen A, Lodding P, Molne J, Giglio D, et al. Radiation-induced cystitis treated with hyperbaric oxygen therapy (RICH-ART): a randomised, controlled, phase 2-3 trial. *Lancet Oncol*. 2019;20(11):1602-14
30. Mazur AW, Thompson IM: Efficacy and morbidity of "channel" TURP. *Urology*. 1991
31. Crain DS, Amling CL, Kane CJ: Palliative transurethral prostate resection for bladder outlet obstruction in patients with locally advanced prostate cancer. *J Urol*. 2004
32. Polland A, Vertosick EA, Sjoberg DD, Stearns GL, Leddy LS, Kollmeier MA, et al. Preoperative symptoms predict continence after post-radiation transurethral resection of prostate. *Can J Urol*. 2017;24(4):8903-9.
33. Holloway N, Ribeiro L, Bosco C, et al. Management of men with lower urinary tract symptoms referred for prostate radiotherapy. *Journal of Clinical Urology*. 2022;0(0).
34. Meeks JJ, Brandes SB, Morey AF, et al. Urethroplasty for radiotherapy induced bulbomembranous strictures: a multi-institutional experience. *J Urol*. 2011;185:1761-5.
35. Awad MA, Gaither TW, Osterberg EC, Murphy GP, Baradaran N, Breyer BN. Prostate cancer radiation and urethral strictures: a systematic review and meta-analysis. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2018;21(2):168-74.
36. Chung PH, Esposito P, Wessells H, Voelzke BB. Incidence of stress urinary incontinence after posterior urethroplasty for radiation induced urethral strictures. *Urology*. 2018
37. Leapman MS, Stone NN, Mock S, Stock RG, Hall SJ. Urinary incontinence following prostate brachytherapy. *Urology*. 2016;95:151-7.
38. Mourtzinos A, Smith JJ, Barrett DM. Treatments for male urinary incontinence: a review. *AUA Updat Ser*. 2005;24(15):121-31.
39. Beddy D, Poskus T, Umbreit E, et al. Impact of radiotherapy on surgical repair and outcome in patients with rectourethral fistula. *Colorectal Dis*. 2013;15D12]:1515-20.

| UP TO DATE
| UROPEDIATRIA

ABORDAGEM CONTEMPORÂNEA DA ENURESE



**Fernanda Caroline
Santos Amaral**

Fisioterapeuta Especializada em saúde da mulher e do homem pela Faculdade de Medicina da Santa Casa/SP
Coordenadora do Setor de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital Brasil - Rede D'Or



**Fabio Jose
Nascimento**

Professor da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC - Responsável pelo Grupo de UroPediatria.
Coordenador do curso de Urologia na Graduação.



A enurese noturna é a perda involuntária de urina durante a noite em crianças com mais de cinco anos, quando se espera que estejam secas. Sua taxa de prevalência pode chegar a 20% nas crianças de 5 anos, e sua resolução espontânea é observada em cerca de 14% dos casos até a adolescência. A abordagem padrão é frequentemente a espera pela resolução espontânea. Mas o “esperar e ver” não é apropriada quando a criança tem idade suficiente para se incomodar com sua condição. As razões para tratar a enurese são principalmente psicológicas e sociais, pois as crianças precisam de ajuda para manter sua autoestima e interações sociais intactas.¹

Classificamos a enurese como *primária* (quando sempre esteve presente) ou como *secundária* (quando começa após um período seco de pelo menos 6 meses). A enurese também pode ser classificada como *monossintomática* (apenas perda de urina durante a noite) ou *não monossintomática* (perda de urina noturna associada a sintomas do trato urinário inferior, como aumento na frequência urinária durante o dia, urgência miccional e incontinência diurna). A classificação é crucial, pois a fisiopatologia e o tratamento variam de acordo com esses subtipos.²

A enurese noturna é uma condição multifatorial, tendo como principal causador a hereditariedade. Outros fatores de risco incluem atraso no controle da bexiga, constipação, incontinência fecal, incontinência urinária diurna, consumo de cafeína, apneia do sono e ronco. Fatores psicológicos também podem impactar o sono, a função da bexiga e a produção de urina noturna.²

A fisiopatologia da enurese envolve uma resposta de excitação inadequada durante o sono à sensação de bexiga cheia, falta de inibição do esvaziamento da bexiga durante o sono, baixa capacidade da bexiga ou bexiga hiperativa, e produção excessiva de urina durante a noite.

O diagnóstico inicial da enurese noturna envolve uma história clínica detalhada para determinar o tipo de enurese e a abordagem de tratamento mais apropriada. Deve-se analisar a saúde geral (crescimento e desenvolvimento da criança, perda de peso, náusea ou sede excessiva com necessidade de beber líquidos durante a noite), a frequência dos episódios, se houve algum período seco prolongado, sintomas diurnos, dificuldades de esvaziamento da bexiga, ITU's, hábitos intestinais seguindo os critérios de Roma IV, se a criança apresenta ronco, apneias do sono ou sonolência diurna excessiva, se existem problemas de concentração ou interação social, quais terapias e estratégias foram tentadas anteriormente e por que não foram eficazes.

Dentre os métodos de avaliação complementar podemos citar o *diário miccional*³ e os questionários 'Pontuação de Sintomas Miccionais Disfuncionais (DVSS)' e 'Escore de Qualidade de Vida para Incontinência Urinária Pediátrica (PIN-Q).'⁴ Recomenda-se o uso do diário miccional descrito pela ICCS na avaliação inicial de todas as crianças com enurese, durante dois a três dias. Valores normais incluem 4 a 7 micções por dia e um volume miccional médio entre 65% e 150% da capacidade vesical esperada para a idade, calculada pela fórmula $((\text{Idade} + 1) \times 30)$.²

Pode-se realizar a avaliação de *poliúria noturna* durante 7 noites consecutivas, calculando o volume de urina pela soma do peso da fralda (1 g = 1 mL). E para analisar a anatomia e função do trato vesico-intestinal, o ultrassom da bexiga e reto pode ser realizado.

Exames para analisar a glicosúria e leucócitos, e investigação urodinâmica não invasiva (fluxometria), são realizados especialmente se a enurese for secundária, se houver sintomas de distúrbios do trato urinário diurno ou se houver sinais de alerta relevantes na história da criança.

Tratamentos

A terapia comportamental é recomendada como tratamento de primeira linha para todas as crianças com enurese e envolve as seguintes recomendações:

1. Explicar o funcionamento do trato urinário e como a criança se desvia desse padrão.
2. Estabelecer um cronograma regular para a micção, com intervalos de 3 a 4 horas.
3. Desencorajar qualquer comportamento que envolva retenção da urina.
4. Posição adequada durante a micção e evacuação para relaxar o assoalho pélvico.
5. Estabelecer um horário regular para a evacuação, preferencialmente após as refeições.
6. Incentivar a ingestão de líquidos principalmente pela manhã e início da tarde.
7. Eliminar a cafeína, evitar frutas e sucos cítricos e reduzir a ingestão de sódio à noite.
8. Desencorajar a ingestão de líquidos pelo menos 2 horas antes de dormir.
9. Incentivar a criança a urinar antes de ir para a cama.

10. Evitar o uso de fraldas.

11. Manter um registro de noites secas.

12. Fornecer apoio e incentivo, como um sistema de premiação por noites secas.

As intervenções comportamentais, quando usadas isoladamente, têm uma taxa de resolução da enurese de cerca de 20%. Mas a combinação com outras modalidades terapêuticas, como o alarme de enurese ou terapia medicamentosa, pode aumentar as chances de sucesso.²

O Alarme é uma terapia comportamental de primeira linha para a enurese. Envolve o uso de um sensor colocado na roupa íntima que é ativado pela micção. Quando o sensor detecta umidade, ele emite um alarme sonoro ou vibratório que acorda a criança. O objetivo é condicionar a criança a acordar quando sentir a necessidade de urinar à noite. O treinamento de alarme possui taxas de sucesso entre 50% e 70%. A continuação do uso é necessária até que a criança alcance 14 noites secas consecutivas. Pode não ser a primeira escolha se a criança dividir o quarto com irmãos, se tiver problemas de sono ou mais de 1 episódio de enurese por noite.⁵

Como tratamento medicamentoso, pode-se usar desmopressina (primeira linha) e anticolinérgico (segunda linha). São medicamentos antienureséticos que reduzem a produção noturna de urina. É administrado à noite e podem ser usados a longo prazo sem riscos significativos, desde que a polidipsia seja excluída.

Algumas crianças serão resistentes às terapias citadas, e poderão ser submetidas a investigação urodinâmica não invasiva (fluxometria), estimulação elétrica periférica, treinamento com biofeedback ou injeções de toxina botulínica no detrusor, principalmente se a enurese for não *monossintomática*. Na eletroestimulação elétrica periférica, eletrodos superficiais são colocados na região de S3. Esse tratamento tem mostrado melhorias significativas na capacidade da bexiga e no número de noites secas. É um procedimento indolor e seguro, realizado por fisioterapeutas especializados.⁶

O biofeedback é um método de treinamento muscular que pode ser usado para fortalecer os músculos fracos ou reduzir o tônus dos músculos espásticos, com acompanhamento de fisioterapeutas especializados. São utilizados à fim de treinar o controle do assoalho pélvico. É especialmente útil para pacientes resistentes à desmopressina.⁷

Em casos de enurese resistente à terapia, a toxina botulínica pode ser considerada, principalmente se a enurese for não monossintomática. E os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina, são reservados para casos em que os outros tratamentos falharam. Eles devem ser usados com cautela devido aos possíveis efeitos colaterais.

Lembre-se que nos casos de enurese não monossintomática, é fundamental realizar uma avaliação criteriosa. Isso pode exigir a ajuda de um psicólogo, psiquiatra ou outros profissionais de saúde. É recomendável tratar os sintomas diurnos, como urgência, constipação, frequência, incontinência ou esforço para urinar, antes de abordar a enurese noturna.

REFERÊNCIAS

1. Nevéus, Tryggve, et al. "Management and treatment of nocturnal enuresis-an updated standardization document from the International Children's Continence Society." *Journal of pediatric urology* 16.1 (2020): 10-19.
2. Netto, José Murillo B., et al. "Brazilian consensus in enuresis-recomendations for clinical practice." *International braz j urol* 45 (2019): 889-900.
3. Walle, Johan Vande, et al. "Enuresis: practical guidelines for primary care." *British Journal of General Practice* 67.660 (2017): 328-329.
4. Austin, Paul F., et al. "The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society." *Neurourology and urodynamics* 35.4 (2016): 471-481.
5. Glazener, Cathryn MA, Jonathan HC Evans, and Rachel E. Peto. "Alarm interventions for nocturnal enuresis in children." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 (2005).
6. Cui, Huanqin, et al. "The efficacy of electrical stimulation in treating children with nocturnal enuresis: A systematic review and meta-analysis." *Neurourology and Urodynamics* 38.8 (2019): 2288-2295.
7. Sancak, Eyüp Burak, et al. "The effectiveness of biofeedback therapy in children with monosymptomatic enuresis resistant to desmopressin treatment." *Turkish Journal of Urology* 42.4 (2016): 278.

PÓS-GRADUAÇÃO



SEXOLOGIA: NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE SEXUAL

MATRÍCULAS ABERTAS

<https://fmabc.br/pos-graduacao/lato-sensu/sexologia-novos-paradigmas-em-saude-sexual>

Telefone: (11) 4993-7282

PÓS-GRADUAÇÃO
Pró-Reitoria de Pós-Graduação



FMABC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

| INTERCONSULTA NÍVEIS DE FADIGA, EXERCÍCIO FÍSICO E CÂNCER DE BEXIGA



Amanda Estevão

Fisioterapeuta Docente do curso de Fisioterapia do Centro
Universitário FMABC



**Mariane
Castiglione**

Fisioterapeuta Docente e Doutoranda pela Urologia do Centro
Universitário FMABC



O número estimado de casos novos de câncer de bexiga para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 11.370 casos, correspondendo a um risco estimado de 5,25 casos a cada 100 mil habitantes, sendo 7.870 casos em homens e 3.500 em mulheres.

O tratamento elegível para o câncer de bexiga varia de acordo com o tipo, extensão da progressão do tumor, fragilidade, idade e preferências pessoais. As vertentes encontradas como opções são a ressecção transuretral, quimioterapia e imunoterapia intravesical, cistectomia parcial ou completa, quimioterapia sistêmica e radioterapia. Técnicas de reconstrução também são utilizadas como a neobexiga ortotópica e a cirurgia de Bricker.

As vertentes de tratamento se relacionam frequentemente com complicações precoces, como incontinência urinária, infecções de trato urinário, infecções de ferida, sofrimento psicológico e fadiga.

A fadiga é uma das manifestações mais frequentes em pacientes com câncer em tratamento com quimioterapia ou quimioterapia associada à radioterapia. Esta complicação está associada não só como efeito adverso medicamentoso do tratamento, mas também pode ser consequência do próprio tumor ou outras condições associadas, metabólicas, hematológicas, psicológicas e/ou nutricionais, que podem atuar como agravantes. A fadiga está relacionada à redução da atividade física e à perda de massa e força muscular, além de piora da qualidade de vida.

A atividade física afeta positivamente a saúde, a sobrevivência e a qualidade de vida em pessoas saudáveis. Diversos estudos demonstram que a atividade física melhora a função física, bem como diferentes aspectos fisiológicos e psicológicos em pacientes com câncer, durante e após o tratamento.

Em um ensaio clínico randomizado conduzido por Porserud A., et.al. (2015), objetivou-se avaliar a viabilidade e os efeitos de um programa de treinamento de exercícios em pacientes após cistectomia por câncer de bexiga urinária. Participaram do estudo 89 pacientes que foram randomizados após alta hospitalar em dois grupos. O grupo experimental foi submetido a um programa de exercícios de 12 semanas, incluindo treinamento resistido duas vezes por semana e caminhadas diárias e o outro grupo, denominado grupo controle, recebeu apenas informações padronizadas de cuidados habituais. Os autores encontraram no grupo experimental aumento da função física e influência positiva no domínio físico da qualidade de vida relacionada à saúde.

Nos últimos anos, o benefício da pré-habilitação tem sido relatado na literatura oncológica, com destaque para intervenções direcionadas que podem reduzir a incidência e/ou gravidade de deficiências futuras, como complicações cirúrgicas reduzidas; menor tempo de internação hospitalar, readmissões hospitalares e custos gerais de saúde. Assim, a pré-habilitação do câncer é uma oportunidade de impactar positivamente os resultados financeiros e relacionados à saúde do paciente, desde o diagnóstico.

No momento pré-operatório para tratamento do câncer de bexiga, ensaios clínicos sugerem que um programa de exercícios composto por alongamentos, exercícios resistidos e aeróbicos são viáveis, seguros e resultam em melhora da força muscular, resistência e melhorias sustentadas na qualidade de vida relatada pelos pacientes desde a linha de base.

A literatura sugere também intervenções multimodais e multidisciplinares com exercícios domiciliares no preparo da cirurgia de cistectomia radical diminuindo o impacto negativo da cirurgia no estado funcional pós-operatório. Intervenções psicossociais também estão associadas a melhorias significativas nos níveis de ansiedade, fadiga, depressão, qualidade de vida relacionada à saúde geral e crescimento pós-traumático.

Desta forma é possível concluir que um programa de exercícios físicos tem um impacto positivo na qualidade de vida e na capacidade física de indivíduos com câncer de bexiga. Ainda assim, é claramente necessária uma maior investigação e criação de diretrizes clínicas de prescrição de exercícios em pacientes com câncer de bexiga, para que os profissionais de saúde conduzam planos de cuidados mais assertivos e individualizados.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022.
2. American Cancer Society. What Is Bladder Cancer? Last Medical Review: January 30, 2019. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/bladder-cancer/about/what-is-bladder-cancer.html>>. Acesso 08/08/2023 as 08:00.
3. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC Atividade Física e Câncer: Recomendações para Prevenção e Controle / Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC - São Paulo: SBOC, 2022.
4. Bhanvadia, S.K. Bladder Cancer Survivorship. *Curr Urol Rep.*, Nov, 9;19(12):111, 2018.
5. Remmant, et al. A systematic review of exercise and psychosocial rehabilitation interventions to improve health-related outcomes in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy [with consumer summary]. *Clinical Rehabilitation*, May;32(5):594-606, 2018.
6. Porserud A, et.al. The effects of a physical exercise programme after radical cystectomy for urinary bladder cancer. A pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, Stockholm Sweden, v. 28(5):451-459. June., 2015.
7. Banerjee, Srijit et al. Vigorous intensity aerobic interval exercise in bladder cancer patients prior to radical cystectomy: a feasibility randomised controlled trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, Germany, v. 26,5, may. 2017.
8. Gopalakrishna, Ajay et al. Physical activity patterns and associations with health-related quality of life in bladder cancer survivors. *Urologic oncology*, USA, v. 35,9. sept. 2017.

| ARTIGO COMENTADO URO-ONCOLOGIA



Alexandre Hidaka

Fellow em Uro-oncologia da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC



José Henrique D. Santiago

Assistente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC - Grupo de Uro-Oncologia



Robot-assisted Radical Cystectomy Versus Open Radical Cystectomy: A Systematic Review and Meta-analysis of Perioperative, Oncological, and Quality of Life Outcomes Using Randomized Controlled Trials

A cistectomia radical é uma das cirurgias mais complexas e de maior porte dentro da urologia. Nas últimas décadas com a ascensão da plataforma robótica, os reais benefícios na recuperação, desfechos oncológicos e de qualidade de vida permanecem incertos quando comparados a cirurgia aberta convencional.

Nesta revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados que compararam a abordagem aberta com a robótica levantados nas bases de dados da MEDLINE, EMBASE, web of science e clinicaltrials.com publicados até maio de 2022. Teve como desfecho primário a taxa de eventos até 90 dias pós-operatório. Como desfechos secundários foram feitas as análises de sobrevida, resultados cirúrgicos, oncológicos e de qualidade de vida (QoL).

Foram incluídos 17 estudos com 1024 participantes, sendo 509 do grupo aberto e 515 do grupo robótico. Oitenta por cento dos participantes eram do sexo masculino. Cinquenta e sete por cento possuíam doença musculo invasiva. Considerando a abordagem robótica, cinco estudos fizeram a derivação urinária extracorpórea e três, intracorpórea. Setenta e três por cento dos participantes utilizaram conduto ileal. Quatro estudos reportam seus resultados após a implementação do protocolo enhanced recovery after surgery (ERAS). Vemos uma amostra com doença menos agressiva quando comparada a amostra encontrada em nossa realidade, especialmente no cenário do sistema público de saúde.

A análise de heterogeneidade por métodos de modelo fixo e randômico permitiram concluir a homogeneidade da amostra, especialmente quando o autor agrupa os estudos dos estados unidos e do reino unido. Quanto ao risco de viés, o trabalho foi classificado como baixo risco, após análise pela ferramenta da cochrane (Cochrane Collaboration risk-of-bias (RoB2)).

Quanto ao desfecho primário do estudo, não foram observadas diferenças significativas nas taxas de complicações nos primeiros 90 dias pós-operatórios entre os grupos de cirurgia aberta e robótica.

A cirurgia aberta apresentou maior risco para maior tempo de internação (MD 0.21, 95% CI 0.03-0.39, $p=0.02$), risco de evento tromboembólico (OR 1.84, 95% CI 1.02-3.31, $p=0.04$), transfusão sanguínea (OR 2.35, 95% CI 1.65- 3.36, $p<0.001$). Enquanto a cirurgia robótica apresentou maior tempo cirúrgico (MD 76 min, 95% CI 39-112, $p<0.001$).

Não foram observadas diferenças na taxa de margem positiva (MD 1.07, 95% CI -1.73 to 3.86, $p=0.5$), sobrevida global ($p=0.9$) e sobrevida livre de progressão ($p>0.9$) após 36 meses de seguimento.

Quanto a qualidade de vida, somente 1 estudo não apresentou este desfecho. Entretanto, nos demais estudos foram utilizados diversos métodos e questionários para avaliação da qualidade de vida. Dessa maneira vemos que o autor teve dificuldades em avaliar este parâmetro. Ele optou por agrupar as avaliações por domínios. Encontrou significância somente nos domínios de bem-estar (SMD 0.47, 95% CI 0.29-0.65, $p<0.001$) e papel funcional (MD 8.8, 95% CI 2.4-15.1, $p=0.007$).

Esta é a maior metanálise sobre a recuperação pós cistectomia robótica e aberta até o momento. Ela nos mostrou melhores resultados da cirurgia robótica quanto ao risco tromboembólico, menor risco de sangramento e transfusão sanguínea, melhor recuperação do bem estar e funcional pós-operatório. Não foram observadas diferenças

nas complicações pós-operatórias, linfonodos removidos, margem positiva, sobrevida global e livre de progressão.

A indicação da plataforma robótica está relacionada a melhora precoce com menor tempo de internação hospitalar. Entretanto não houve diferença nas taxas de complicações pós-operatórias.

O estudo apresenta limitações. Não foram separados os pacientes que receberam derivação extra e intracorpórea no grupo de cirurgia robótica. Notamos um aumento nos estudos do grupo da cirurgia robótica nos últimos anos, o que pode implicar em melhores resultados futuros após a melhora da curva de aprendizado dos cirurgiões.

Como conclusão, o autor coloca que o uso da plataforma robótica pode ser empregada naqueles que desejam menor tempo de internação, perda sanguínea e naqueles com alto risco tromboembólico.

| PERGUNTAS RÁPIDAS, RESPOSTAS DIRETAS NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO MASCULINA, QUANDO REALIZAR SLING URETRAL OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL?



Carlos Bautzer

Assistente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC - Grupo de Urologia Geral



Na incontinência urinária de esforço masculina, quando realizar sling uretral ou esfíncter artificial?

1. Quais os fatores de risco pré operatórios que podem influenciar na escolha entre sling uretral masculino ou esfíncter artificial pós prostatectomia radical?

Os fatores de risco relevantes são: estado da continência pré operatória, cirurgia poupadora de nervos (“nerve-sparing”) ou não, visto que nos pacientes submetidos a prostatectomia radical sem preservação de nervos, o risco é 2,2 vezes maior de incontinência. Além disso, obesidade e idade avançada são fatores de piora do estado de continência após PR, bem como o comprimento uretral membranoso pré-operatório e antecedente de radioterapia. A radioterapia aumenta as taxas de incontinência, bem como aumenta a frequência de estenose de colo vesical.

2. Para quem é indicado o sling uretral?

O sling uretral apresenta os melhores resultados em pacientes masculinos com incontinência urinária de esforço leve a moderada, com uso de até 3 fraldas ao dia ou até 200g de perdas no pad test de 24 horas. Além disso, ele é contraindicado em casos de radioterapia prévia. Pacientes com menor dextreza manual podem ser candidatos ao sling, uma vez que não há necessidade de manipulação de nenhum dispositivo. O sling apresenta também melhor resultado em pacientes que apresentam algum grau de função esfinteriana residual e com maior complacência dos tecidos. Estas duas características podem ser avaliadas através de cistoscopia sob anestesia local, solicitando que o paciente contraia o esfíncter e observando a obstrução parcial do mesmo endoscopicamente, bem como observando a coaptação da uretra membranosa ao comprimir o períneo. Tal teste não é obrigatório e pode ser avaliado indiretamente somente perguntando ao paciente se o mesmo é capaz de interromper o jato urinário durante a micção.

3. O mecanismo de ação do sling e do esfíncter artificial é o mesmo?

Os mecanismos de continência proporcionados pelo sling e pelo esfíncter são diferentes. O esfíncter funciona como um manguito que comprime continuamente a uretra, sendo liberado apenas nos momentos da micção. Já o sling funciona através da compressão do bulbo uretral, deslocando e reposicionando a uretra para mais próximo do esfíncter que tem função residual. Além disso, ocorre aumento do

comprimento da uretra nessa porção, aumentando sua resistência. Desta forma, pacientes com sling podem ser submetidos a passagem de sondas uretrais sem dificuldade, enquanto que pacientes com esfíncter artificial devem ter o mesmo desativado para a passagem de sondas uretrais (do menor calibre possível)

4. Em caso de falha do sling, qual o melhor tratamento?

Em caso de falha do sling uretral, temos que considerar se a indicação pré operatória foi correta ou se houve erro técnico na colocação do esfíncter. É importante a fixação do sling em sua porção mais proximal ao nível da inserção do tendão central do períneo na uretra bulbar, de modo que a fita não “dobre” e perca a eficiência no deslocamento da uretra bulbar.

5. Qual é melhor, sling ou esfíncter artificial?

Apesar do esfíncter artificial ser considerado o “padrão-ouro” para tratamento da incontinência urinária aos esforços,

estudos mostram que as taxas de continência entre ambas são semelhantes quando a indicação e escolha dos pacientes está correta.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Constable LD, Cooper D, et al. Outcomes of a Noninferiority Randomised Controlled Trial of Surgery for Men with Urodynamic Stress Incontinence After Prostate Surgery (MASTER). *Eur Urol* 2021;79:812.
2. Bauer RM, Soljanik I, Füllhase C, et al. Mid-term results for the retroluminal transobturator sling suspension for stress urinary incontinence after prostatectomy. *BJU Int* 2011;108:94.
3. Comiter C. Surgery for postprostatectomy incontinence: which procedure for which patient? *Nat Rev Urol* 2015;12:91.
4. Meisterhofer K, Herzog S, Strini KA, et al. Male Slings for Postprostatectomy Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Focus* 2020;6:575.

Ouçá os
episódios do UroCast ABC
e fique por dentro de **temas importantes de destaque na Urologia nacional e internacional.**

Acesse agora mesmo nas diversas plataformas de streaming ou via spotify.



| PERGUNTAS RÁPIDAS, RESPOSTAS DIRETAS COMO ABORDAR O PACIENTE COM EJACULAÇÃO PRECOCE?



Leonardo Lins

Assistente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC -
Grupo de Medicina Sexual e Reprodutiva



Como abordar o paciente com ejaculação precoce?

O fato do Brasil apresentar taxas de transtornos ansiosos que chegam a quase 20% em algumas regiões, aliado à conhecida associação de ansiedade e stress como fatores de risco para ejaculação precoce (EP), faz natural a procura crescente de ajuda para esta condição.

O primeiro aspecto ao qual o urologista deve estar atento é o fato de que a maioria dos pacientes com EP demora muitas vezes um longo período de reflexão e exercício de coragem para levar a cabo a sua queixa no consultório médico.

Levar isto em consideração, ajuda o urologista entender que terá inicialmente o desafio de criar um ambiente amistoso em que o paciente se sinta seguro e à vontade para entrar nos aspectos intrínsecos deste tema e que são importantes para sua contextualização.

A compreensão do quanto o tempo para deflagrar a ejaculação está causando de angústia ao casal, assim como o grau de percepção de controle sobre o reflexo ejaculatório são mais importantes do que a cronometragem do tempo em si ou sua estimativa pelo paciente. A classificação do tipo de EP (por toda a vida, adquirida, situacional ou subjetiva), bem como, a intensidade da precocidade são importantes informações que norteiam o tipo de estratégia terapêutica a ser adotada.

Importante destacar que o diagnóstico da EP é clínico e que a realização de exames subsidiários se faz necessária apenas pontualmente a depender de alguma outra suspeita clínica que possa estar relacionada ao quadro principal.

As opções de tratamento com relevância clínica incluem desde educação do paciente até farmacoterapia, psicoterapia, terapia comportamental ou associação destas. O urologista deve orientar o paciente sobre as vantagens e desvantagens de cada uma e decidir em conjunto com o mesmo o tratamento mais apropriado. Incluir a parceira no processo terapêutico é uma opção que pode ser importante, mas não mandatória para o seu sucesso.

Importante ponto, ainda no âmbito do tratamento, é que o uso de I5PD sozinho ou em associação está contemplado como opção de tratamento para EP mesmo nos pacientes sem disfunção erétil. No entanto, naqueles com disfunção erétil associada é recomendado o tratamento da disfunção erétil primeiro.

Concluo enfatizando que o papel de outras modalidades alternativas propostas para o tratamento da EP, exercícios start-stop assistidos por vibrador, estimulação elétrica funcional transcutânea, estimulação transcutânea do nervo tibial posterior, acupuntura e prática de yoga precisam de mais evidências para serem consideradas no ambiente clínico.

REFERÊNCIAS

1. GUIDELINES, EAU. *Sexual and Reproductive Health*. Update March, 2023.
2. MANGOLINI VI, ANDRADE LH, WANG YP. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura, 2019.

| PERGUNTAS RÁPIDAS, RESPOSTAS DIRETAS NA PRÁTICA PRIVADA, A LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA MORREU MESMO?



**Eduardo
Mazzucchi**

Professor Livre Docente de Urologia. Chefe do Setor de Endourologia do HCFMUSP



Isabela Barros

Residente de Urologia do Hospital das Clínicas da FMUSP



Na prática privada, a litotripsia extracorpórea morreu mesmo?

A litotripsia extracorpórea (LECO) tem sido amplamente utilizada para o tratamento de cálculos renais desde a década de 1980. No entanto, nos últimos anos, tem havido uma diminuição significativa no uso dessa modalidade terapêutica em favor de abordagens endoscópicas, graças à evolução das tecnologias disponíveis na endourologia. Seria esse o motivo por trás do declínio da litotripsia extracorpórea?

A LECO é um procedimento não invasivo projetado para fragmentação de cálculos renais ou ureterais usando ondas de choque focadas de alta energia e baixa frequência. A técnica ganhou popularidade devido à sua natureza não invasiva e à rápida recuperação dos pacientes, porém possui limitações.

Sua eficácia depende do tamanho, localização e composição do cálculo. Fatores como obesidade e anatomia renal desfavorável influenciam negativamente nos resultados e, embora seja um procedimento não invasivo, a litotripsia extracorpórea não está isenta de riscos: dor e hematúria são comuns no pós-operatório e, em casos raros, complicações graves, como lesões e hematomas peri-renais são diagnosticados.

Apesar das limitações do método, esta é uma opção terapêutica que segue entre as principais escolhas de tratamento nos guidelines atuais. Seu baixo custo, a possibilidade de realizar o procedimento de maneira ambulatorial e as taxas de sucesso justificam sua resistência ao tempo. Com uma indicação precisa, como no tratamento dos cálculos de ureter distal, o sucesso da LECO pode atingir taxas de 95%, equiparando-se à ureteroscopia.

Um estudo prospectivo conduzido com 160 pacientes comparou a litotripsia e ureteroscopia para o tratamento de cálculos ureterais. 92,5% dos pacientes submetidos a LECO ficaram livres de cálculos, em comparação com 97,5% dos submetidos a ureteroscopia, sem diferença significativa. Foi observada a necessidade de um maior número de sessões para atingir tal resultado, porém com menor tempo de hospitalização e recuperação, resultando em menor custo.

É importante ressaltar que não só a ureteroscopia evoluiu ao longo dos anos, mas novas tecnologias têm sido incorporadas à LECO, buscando, principalmente, diminuir o número de sessões necessárias. A Burst Wave Lithotripsy é uma evolução da litotripsia extracorpórea. Utiliza ondas de choque focadas de alta energia para fragmentação, que são geradas em uma sequência de pulsos curtos e

intensos, chamados “burst waves” ao invés de pulsos únicos e longos usados na litotripsia extracorpórea tradicional. Esses pulsos curtos e intensos são capazes de criar uma pressão suficientemente alta para fragmentar os cálculos em pedaços menores, enquanto minimizam o dano aos tecidos circundantes.

Recentemente, a Universidade de Washington desenvolveu também a tecnologia de ‘Ultrasonic Propulsion’, que permite relocar cálculos. Harper et al. descreveu em 2016 sucesso na mobilização dos cálculos de 14 pacientes, entre os 15 avaliados. Essa técnica surge como uma possível ferramenta no tratamento dos cálculos do grupo calicial inferior, que ainda figuram como um desafio para a LECO.

As primeiras ureteroscopias foram realizadas em torno de 1910; 70 anos depois, a LECO surgiu como uma modalidade revolucionária no tratamento da litíase urinária no mundo. Porém, nas últimas décadas, essa corrida se inverteu e com o aparecimento dos ureteroscópios digitais, dos aparelhos de laser de alta potência e de material endourológico de melhor qualidade, que propiciam tratamento de cálculos cada vez

maiores em uma única sessão, surgiu o questionamento: ainda haverá lugar para a LECO?

A resposta é sim. Em casos selecionados, a LECO e suas novas variações, comprovou sua eficácia e custo-efetividade, devendo permanecer como uma opção terapêutica não só nos guidelines, mas na prática clínica, sobretudo em serviços de alta demanda com recursos financeiros limitados, uma vez que dispensa internação, anestesia geral e o uso de material descartável, entre outros recursos necessários para a realização da ureteroscopia que, apesar de representar um grande avanço, tem custos proibitivos para grande parte dos serviços de saúde de países em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923385/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10117400/>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10117400/#R33>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3912003/>

| PERGUNTAS RÁPIDAS, RESPOSTAS DIRETAS COM TANTAS NOVIDADES, A RTU DE PRÓSTATA VAI SUMIR?



**Alexandre Sibanto
Simões**

Assistente da Disciplina de Urologia do Centro Universitário
Centro Universitário FMABC - Grupo de Urologia Geral



A RTU de próstata vai sumir?

A RTU de próstata, introduzida em 1926 nos Estados Unidos por Maximilian Stern e posteriormente normatizada e difundida por Nesbit a partir de 1943, passou por diversas inovações ao longo de sua história, tornando-se o padrão-ouro para o tratamento da hiperplasia prostática. É considerada um método seguro, duradouro e eficaz.

Atualmente, no mercado, as opções de tratamento cirúrgico para hiperplasia prostática incluem a RTU de próstata monopolar (M-TURP) e bipolar (B-TURP), adenomectomias (abertas, laparoscópicas, robóticas), enucleação endoscópica com diferentes tipos de energia (Holep, Bipolep, Thulium), fotovaporização (Greenlight), procedimentos minimamente invasivos (Rezum, Urolift, iTind, Aquablation) e embolização prostática.

As novas técnicas minimamente invasivas, conhecidas como Mists, inicialmente eram alternativas para terapia medicamentosa e para pacientes com comorbidades, mas agora buscam competir diretamente com a RTU em próstatas de 30 a 80 ml. O Urolift pode ser usado em próstatas de até 70ml, o iTind em próstatas entre 40 e 50 gramas, e o Rezum em glândulas com volumes de até 100ml.

Diversas modalidades de lasers, como holmium, thulium, green light e diodo, são utilizadas no tratamento cirúrgico da hiperplasia prostática, com vantagens em termos de segurança e eficácia em comparação com a M-TURP e B-TURP. A comparação de resultados entre essas técnicas ajuda a determinar sua eficácia em relação ao padrão-ouro atual.

A enucleação endoscópica, especialmente o Holep, compete com a RTU em pacientes com próstatas maiores que 80-100ml, mas sua curva de aprendizado difícil e prolongada e altos níveis de complicações durante o treinamento são desafios. Por outro lado a rtu bipolar é um procedimento com curva de aprendizado bem menor e está disponível na maioria dos serviços. A RTU ainda mantém sua virtude nesse aspecto.

A fotovaporização com laser (Greenlight) é indicada para pacientes que não podem descontinuar a terapia de anticoagulação ou antiagregação plaquetária, oferecendo um tratamento eficaz e seguro, assim como as técnicas minimamente invasivas e a embolização em pacientes com essas comorbidades. Alguns estudos mostram que a fotovaporização é superior à M-TURP/B-TURP no que diz respeito ao tempo de cateterização e apenas à M-TURP, mas não à B-TURP no que diz respeito à taxa de transfusão e retenção de coágulos.

Para próstatas menores que 80-100 ml, a RTU ainda é considerada a técnica de referência, com a RTU bipolar preferível em próstatas maiores devido ao risco reduzido de complicações. A maior meta-análise publicada até hoje concluiu que a B-TURP em comparação com a M-TURP reduziu a síndrome pós- RTU e os eventos de transfusão de sangue respectivamente em 20 e 28 vezes menos eventos por 1000 participantes, respectivamente.

Em relação à recidiva e à necessidade de reintervenção, historicamente, a RTU apresenta uma taxa de re-RTU de aproximadamente 8% em 8 anos, mas observa-se um aumento mais recente, possivelmente devido a ressecções incompletas. A cirurgia aberta tem uma taxa de reintervenção cerca de 30% menor em comparação com a RTU, enquanto a fotovaporização tem uma taxa aproximadamente 57% maior em estudos recentes.

Além do volume prostático, a escolha da técnica cirúrgica deve levar em consideração a disposição do paciente em relação aos efeitos colaterais de cada tratamento, a experiência do cirurgião em cada técnica e a disponibilidade de recursos no local de trabalho. Cada modalidade tem seus méritos relativos.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDER, Cameron Edwin; SCULLION, Malo MF; OMAR, Muhammad Imran; et al. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic obstruction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 12, 2019.
2. GRAVAS, S. et al. Summary paper on the 2023 European Association of Urology Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms. *Eur Urol*, 84(2), 207-222, 2023.
3. GRATZKE C, BACHMANN A, DESCAZEAUD A, DRAKE MJ, MADERSBACHER S, MAMOULAKIS C, OELKE M, TIKKINEN KAO, GRAVAS S. EAU Guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol*, v.67, n.6, p.1099-1109, 2015.
4. AGREDA CASTAÑEDA, F.; BUISAN RUEDA, O.; AREAL CALAMA, J. J. The complications of the HoLEP learning curve. A systematic review. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020.
5. BURKE, Natasha; WHELAN, J. Paul; GOEREE, Linda; et al. Systematic Review and Meta-analysis of Transurethral Resection of the Prostate Versus Minimally Invasive Procedures for the Treatment of Benign Prostatic Obstruction. *Urology*, v. 75, n. 5, p. 1015-1022, 2010.
6. CORNU, Jean-Nicolas. Bipolar, Monopolar, Photovaporization of the Prostate, or Holmium Laser Enucleation of the Prostate: How to Choose What's Best? *Urologic Clinics of North America*, v. 43, n. 3, p. 377-384, 2016. (Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms and Benign Prostatic Hyperplasia).
7. ELSHAL, Ahmed M.; SOLTAN, Mohamed; EL-TABEY, Nasr A.; et al. Randomised trial of bipolar resection vs holmium laser enucleation vs Greenlight laser vapo-enucleation of the prostate for treatment of large benign prostate obstruction: 3-years outcomes. *BJU International*, v. 126, n. 6, p. 731-738, 2020.
8. GU, Chaohui; ZHOU, Naichun; GURUNG, Pratik; et al. Lasers versus bipolar technology in the transurethral treatment of benign prostatic enlargement: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *World Journal of Urology*, v. 38, n. 4, p. 907-918, 2020.
9. HUANG, Shi-Wei; TSAI, Chung-You; TSENG, Chi-Shin; et al. Comparative efficacy and safety of new surgical treatments for benign prostatic hyperplasia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, p. l5919, 2019.
10. KAMPANTAIS, Spyridon; DIMOPOULOS, Panagiotis; TASLEEM, Ali; et al. Assessing the Learning Curve of Holmium Laser Enucleation of Prostate (HoLEP). A Systematic Review. *Urology*, v. 120, p. 9-22, 2018.
11. LERNER LB, McVary, KT, BARRY MJ et al. Management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia: AUA Guideline part II, surgical evaluation and treatment. *J Urol*, v.206, p. 818, 2021.

| RESIDÊNCIA MÉDICA CIRURGIA ROBÓTICA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM UROLOGIA



**Antonio Corrêa
Lopes Neto**

Prof na Disciplina de Urologia no Centro Universitário FMABC/Chefe do grupo de litíase urinária e endourologia e Coordenador da Residência Médica em Urologia.



Fernando Korkes

Prof na Disciplina de Urologia no Centro Universitário FMABC/ Chefe do grupo de urooncologia e Coordenador do CABEM MAIS VIDAS.



A Residência em Urologia no Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC, no auge de seus 30 anos “de vida”, oferece um programa de excelência, caracterizado por uma quantidade enorme de procedimentos distribuídos em todos os Campos de Atuação que os residentes se encontram, sempre tutorados por um grupo de professores, preceptores e assistentes envolvidos com a Disciplina e que seguem todos os preceitos e protocolos pré -determinados pela Instituição. A grande maioria deste “corpo docente” é formado por ex-alunos e ex-residentes, o que reforça o vínculo de carinho e comprometimento com a Disciplina, gerando um ambiente produtivo e agradável. A Urologia é uma especialidade complexa, pujante e altamente tecnológica, o que gera custos e dificuldade de acesso a certas evoluções, principalmente nos serviços públicos. No entanto, sempre enfrentamos os desafios sem acomodação e buscamos resolvê-los através do nosso corpo de colaboradores que se utilizam de seus conhecimentos, empenho e oportunidades para viabilizar certas atividades.

Isto aconteceu recentemente com a cirurgia robótica, onde através do envolvimento principalmente do Profs Sidney Glina e Fernando Korkes, conseguimos instituir um programa de formação em cirurgia robótica na Disciplina de Urologia da FMABC.

Abaixo eles descrevem como esse processo se desenrolou e a logística para treinamento e capacitação.

A cirurgia robótica já é parte integrada atualmente da atuação do médico urologista que busca uma superespecialização. Considerando-se que já há mais de 100 plataformas robóticas em nosso país e no estado de São Paulo concentramos grande parte delas, entendemos como uma necessidade permitir o contato e a formação robótica de nossos residentes e fellows em uro-oncologia.

O maior desafio que enfrentamos é o fato de não dispormos atualmente de plataformas robóticas em nossos hospitais públicos na FUABC. E o treinamento de nossos residentes e fellows sempre foi praticamente todo realizado nos hospitais públicos que gerenciamos. Temos nestas instituições um volume muito grande de procedimentos realizados mensalmente. São centenas de cirurgias todas as semanas.

As cirurgias oncológicas já são em grande parte realizadas por via minimamente invasivas. Um pouco mais de metade das prostatectomias radicais e das cistectomias radicais que realizamos são através da via laparoscópica. Isto já torna nossos residentes em formação familiarizados com a cirurgia

minimamente invasiva. Para permitir o contato com a cirurgia robótica, temos já nos últimos anos

integrado nossos residentes aos procedimentos robóticos realizados em por nossos médicos assistentes da disciplina de urologia da FMABC, em sua prática privada. Neste contexto, cabe destacar a dedicação do Dr. Oseas Castro Neves Neto, que tem desempenhado importante papel. Com a consistência deste programa, entendemos que faria sentido concluirmos as demais etapas da certificação em cirurgia robótica.

Como a Disciplina de Urologia da FMABC já possuía parcerias com a Rede D'Or, foi possível o estreitamento destes laços. Conseguimos estabelecer para todos os residentes do último ano de urologia e para os fellows em uro-oncologia a realização

do programa de Capacitação em Cirurgia Robótica IDOR. Contamos com a inestimável colaboração da Dra. Fernanda Tovar-Moll, que viabilizou junto com toda a equipe IDOR esta parceria. Este programa consiste em treinamento teórico e treinamento em simulador de cirurgia robótica, realizados no IDOR. E o acompanhamento de procedimentos cirúrgicos realizados pela equipe de Professores e Assistentes da UroABC. Ao término do processo, os residentes recebem um certificado pré-clínico, reconhecido pelo CBC (Colégio Brasileiro de Cirurgiões) e pela SOBRACIL (Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica). Tão logo tenham realizado dez cirurgias como cirurgião principal sob tutela de um proctor, estarão então aptos a solicitar a certificação definitiva pela SBU.

Através de parcerias como estas e utilizando a criatividade para contornar os desafios do sistema, temos buscado na UroABC formar urologistas de excelência no aspectos relacionados ao atendimento clínico-cirúrgico, éticos, de docência e pesquisa. Esperamos ainda com a divulgação desta iniciativa estimular outros serviços de residência a capacitar os seus alunos.

Depoimento de nosso residente - Khalil Smaidi (R5 de Urologia URO-ABC):

A cirurgia robótica tem desempenhado um papel crucial na rotina do urologista moderno. Obter uma certificação em cirurgia robótica durante a residência médica em urologia é extremamente importante. Sou grato por esta oportunidade que recebi ao fazer parte da residência médica da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC. Nós, residentes do último de urologia, temos a possibilidade de nos certificarmos através da parceria com a Rede D'or, realizamos inicialmente o curso teórico, seguido do treinamento prático com simulador de cirurgia robótica e cirurgias desempenhadas pelos nossos assistentes. Acredito que ao anteciparmos esta etapa durante a residência nos preparamos para oferecer o melhor cuidado aos nossos pacientes.

Depoimento do fellow de uro-oncologia Uro-ABC - Rafael Ehrenfreund

A cirurgia robótica vem crescendo exponencialmente assim como o número de cirurgiões adeptos ao método. Essa

demanda acabou criando a necessidade de treinamento e capacitação dos cirurgiões para operarem a plataforma com segurança. A partir desta percepção e com este intuito, a Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC, de maneira inédita, custeou a certificação robótica para os Fellowships em Uro Oncologia e para os residentes do último ano da residência médica de Urologia (R5), sendo uma das pioneiras a realizarem este processo, visando o treinamento dos seus residentes, no Brasil.

A primeira etapa exigida da fase pré clínica foi a conclusão do curso da Intuitive pelo site da empresa para introdução do sistema robótico e do curso da SOBRACIL (Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica) através também de site próprio. Após a entrega do certificado, iniciei meu treinamento no simulador, um exemplo é o Symbionix (Endocompany®) junto com um membro da instituição especializado no manejo deste, previamente treinado e capacitado. A agenda para marcação do simulador foi aberta livremente, com total autonomia para agendar o treinamento sem que atrapalhe o cronograma de atividades do fellowship. Este foi realizado dentro do centro cirúrgico do Hospital São Luiz - Unidade Itaim, em sala própria para tal. A etapa de simulação foi considerada concluída após 40 horas de treinamento com pelo menos 80% de proficiência em todos exercícios do simulador, valendo destacar: exercícios de navegação da câmera, *clutching*, aplicação do 4º braço, aplicação de energia, sutura, percepção de profundidade e destreza manual.

Durante o tempo de simulação é necessário participar de ao menos 10 cirurgias robóticas como primeiro assistente, sendo pelo menos 7 delas na área de atuação. No meu caso tive o privilégio de acompanhá-las em sua totalidade com os *Staff* do grupo de Uro Oncologia do Departamento de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Para realização do treinamento teórico prático na plataforma robótica (*Inservice*) é necessário obrigatoriamente completar todas as etapas anteriores. Durante o *Inservice* o treinamento objetiva-se dominar: a arrumação e disposição da sala cirúrgica, o set-up do sistema, a colocação do drap robótico, a movimentação do carrinho robótico de paciente, o port placement, o docking, a resolução de eventuais problemas com a plataforma e os exercícios predeterminados: 1 - movimentação do terceiro braço, sutura e movimentação da câmera. A duração deste treinamento é de 3 horas e foi realizado em robô da plataforma Da Vinci Xi, também no centro cirúrgico do Hospital São Luiz - Unidade Itaim.

Agradeço o Departamento de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC pela oportunidade e confiança depositada em mim, em especial ao Prof Dr Sidney Glina, Dr Fernando Korke, Dr Oseas Castro Neves, Dr Frederico Timoteo e Dr Cristiano Pazeto que muito contribuem para minha formação e desenvolvimento como urologista, e tiveram papel fundamental para obtenção da minha certificação.

50% DOS HOMENS ACIMA DE 50 ANOS ENFRENTAM UM NÍVEL DE HPB*.¹

DUOMO
doxazosina

DUOMO HP
doxazosina + finasterida



DUOMO TRATA TODOS OS PERFIS DE PACIENTES COM HPB*.¹

OS SINTOMAS DA HPB* NÃO PODEM INTERFERIR NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES.²

A qualidade de vida do homem em 1º lugar.²

ÚNICO COM **3** APRESENTAÇÕES^{6,7}
PARA TODOS OS NÍVEIS DE HPB*²



2 mg e 4 mg:
Pacientes com LUTS**/HPB* com sintomas prostáticos moderados a graves, conforme avaliação do IPSS***.³⁻⁴

Duomo HP:
Pacientes com LUTS**/HPB* > 50 anos com volume da próstata > 30 g^{4,5}
PSA > 1,5 NG/ML ou com aumento palpável da próstata em DRE****.^{4,5}

Apresentações com 60 e 30 cápsulas.

*HPB: Hiperplasia Prostática Benigna. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms | Sintomas do Trato Urinário Baixo. ***IPSS: International Prostate Symptom Score | Escala Internacional de Sintomas Prostáticos. ****DRE: Exame Retal Digital.

Referências: 1. Garraway WM, Russell EB, Lee RJ, Collins GN, McKelvie GB, Hehir M, Rogers AC, Simpson RJ. Impact of previously unrecognized benign prostatic hyperplasia on the daily activities of middle-aged and elderly men. Br J Gen Pract. 1993 Aug;43(373):318-21. 2. Lerner LB, McVary KT, Barry MJ, Bixler BR, Dahm P, Das AK, Gandhi MC, Kaplan SA, Kohler TS, Martin L, Parsons JK, Roehrborn DG, Stoffel JT, Welliver C, Witt TJ. Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA GUIDELINE PART I-Initial Work-up and Medical Management. J Urol. 2021 Oct;206(4):806-817. 3. Yuan JQ, Mao C, Wong SY et al: Comparative effectiveness and safety of monodrug therapies for lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: a network meta-analysis version. 4. Dahm P, Brasure M, MacDonald et al: Comparative effectiveness of newer medications for lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2017; 71:570. 5. Boyle P, Roehrborn C, Gould L: Baseline serum PSA levels predict degree of symptom improvement following therapy of BPH with finasteride. Journal of Urology; 1997; 157: 134A.

Duomo® (mesilato de doxazosina) – Comprimido 2 mg e 4 mg – USO ORAL – USO ADULTO – **INDICAÇÕES:** hiperplasia prostática benigna (HPB); redução do fluxo urinário associado à HPB; hipertensão. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula; histórico de hipotensão ortostática; congestão ou infecção crônica do trato urinário; cálculos na bexiga; histórico de obstrução gastrointestinal e esofágica; hipotensão. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** hipotensão postural; síncope; edema pulmonar; insuficiência cardíaca, hepática e renal; inibidores de PDE-5; cirurgia de catarata; priapismo; câncer de próstata; crianças; gravidez; lactação. Categoria C de risco na gravidez. **CONTEM LACTOSE.** Duomo® (mesilato de doxazosina) é um medicamento. **Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.** **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** sildenafil; tadalafila; vardenafila; claritromicina; indinavir; itraconazol; cetoconazol; nefazodona; nefinavir; ritonavir; saquinavir; telitromicina; voriconazol; outros anti-hipertensivos. **REAÇÕES ADVERSAS:** infecções do trato respiratório e urinário; sonolência; vertigem; distúrbios do sangue, imunes, psiquiátricos e outros. **POSOLOGIA:** HPB: 1 mg a 8 mg/V0/dia; hipertensão: 1 mg a 16 mg/V0/dia. A dose pode ser aumentada gradativamente, conforme resposta do paciente. **PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA.** M.S.: 1.0043.1005. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR E/OU PRESCREVER MEDICAMENTOS.** ame@eurofarma.com.br.

CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** SILDENAFILA.

Duomo HP® (mesilato de doxazosina + finasterida) – cápsula dura 2 mg + 5 mg – USO ORAL – USO ADULTO – **INDICAÇÕES:** HPB com obstrução urinária ou com sintomas obstrutivos e/ou com sintomas irritativos; redução de risco de retenção urinária aguda e redução de riscos de intervenções cirúrgicas. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula e/ou a quinazolinas; mulheres; crianças; <18 anos; gravidez. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** pacientes com grandes volumes urinários residuais e/ou fluxo urinário drasticamente reduzido; recomenda-se a realização de toque retal bem como de outras avaliações para detecção do câncer da próstata; finasterida pode reduzir cerca de 50% as concentrações séricas de PSA em pacientes com HPB mesmo na presença de CA de próstata; insuficiência hepática; hipotensão postural; outras. Categoria X de risco na gravidez. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** a finasterida não parece afetar significativamente o sistema metabolizador de drogas ligado ao citocromo P-450. A maior parte (98%) do mesilato de doxazosina está ligada a proteínas plasmáticas. Duomo HP® é um medicamento. **Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.** **REAÇÕES ADVERSAS:** diarreia; tontura; dor de cabeça; vertigem; zumbido; outras. **POSOLOGIA:** 1 cápsula/dia obedecendo sempre o mesmo horário ao longo do tratamento. **PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA.** M.S.: 1.0043.1076. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR E/OU PRESCREVER MEDICAMENTOS.** ame@eurofarma.com.br, ame@eurofarma.com.

CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** DESCONHECIDO.

PON
DE
RE

PARA TRATAR A ANSIEDADE EM DIFERENTES PERFIS.^{1,3}

Pondera[®] XR
cloridrato de paroxetina



Pondera[®]
cloridrato de paroxetina



Antidepressivo ISRS com alto poder ansiolítico.²

APRESENTAÇÕES
EXCLUSIVAS:³



15 mg 25 mg 40 mg

“A ÚNICA MARCA QUE OFERECE 8 POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO”.³

ALTO PODER ANSIOLÍTICO, entre os 5 mais potentes
inibidores seletivos de recaptação de serotonina.²

O ÚNICO ISRS que trata os 5 transtornos de ansiedade
(TAG, PÂNICO, AGORAFOBIA, TOC, PÓS-TRAUMÁTICO).¹

1. Bula do produto Pondera XR. 2. Wagstaff AJ, Cheer SM, Matheson AJ, Ormrod D, Goa KL. Paroxetine: an update of its use in psychiatric disorders in adults. Drugs. 2002;62(4):655-703 3. Auditoria IQVIA PMB e Close-up Julho/2023

Pondera XR (cloridrato de paroxetina) – Comprimido de liberação modificada 12,5mg e 25mg – USO ORAL – USO ADULTO – **INDICAÇÕES:** transtorno depressivo maior; transtorno do pânico; transtornos de ansiedade social; transtorno disfórico pré-menstrual. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula; IMAOs; tioridazina; pimozida; <18 anos; gravidez. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** ideação suicida; hostilidade; acatisia; síndrome serotoninérgica; mania; transtorno bipolar; fratura; insuficiência renal e hepática; epilepsia; convulsões; glaucoma; electroconvulsoterapia; hiponatremia; hemorragia; doenças cardíacas; descontinuação do tratamento; lactação. Categoria D de risco na gravidez. **Pondera XR (cloridrato de paroxetina)** é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** drogas serotoninérgicas; fosamprenavir; ritonavir; prociclidina; bloqueadores neuromusculares; drogas metabolizadas pela CYP2D6; outras. **REAÇÕES ADVERSAS:** náusea; disfunção sexual; astenia; sudorese; constipação; boca seca; vertigem; cardiovasculares e urinários; outras. **POSOLOGIA:** 12,5 mg a 75mg/V.O/dia. PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA. M.S. 20mg: 1.0043.0637. M.S. 15mg e 25mg: 1.0043.0947. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SO PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR OU PRESCREVER MEDICAMENTOS. ame@eurofarma.com.br.

Pondera (cloridrato de paroxetina) – Comprimido revestido 10mg, 20mg e 30mg – USO ORAL – USO ADULTO – **INDICAÇÕES:** depressão; transtornos de ansiedade. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula; IMAOs; tioridazina; pimozida; <18 anos; gravidez. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** ideação suicida; hostilidade; acatisia; síndrome serotoninérgica; mania; transtorno bipolar; fratura; insuficiência renal e hepática; epilepsia; convulsões; glaucoma; electroconvulsoterapia; hiponatremia; hemorragia; doenças cardíacas; descontinuação do tratamento; lactação. Categoria D de risco na gravidez. **Pondera (cloridrato de paroxetina)** é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** drogas serotoninérgicas; fosamprenavir; ritonavir; prociclidina; drogas metabolizadas pela CYP2D6; bloqueadores neuromusculares; outras. **REAÇÕES ADVERSAS:** náusea; disfunção sexual; astenia; sudorese; constipação; boca seca; vertigem; cardiovasculares e urinários; outras. **POSOLOGIA:** 20mg a 60mg/V.O/dia, a depender da indicação. A dose deve ser ajustada para populações especiais. PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA. M.S. 20mg: 1.0043.0637. M.S. 15mg e 25mg: 1.0043.0947. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SO PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR OU PRESCREVER MEDICAMENTOS. ame@eurofarma.com.br

Pondera e Pondera XR (cloridrato de paroxetina) são medicamentos. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.
CONTRAINDICAÇÕES: hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** drogas serotoninérgicas.