EDIÇÃO ESPECIAL

APU 2021 CONGRESSO
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

EPIC SANA LISBOA HOTEL
25 - 28 NOVEMBRO, 2021

26 NOVEMBRO
sexta-feira

Aceda à versão digital

UROLOGIA ACTUAL

CONGRESSO INTENSO E CENTRADO NA INOVAÇÃO









A Comissão Organizadora do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2021 orgulha-se de ter conseguido concretizar um programa científico intenso e voltado para o futuro que já marca o presente da Urologia, tendo como eixos orientadores a investigação portuguesa, a multidisciplinaridade e a internacionalização (P.3). A reunião arrancou ontem, com três cursos dedicados às biópsias prostáticas dirigidas (P.4), ao papel do estudo urodinâmico nas disfunções miccionais (P.6) e à enucleação prostática com laser Holmium (P.7). Seguiu-se a 3.ª Reunião Ibérica de Internos de Urologia, na qual foram partilhados conselhos para obter êxito na carreira urológica (P.8). O programa científico prossegue hoje com a primeira *Masterclass* de Cirurgia Robótica da APU (P.10), cujos preletores estão entre as maiores referências mundiais desta área, e mesas-redondas dedicadas às inovações no tratamento do cancro da bexiga/carcionoma urotelial (P.12) e do cancro renal (P.14)

Jornal da:
Associação Portuguesa de Urologia
www.apurologia.pt

PUBLICIDADE



A Urologia do futuro está no Congresso APU 2021

Convido-vos a participar no Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2021, organizado sob o mote "*FUTURE UROLOGY TODAY*". **Vamos ter a oportunidade de apreciar o trabalho de jovens urologistas portugueses que fazem investigação de excelência em Portugal, na Europa e nos Estados Unidos** (foram selecionados para apresentação 127 pósteres e 27 vídeos)!

Sensibilizo-vos também para a **multidisciplinaridade e internacionalização desta reunião**, para a qual, entre outros destacados especialistas, convidámos:

- Rick Popert (*transperineal systematic/targeted prostate biopsy*);
- Angelo Cafarelli (*real-time transmission HoLep surgery*);
- Alex Mottrie (*Robotic radical cystectomy: Why? Why not?*);
- Peter Wiklund (*Intra-corporeal urinary diversion: Why? Why not?*);
- Francesco Montorsi (*Is there a better way to do nerve preservation?*).

São também especiais os nossos convidados oncologistas e uroginecologistas, com quem partilhamos muitos doentes. Peço a vossa especial atenção para a *oncology room*, na qual serão abordados vários temas: "*Prostate cancer: diagnosis and staging*"; "*Prostate cancer: localized disease*"; "*Prostate cancer: locally advanced and metastatic disease*"; "*Testicular cancer – references centers*"; "*Renal cancer*" e "*Bladder cancer and urothelial carcinoma*".

Os uroginecologistas terão um programa particularmente forte, do qual destaco os convidados internacionais:

- Ailton Fernandes (*current state of treatment of EUI for intrinsic sphincter deficiency*);
- Sebastian Ludwig (*Cesa/Vasa*);
- Márcio Augusto Averbeck (*augmentation cystoplasty*);
- Cassio Riccetto (*how to prevent and treat late complications of anti-incontinence surgeries*);
- Eduardo Bataller Sánchez (*meshless vaginal surgery*);
- Javier Cambronero (*vaginal mesh surgery*);
- Hugo Davila (*robotics*);
- Luis López-Fando (*management in vaginal mesh exposure extrusion*);
- Nucélio Lemos (*surgical approach to chronic pelvic pain*).



Luís Campos Pinheiro
Presidente da Comissão Organizadora do Congresso APU 2021
Diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José

Francisco Martins é o presidente da Society of Genitourinary Reconstructive Surgeons (GURS) e honrou-nos com a realização de uma sessão conjunta APU/GURS, que vai discutir tópicos particularmente interessantes: "*Devastated bladder outlet following prostate cancer treatments*"; "*Post turp recurrent stenosis*"; "*Crossfire on female urethral strictures*". Nesta sessão, intervêm palestrantes internacionais de "primeira água": Kurt McCammon, Henriette Veiby Holm e Nicolaas Lumen.

Mas, **com enfoque no quanto o futuro da Urologia é essencial, "a menina dos nossos olhos" é a *Residents Meeting – Iberian Session***, realizada ontem, na qual tivemos a oportunidade de ouvir, em discurso direto, as experiências de jovens portugueses que trabalharam ou trabalham nos melhores centros internacionais (Ricardo Leão, Lorenzo Marconi, Rui Farinha, Filipe Carvalho e Ricardo Soares). Na mesma sessão, Pablo Juárez del Dago partilhou pistas para ter sucesso em Urologia.

Este ano, seremos acompanhados pelo ***International Nurse Course*, no qual veremos nascer a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urologia!** No programa do Congresso APU 2021, também têm lugar a litíase e a urologia funcional, com programas virados para uma urologia moderna.

***Last but not least*, a "joia da coroa" é a *Materclass in Robotic and Laparoscopic Surgery*, intitulada "*Controversies in robotic urological surgery*"**, que decorre hoje, sexta-feira. A "nata" da laparoscopia e da robótica portuguesa e europeia estarão presentes.

Este é **um congresso intenso e forte, que dá uma grande primazia à discussão científica entre colegas nacionais e internacionais**, jovem urologistas e urologistas estabelecidos, bem como oncologistas e uroginecologistas.

Acreditamos na investigação portuguesa, na multidisciplinaridade e na internacionalização da Urologia, que são os eixos orientadores da organização deste congresso.

Espero que compareçam com o vosso saber e experiência!

Ficha Técnica

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Propriedade:
Associação Portuguesa de Urologia
Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A
1200-288 LISBOA
Tel.: (+351) 213 243 590
apu@apurologia.pt/www.apurologia.pt
Editor do jornal: Rui Pinto
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com
Depósio Legal: N.º 338826/12

Edição:
esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS
Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar), 1600-880 Lisboa
Tlf.: (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107 ■ geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt ■ issuu.com/esferadasideias01
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt) e Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Textos: Madalena Barbosa, Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis
Fotografias: Rui Santos Jorge e Rui Velindro
Design/Web: Herberto Santos e Ricardo Pedro
Colaborações: Andreia Jesus, Cláudia Azevedo e Rui Coelho

Patrocinadores desta edição:
astellas · Janssen Oncology · MERCK · Pfizer · RECORDATI · tecnimede

Técnicas inovadoras para as biópsias prostáticas



João Magalhães Pina, Rick Popert, Lorenzo Marconi e Paulo Jorge Dinis

No curso "*mpMRI-Fusion Targeted Prostate Biopsies*", os formandos ficaram a saber mais sobre as novas técnicas para a realização de biópsias prostáticas dirigidas que começam a ganhar terreno em Portugal, sobretudo as que recorrem à ressonância magnética multiparamétrica (RMmp) e são realizadas pela via transperineal.

Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis

Nos últimos anos, a biópsia transperineal da próstata tem vindo a tornar-se na técnica recomendada, em detrimento da biópsia por via transretal. Segundo João Magalhães Pina, urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José, essa mudança de paradigma deve-se, sobretudo, à redução do número de infeções associada a esta abordagem. "Cada vez há mais resistência aos antibióticos, por isso, a tendência é sermos menos invasivos e prescrevermos o mínimo possível de antibioterapia. A biópsia transperineal não trespassa a parede do reto, que é uma fonte de contaminação bacteriana muito importante, pelo que está menos associada ao risco de infeções", sublinha o formador, que assegurou a palestra introdutória.

Na intervenção seguinte, Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, abordou o contributo da RMmp para a otimização dos resultados da biópsia da próstata. "Até recentemente, utilizávamos uma estratégia de diagnóstico 'cega', baseada nas biópsias sistemáticas da próstata. Atualmente, a RMmp permite identificar grande parte dos tumores clinicamente significativos, reduzindo o número de biópsias desnecessárias, otimizando a estratificação de risco e reduzindo a deteção de carcinomas indolentes", destaca o formador.

No curso, Lorenzo Marconi partilhou indicações sobre como ler e interpretar uma RMmp segundo o *Prostate Imaging-Reporting and Data System* (PI-RADS) versão 2.1, um sistema de codificação e classificação usado, sobretudo, pelos radiologistas, mas com o qual "os urologistas devem familiarizados, para facilitar o dialogo interdisciplinar e melhorar a performance das biópsias dirigidas". Este formador também referiu algumas limitações da RMmp, nomeadamente a dificuldade de identificação de alguns padrões de tumores mais agressivos ou tumores de dimensões mais reduzidas.

Biópsia transperineal dirigida e sistemática

Por seu turno, Paulo Jorge Dinis, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, incidiu sobre a realização de biópsia prostática nos casos em que a RM não levanta suspeitas. "Avançamos para a biópsia baseados em critérios como a elevação e a densidade do antigénio específico da próstata [PSA], a idade do doente e os resultados do exame físico. No entanto, hoje em dia, também nos guiamos muito pela RM, que tem um valor preditivo positivo bastante elevado para cancro clinicamente significativo", contextualiza o formador.

Contudo, há um problema – "é possível que exista tumor com uma RM negativa e que não exista com uma RM que levanta suspeitas". O que fazer, então, quando existe suspeita clínica, mas a RM é negativa? Paulo Jorge Dinis responde: "Temos de atender ao valor preditivo negativo do exame e é óbvio que isso varia com a experiência de quem o faz, entre outros fatores. No entanto, em termos clínicos, se a suspeita for elevada, devemos realizar biópsia da próstata mesmo que a RM seja negativa."

Em seguida, Rick Popert, um dos impulsionares a nível mundial da biópsia transperineal, apresentou a técnica que desenvolveu para realizar este procedimento com anestesia local. O urologista no Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, no Reino Unido, explicou o procedimento que permite ligar as imagens da RM às imagens de ultrassom, criando uma fusão para biópsias direcionadas. Desde 2018, esta técnica tornou-se ainda mais eficaz devido ao sistema de acesso transperineal denominado "*Precision Point*".

"Atualmente, conseguimos realizar biópsias da próstata direcionadas com muito mais conforto para o doente, sob anestesia local, que são menos invasivas, porque não implicam tantas perfurações. Essa é a principal vantagem da técnica transperineal, que estamos a usar cada vez mais", afirma Rick Popert. Este formador refere ainda que há espaço para a utilização da biópsia transperineal sistemática, até porque "é necessário ter a certeza de que não há alterações anormais na próstata além das áreas afetadas pelo tumor". O curso terminou com uma sessão *hands-on*, na qual os formandos, com a ajuda dos quatro coordenadores, tiveram oportunidade de manusear os simuladores e treinar a realização de biópsias prostáticas em modelos de silicone ou borracha.

Os quatro formadores do curso explicam as vantagens das biópsias prostáticas por via transperineal e a importância da ressonância magnética

MENSAGENS-CHAVE DE RICK POPERT

"É possível realizar biópsias transperineais direcionadas sob anestesia local, com ou sem fusão, assim como biópsias sistemáticas com uma técnica de perfuração mínima."

"Como podemos realizar biópsias sistemáticas com muito conforto para o doente, sob anestesia local, não há razão para não fazermos mais biópsias. Recomendo a biópsia sistemática em adição à biópsia direcionada."

PUBLICIDADE





Ricardo Pereira e Silva, Luís Abranches Monteiro e Miguel Silva Ramos

Curso de urodinâmica aplicada à disfunção miccional

O curso "*The Urodynamics of Voiding*", realizado ontem, teve como principal objetivo alertar para os erros mais comuns, os limites destes exames de diagnóstico e os desafios associados ao estudo pressão-fluxo.

Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis

O curso de urodinâmica aplicada às disfunções miccionais é uma das novidades deste Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU). "A urodinâmica é a principal forma de avaliarmos até que ponto existem patologias mais obstrutivas, pensando, principalmente, no número cada vez maior de bexigas que contraem muito deficientemente, contribuindo para um mau esvaziamento, um jato fraco e para o início de tantas outras queixas urinárias", introduz Luís Abranches Monteiro, presidente da APU e diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/ /Hospital de Egas Moniz, acrescentando que "muitas dessas queixas podem evoluir para infeções urinárias de repetição e, em casos mais extremos, para perda progressiva da função renal".

Depois da introdução e da apresentação dos principais conceitos e da componente física da urodinâmica, seguiram-se várias preleções nas quais a pressão-fluxo esteve em destaque, para tentar dar respostas a questões que não são lineares. "Nas diferentes fases do estudo urodinâmico, a avaliação da relação pressão-fluxo é, sem dúvida, a que oferece mais dúvidas no diagnóstico, que está mais sujeito a problemas técnicos e a alguns artefactos que podem prejudicar gravemente as conclusões", frisa Ricardo Pereira e Silva, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. Ainda na vertente da pressão-fluxo, além da explicação dos diversos nomogramas, foi abordada a bexiga neurogénica, até porque "ter disfunções miccionais mais complexas na sua génese é um paradigma do doente neurológico", justifica o formador.

As boas práticas de urodinâmica estiveram em foco neste curso, com os formadores a chamarem a atenção para alguns erros comuns associados à realização destes exames. "Algumas falhas relacionam-se com a calibração, mas também há erros de interpretação da curva de pressão abdominal", indica Ricardo Pereira e Silva. E exemplifica: "Se a pressão abdominal cair durante a fase miccional, podemos, erradamente, medir a pressão do detrusor que parece normal, com a bexiga a contrair, quando o que está a acontecer é um erro de leitura."

Limites do estudo urodinâmico

Além dos erros a que os urologistas devem estar atentos durante o exame de urodinâmica, o curso teve ainda uma parte dedicada às limitações deste método de diagnóstico. "Queremos visualizar a razão pela qual os doentes têm determinado tipo de sintomas, no entanto, o exame é uma amostra temporal limitada e, durante a sua realização, pode não ser apresentada uma manifestação urodinâmica dos sintomas", afirma Miguel Silva Ramos, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António.

Algumas boas práticas de urodinâmica indicadas pelos formadores do curso

Para ilustrar este problema no curso, o formador indicou exemplos de doentes com sintomas de bexiga hiperativa que têm urgência miccional, nos quais, durante a realização do exame, não surgiram contrações involuntárias ou sintomas de urgência. "No entanto, não termos evidência não significa que o doente não tenha realmente sintomas", vinca Miguel Ramos, que, no curso, também falou sobre a disfunção de esvaziamento nas mulheres, "um problema cada vez maior e de difícil diagnóstico".

Nesta formação, foram ainda abordados os princípios fundamentais para a elaboração de um relatório de urodinâmica. Em jeito de balanço, Luís Abranches Monteiro destaca a vertente da medicina personalizada que esteve em evidência ao longo do curso, nomeadamente o seu papel no prognóstico das doenças. "Um doente com as mesmas queixas de outro pode não ter necessariamente o mesmo tratamento e a urodinâmica permite-nos aproximar da terapêutica ideal da disfunção miccional", conclui o presidente da APU.

CERTIFICAÇÃO DA INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS)

Devido à pandemia de COVID-19, nos últimos dois anos, não houve formações de urodinâmica a nível nacional, daí a inclusão deste curso avançado no Congresso APU 2021, com "a enorme vantagem" da certificação internacional da ICS. "No mundo inteiro, as certificações com mais fiabilidade e nas quais as pessoas mais confiam no âmbito da urodinâmica são as da ICS", sublinha Luís Abranches Monteiro, que integra o Comité de Urodinâmica da ICS. Ricardo Pereira e Silva acrescenta: "É um orgulho para nós termos organizado este curso certificado pela maior associação internacional de continência, o que conferiu um valor acrescentado para os formandos. Este foi o primeiro passo de um curso que esperamos que se torne anual."

Enucleação prostática com recurso a laser

Esclarecer as vantagens da enucleação prostática com recurso a laser, nomeadamente ao Holmium, uma técnica que progressivamente ganha espaço em Portugal, foi o mote do Curso III. Além dos conceitos teóricos essenciais, os formandos puderam assistir, em direto, à execução da técnica cirúrgica, que também treinaram em simuladores digitais.

Pedro Bastos Reis



Kris Maes, Pedro Baltazar, Angelo Cafarelli, Matteo Talle e Luís Severo

Segundo Luís Severo, urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/ /Hospital de São José (CHULC/HSJ), um dos principais objetivos do curso foi divulgar as vantagens da enucleação prostática com recurso a laser, que ainda não é muito utilizada em Portugal. "Esta técnica permite que o doente seja operado com mais segurança e rapidez, com menor perda de sangue e com menos tempo de internamento, permitindo um regresso mais rápido à vida ativa e social", destaca o formador, afirmando que "a futura generalização desta técnica contribuirá para a redução de custos no Serviço Nacional de Saúde".

No curso, Kris Maes, diretor do Serviço de Urologia do Hospital da Luz Lisboa, falou sobre as vantagens, as componentes básicas e físicas, a interação e a segurança dos tecidos, entre outros aspetos relativos à enucleação prostática com laser. Este formador pormenorizou as opções existentes, nomeadamente os lasers Holmium, o Moses (versão mais recente do Holmium) e o KTP GreenLight, destacando o seu papel no tratamento da hiperplasia benigna da próstata (HBP).

"A enucleação prostática com recurso a laser Holmium (HoLEP, na sigla inglesa) tem a vantagem de fazer um corte muito fino e uma dissecação muito precisa, o que é fundamental, sobretudo, para dissecar o apéx da próstata, a parte mais importante da obstrução. Se tirarmos bem esta parte, teremos melhores resultados cirúrgicos", sublinha Kris Maes. No entanto, esta técnica também tem limitações. "Normalmente, consideramos como indicação para a HoLEP próstatas com até 100 a 120 gramas. Para próstatas maiores, há outras técnicas mais indicadas", explica o formador. Já o laser KTP GreenLight é mais indicado para vaporização nos doentes de idade mais avançada. "Há lugar para todos os tipos de laser, mas o Holmium tornou-se no novo gold standard", afiança Kris Maes.

Aprendizagem da HoLEP

A ressecção transuretral da próstata e a adenomectomia prostática por via aberta "são ainda consideradas primeiras opções no tratamento da HBP", refere Pedro Baltazar, urologista no CHULC/HSJ. Contudo, nos últimos anos, tem havido "um desenvolvimento e um interesse progressivo por técnicas minimamente invasivas". É nesse contexto que a HoLEP começa a ganhar cada vez maior importância. "Entre as técnicas minimamente invasivas que estão a ser desenvolvidas, esta é, de longe, a que apresenta maior nível de eficácia com um excelente perfil de segurança, pois tem como grande vantagem permitir a remoção de um grande volume prostático, sem recurso a incisões cirúrgicas", destaca o formador. No entanto, trata-se de "uma técnica cirúrgica mais demorada e que exige experiência em endourologia e uma aprendizagem que nem sempre é fácil", alerta Pedro Baltazar.

Por isso mesmo, os formandos deste curso tiveram a oportunidade de receber conselhos práticos de Angelo Cafarelli, diretor do Centro de Urologia Robótica e Minimamente Invasiva de Villa Igea, em Ancona, Itália, que já tem 15 anos de experiência com a HoLEP. "O primeiro passo para aprender esta técnica é escolher um bom tutor. Depois, importa escolher o melhor instrumento e o melhor laser. Com a prática e muita paciência para aprender, esta pode tornar-se uma técnica fácil de manejar, com excelentes resultados no tratamento da HBP. Podemos ser mais subtis e mais precisos na cirurgia, para que o doente mantenha uma boa qualidade de vida após o procedimento", defende o formador italiano.

O curso encerrou com uma sessão hands-on, na qual os formandos puderam treinar a sua destreza manual na execução da HoLEP através de simuladores digitais, seguindo os procedimentos demonstrados na cirurgia transmitida ao vivo (ver caixa) e nas preleções teóricas.

Os formadores explicam as vantagens da HoLEP e os desafios da aprendizagem desta técnica

Cirurgia ao vivo transmitida do Hospital de São José



No bloco cirúrgico do Serviço de Urologia do Hospital de São José, Pedro Baltazar e Angelo Cafarelli realizaram uma enucleação prostática com recurso a laser Holmium (HoLEP), que foi transmitida em direto para a sala do Congresso APU 2021 onde se encontravam os formandos do Curso III. O procedimento foi realizado num doente com uma próstata de volume entre 70 a 80 gramas, que não estava cronicamente algaliado. "Selecionámos um caso-padrão das nossas consultas, que corresponde a 80% dos doentes com HBP com indicação para tratamento cirúrgico", explica Pedro Baltazar.

3.ª Reunião Ibérica de Internos de Urologia



Mário Lourenço, Lorenzo Marconi, Rui Bernardino, Elena Seguí, Filipe Carvalho, Ricardo Leão e Rodrigo Ramos

Organizada pelo Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU) e pelo Grupo de Residentes y Jóvenes Urólogos de la Asociación Española de Urología (RAEU), decorreu ontem a 3.ª Reunião Ibérica de Internos de Urologia. Com o apoio da Astellas e da Bayer, o evento discutiu o que um interno de Urologia deve ambicionar para ser internacionalmente competitivo, assim como diferentes visões de êxito em Urologia.

Marta Carreiro

A 3.ª Reunião Ibérica de Internos de Urologia permitiu "retomar o *networking* presencial, que tem sido impedido pela pandemia, mas é uma ferramenta fundamental para os internos se conhecerem uns aos outros", sublinha Rui Bernardino, presidente do NIAPU. Sobre o programa, o interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José destaca as sessões "fora dos temas tradicionais urológicos", que foram ao encontro das expectativas e interesses dos internos. "Uma vez que o Congresso da APU 2021 tem um programa científico muito variado, com oradores nacionais e internacionais de renome nas suas áreas, optámos por um formato prático e que ajudasse os internos."

Nesse sentido, cinco urologistas portugueses que fizeram parte da sua carreira fora de Portugal falaram sobre essa experiência, com o intuito de "mostrar as principais diferenças entre a realidade nacional e a de outros países, assim como as possibilidades que existem para quem procura uma carreira com outras vertentes", resume o presidente do NIAPU. Ricardo Leão (ver caixa), Lorenzo Marconi, Rui Farinha, Filipe Carvalho e Ricardo Soares foram os urologistas convidados a partilhar as suas experiências fora de Portugal, destacando as características de um currículo científico e cirúrgico internacionalmente competitivo no âmbito da Urologia.

Segundo Elena Seguí, presidente do RAEU, também os internos de Urologia espanhóis demonstram interesse em saber que opções terão ao seu dispor após o internato. "Além do excelente programa da reunião, foi importante a interação que se gerou entre os participantes. Portugal e Espanha são países vizinhos, que têm muito a ganhar com estas colaborações, que também podem abranger a realização de trabalhos conjuntos e o intercâmbio de estágios."



A recém-especialista em Urologia, que exerce no Hospital General de Villarrobledo, em Albacete, Espanha, também considera fundamental a componente de *networking*. "É muito importante perceber como podemos contribuir para a melhor prática da Urologia em cada país. Acima de tudo, espero que os participantes tenham aproveitado ao máximo esta oportunidade para estreitar contactos que poderão ser úteis no futuro."

Além de um *uro-quiz*, que promoveu a interação entre os presentes, a 3.ª Reunião Ibérica de Internos de Urologia incluiu ainda a conferência de **Pablo Juárez del Dago**, diretor médico do Gabinete de Urologia e Andrologia de Las Palmas, nas Ilhas Canárias, que refletiu sobre as diferentes formas de sucesso em Urologia. O orador começou por abordar as "dúvidas e receios" relativamente ao caminho que os jovens urologistas podem seguir. "Para obter êxito, em primeiro lugar, devemos valorizar o nosso trabalho; depois, é necessário estabelecer objetivos concretos", aconselhou.

Por exemplo, para alguns, o sucesso pode estar no percurso tradicional, de terminar o internato e começar a trabalhar num hospital público; para outros, poderá estar também na investigação e publicação de artigos. "O mais importante é não esquecer que existem muitas oportunidades e dedicar algum tempo a explorar cada uma delas permitirá encontrar o caminho que melhor satisfaz os objetivos de cada um", defende o também membro da equipa de robótica do Instituto de Cirurgia Urológica Avançada, em Madrid.

Destaques das entrevistas em vídeo com Rui Bernardino, Elena Seguí, Ricardo Leão e Pablo Juárez del Dago

RELATO DE UM *FELLOWSHIP* EM TORONTO

"O meu interesse em realizar formação no estrangeiro deu-se quando iniciei o doutoramento. Optei por fazer formação clínica em conjunto com investigação fora de Portugal, uma vez que, no nosso país, essa conjugação é difícil e pouco valorizada. Assim, candidatei-me a um *fellowship* de Oncologia Urológica da American Urological Association, que me permitiu trabalhar no Princess Margaret Cancer Centre, da Universidade de Toronto. Lá, onde trabalhei cerca de quatro anos, foi-me dada a oportunidade de ter diferentes tempos alocados à investigação e à prática clínica e cirúrgica.

Esta formação permitiu-me desenvolver competências clínicas e de investigação em uro-oncologia, bem como estabelecer redes de colaboração e trabalho internacionais. A minha dedicação e as possibilidades que me foram proporcionadas levaram-me a integrar comités de *guidelines* e grupos de trabalho da European Association of Urology e da European Society for Medical Oncology. Hoje em dia, quem quiser ter uma carreira com visibilidade internacional não pode limitar a sua atividade à vertente clínico-cirúrgica." Ricardo Leão, urologista no Hospital de Braga e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Instantes

















VER MAIS FOTOGRAFIAS COM INSTANTES DO CONGRESSO APU 2021

8h00 - 13h00

Controvérsias em cirurgia robótica

Com um programa abrangente e destinado a todos os urologistas, a *1st Robotic Surgery APU Masterclass* conta com um painel de referências internacionais nesta área. Os peritos incidirão sobre os *hot-topics* e as controvérsias da cirurgia robótica em Urologia, apresentando dicas e truques fundamentais para a realização de nefrectomias parciais, cistectomias e prostatectomias radicais assistidas por robô.

Pedro Bastos Reis


Alex Mottrie


Kris Maes


Francesco Montorsi


Peter Wiklund


Pàvlos Pavlàkis

O programa da *masterclass* começa pela nefrectomia parcial, com Alex Mottrie, responsável pelo Departamento de Urologia do OLV Hospital, em Aalst, Bélgica, a abordar o papel da renorrafia e até onde se pode ir com este procedimento cirúrgico. De seguida, Kris Maes, diretor do Serviço de Urologia do Hospital da Luz Lisboa, aprofunda as diferenças entre a nefrectomia parcial transperitoneal e retroperitoneal. "Utilizo as duas técnicas e considero que o acesso retroperitoneal, apesar de mais complicado, é mais seguro nos tumores posteriores do rim. Na sessão, vou explicar como insuflar, como procurar e criar espaço, como colocar os acessos e como falar sobre os problemas que podemos encontrar, porque, de resto, a cirurgia retroperitoneal é igual à transperitoneal", afirma o orador. Por sua vez, Francesco Montorsi, urologista e docente na Universidade Vita-Salute San Raffael, em Milão, Itália, falará sobre a utilização, ou não, de pinça *clamp* na ressecção durante a nefrectomia parcial. "Com base na nossa experiência e na literatura disponível, recomendamos sempre a preparação do hilo renal e uma escolha cuidadosa dos doentes que podem realmente beneficiar da nefrectomia parcial sem *clamp*. Em caso de hemorragia, recomendamos que se prenda o hilo renal e se faça a ressecção sob isquemia quente", defende o cirurgião.

Alex Mottrie voltará a tomar a palavra, desta feita para explicar em casos se deve, ou não, realizar cistectomia radical com recurso à robótica. A sua intervenção será complementada com a de Peter Wiklund, diretor do Programa de Cancro da Bexiga dos Hospitais Mount Sinai, em Nova Iorque, Estados Unidos, e um dos pioneiros, a nível mundial, na realização de cistectomia radical robótica, que enfatizará o seu papel no desvio urinário intracorpóreo.

Desafios da prostatectomia radical robótica

Já na parte dedicada à prostatectomia radical assistida por robô, a abordagem das questões anatómicas ficará a cargo de Kris Maes, que chama a atenção para a necessidade de fazer uma revisão da literatura. "Quando queremos realizar uma prostatectomia com preservação dos nervos e do músculo do esfíncter, é fundamental conhecermos os pequenos ligamentos, os nervos e as ligações entre si", sublinha. Quanto à reconstrução anatómica, o urologista esclarece: "Tudo o que destruímos durante a cirurgia reconstruímos no final, para termos bons resultados funcionais. Para isso, temos de perceber bem a anatomia da próstata, cuja perceção mudou muito com a introdução da cirurgia robótica."

Na prostatectomia radical por robótica, em que o acesso pode ser feito via pré ou transperitoneal, a técnica de preservação de Retzius tem vindo a ganhar importância crescente, pelo que será apresentada nesta *masterclass* por Pàvlos Pavlàkis, urologista no Southend University Hospital, Reino Unido. "Às vezes, um lobo médio pode interferir na ligação com a bexiga e, assim, perder-se facilmente o plano correto. Esse é um dos principais desafios em remover a próstata com segurança, sem danificar as estruturas próximas. A técnica de preservação de Retzius é difícil de executar do ponto de anatómico, mas, se entendermos e compreendermos os passos necessários para realizar a prostatectomia sem mobilizar a bexiga, trata-se de uma técnica segura", refere Pàvlos Pavlàkis.

Saiba mais sobre a importância dos conhecimentos anatómicos em cirurgia robótica e sobre a técnica de preservação de Retzius

Outros dois aspetos a considerar na prostatectomia radical robótica é a preservação da continência, que será abordada por Alex Mottrie, e a preservação do nervo, "um passo delicado e que pode afetar os resultados funcionais após a cirurgia", como realça Francesco Montorsi. Na sua apresentação sobre este aspeto, o urologista italiano vai centrar-se nos "marcos anatómicos para cirurgia da próstata, com especial atenção aos detalhes que podem ajudar os cirurgiões a otimizar a preservação do nervo".

Depois da preleção de Kris Maes sobre a reconstrução anatómica total, Francesco Montorsi voltará a intervir, desta vez para falar sobre a cirurgia prostática de alto risco. "A prostatectomia radical assistida por robô é um procedimento relativamente seguro, embora a taxa de complicações não seja de negligenciar. Uma prostatectomia radical que combine a alta definição visual do sistema DaVinci com o estadiamento pré-operatório preciso com recurso a ressonância magnética permite-nos realizar um procedimento seguro e com impacto limitado no risco de complicações perioperatórias, contribuindo para a boa recuperação funcional", defende o especialista italiano. A primeira masterclass de cirurgia robótica organizada pela APU encerrará com a palestra de Peter Wiklund dedicada à linfadenectomia alargada.

PUBLICIDADE





15h00 – 16h45

Update em cancro da bexiga e carcinoma urotelial

Incidindo desde os biomarcadores de diagnóstico e prognóstico dos doentes com cancro da bexiga até às terapêuticas para o carcinoma urotelial, sete especialistas vão apresentar novidades e debater questões polémicas dos dois âmbitos. Seguem-se algumas das ideias que os oradores partilharam com o *Urologia Actual*.

Proteoma da urina enquanto marcador de prognóstico



"Os médicos encaram a espectrometria de massa como mais uma técnica, mas esta perceção tem de mudar! A espectrometria de massa é uma ferramenta muito poderosa, que permite quantificar, de forma relativa e absoluta, proteínas envolvidas em processos biológicos complexos, caracterizar a sua estrutura e monitorizar como a sua abundância ou estrutura pode mudar, por exemplo, devido a uma doença ou como resposta ao tratamento. Estamos a desenvolver métodos com base na espectrometria de massa de alta resolução que permitem identificar padrões característicos de várias doenças – são as proteínas que devemos medir antes de qualquer outro passo.

Doenças como a gripe, a COVID-19, tumores do rim[1] e da bexiga[2] são já diagnosticadas por meio de testes de proteínas. A minha visão da espectrometria de massa aplicada à clínica passa pelo *all in one*, ou seja, sermos capazes de quantificar centenas e até milhares de proteínas em biópsias líquidas. Consequentemente, poderemos medir, numa única análise, virtualmente, todos os biomarcadores descritos pela Food and Drug Administration e na literatura para todos os tipos de cancro." // **Hugo Miguel Santos, investigador auxiliar na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e professor auxiliar adjunto na Escola de Medicina da Universidade de Pittsburgh, nos EUA**

1. BMC Medicine (2021); https://doi.org/10.1186/s12916-021-02071-9. **2.** bioRxiv (2021); https://doi.org/10.1101/2021.04.30.442131.

Estamos prontos para deixar de fazer cistoscopias?



"A grande maioria dos tumores da bexiga são tratados de forma conservadora, só que há um problema: muitos tumores recidivam com grande frequência e alguns não só entram em recidiva, como progridem para formas mais invasivas e agressivas. Por isso, temos de fazer um seguimento o mais rigoroso possível através da cistoscopia, um exame agressivo e invasivo, mesmo com os aparelhos flexíveis, associada citologia urinária. Ao longo do tempo, têm-se realizado estudos para encontrar alternativas, dos quais resulta que a ecografia seria o exame mais adequado: é fácil de executar, não tem grandes custos associados e é menos invasivo.

Contudo, há tumores que não são identificados com uma ecografia, daí que esse exame tenha de ser complementado com marcadores urinários, sendo o mais clássico a citologia. Até à data, as normas internacionais ainda não encontraram nenhuma alternativa para substituir a cistoscopia e a citologia com igual perfil de eficácia e segurança, apesar de existirem marcadores tumorais urinários que se mostram promissores. Portanto, ainda não temos condições para abandonar as cistoscopias, mas creio que, em alguns casos muito específicos de tumores não muito agressivos, ao fim de algum tempo de seguimento e sobretudo em doentes mais fragilizados e de idade avançada, podemos adotar uma atitude menos invasiva no seguimento." // **Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Biomarcadores em cancro da bexiga



"Estão a surgir novos biomarcadores e alguns são muito interessantes. Tradicionalmente, no cancro da bexiga, recolhemos as células para as examinarmos e procurar anomalias a nível citológico. O problema é que a citologia, apesar de ser muito específica, não é muito sensível aos novos tumores, pelo que estamos a tentar encontrar algo que seja melhor, quase tão bom como a cistoscopia, apesar de não ser fácil. Com os novos biomarcadores podemos recolher, além de células na urina, componentes de ácido desoxirribonucleico (DNA), ácido ribonucleico (RNA) ou vesículas.

Há marcadores de DNA emergentes que temos visto nas amostras de urina com sensibilidade e especificidade muito boas, pelo que os avanços seguirão esse caminho. Mas será que os biomarcadores poderão substituir completamente a cistoscopia? Neste momento, a resposta é não. No entanto, há um papel emergente dos biomarcadores, embora ainda não esteja estabelecido. A comunidade urológica precisa de reunir e avaliar as evidências nesta área de forma robusta para utilizarmos os biomarcadores na prática clínica com base na evidência científica." // **Rajesh Nair, urologista no Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, no Reino Unido**

Tratamento local além da cistectomia



"Recentes ensaios prospetivos demonstraram que existem diferentes esquemas terapêuticos para o cancro da bexiga que permitem a preservação deste órgão. Uma das opções é a radioterapia, com tratamentos sequenciais diários associados a quimioterapia radiossensibilizante. Como não sabemos se o doente vai responder bem ou mal à radiação, devemos avaliar a sua resposta ao tratamento através da cistoscopia e, em função do resultado, decidimos se devemos continuar com quimio-radioterapia ou se procedemos à abordagem cirúrgica.

Neste momento, o *standard of care* no tratamento do cancro da bexiga é a abordagem cirúrgica, que, face às alternativas, continua a ser a opção com maior nível de evidência. É importante explicar isso ao doente. Na bexiga, a radioterapia nunca foi um tratamento considerado como principal ou definitivo, mas, hoje em dia, existem vários ensaios clínicos que nos permitem abrir portas a terapêuticas menos agressivas para o doente oncológico."
// Gonçalo Fernandez, radio-oncologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa

Seleção de doentes para quimioterapia neoadjuvante



"Nos tumores invasivos da bexiga, o tratamento adequado é a quimioterapia, seguida de cistectomia radical. O problema é que só aproximadamente um terço dos doentes responde à quimioterapia e tem a resolução completa dos tumores. Assim, é muitas vezes difícil dizer aos doentes que vamos fazer quimioterapia, sem termos a certeza de que correrá bem e sabendo que, provavelmente, haverá efeitos laterais como perda de apetite, entre outros.

Não há muitos marcadores que nos possam ajudar, exceto alguns marcadores genómicos, nomeadamente mutações no DNA do tumor, que conseguem predizer se os tumores vão responder bem à quimioterapia neoadjuvante. Esses estudos são relativamente recentes, de modo que ainda não estão integrados na prática clínica. No entanto, a análise genómica de tumores é algo que pode passar a ser rotina num futuro muito próximo, sendo que a interpretação dos resultados terá de ser acessível para a maioria dos clínicos, principalmente para os urologistas que tratam doenças oncológicas. No caso do cancro da bexiga, a análise genómica pode ajudar a prever se o doente vai ou não responder bem à quimioterapia, antes de passarmos para a cistectomia radical."
// Filipe Carvalho, urologista e professor na Harvard Medical School, nos Estados Unidos

Imunoterapia no cancro da bexiga



"No tratamento de primeira linha do carcinoma da bexiga, se forem candidatos e tiverem condições para isso, os doentes devem fazer quimioterapia de indução, seguida de avelumab de manutenção. Não há lugar para combinações de quimioterapia com imunoterapia, nem de uma imunoterapia com outra imunoterapia. Neste momento, não há nenhum ensaio clínico positivo relativamente à utilização dos inibidores do PD-L1 (*programmed death-ligand 1*) e da CTLA-4 (proteína T-linfócito-associada a citotóxico 4) em primeira linha. A terapêutica sequencial, com quimioterapia de indução e imunoterapia de manutenção, é o *standard of care* atual, provavelmente, para a grande maioria dos doentes com cancro da bexiga.

No entanto, há um subgrupo de doentes que levanta algumas dúvidas, nomeadamente se, em casos de PD-L1 positivo, podemos omitir, ou não, a quimioterapia de indução. É uma dúvida para a qual ainda não temos resposta. Na minha apresentação, também abordarei o papel da terapêutica de segunda linha com o pembrolizumab, que é a opção aprovada e comparticipada em Portugal. Por fim, falarei sobre a terapêutica adjuvante, nomeadamente sobre a importância de guiar esse tratamento por biópsias líquidas com DNA circulante, que poderá ser uma hipótese no futuro." **//André Mansinho, oncologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**

Carcinoma urotelial: novidades no tratamento de primeira linha



"Há um novo paradigma no tratamento de primeira linha dos doentes com carcinoma urotelial metastático, que advém do ensaio clínico JAVELIN Bladder 100[1]. Este ensaio de fase III explorou o papel do avelumab (um anticorpo anti-PDL1) no tratamento de manutenção dos doentes com carcinoma urotelial metastático que não progrediram após 4 a 6 ciclos de quimioterapia à base de platina. Até agora, em doentes com resposta completa ou parcial à quimioterapia, fazíamos vigilância até nova progressão, a partir da qual usávamos um fármaco de segunda linha.

Este novo conceito da manutenção com imunoterapia após quimioterapia vem revolucionar o tratamento de primeira linha. Com a administração de avelumab em manutenção conseguimos reduzir o risco de mortalidade em 30%, em relação à estratégia utilizada até agora. A sobrevivência global mediana passou de 14 para cerca de 21 meses. Portanto, isto significa uma autêntica revolução no tratamento de primeira linha, com impacto nas linhas terapêuticas sucessivas. A introdução deste fármaco vai, obviamente, alterar as nossas atitudes em segunda linha terapêutica, para a qual também existem novidades, embora ainda não estejam disponíveis para aplicação clínica a nível nacional."
// Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

1. Powles T, *et al. Avelumab Maintenance Therapy for Advanced or Metastatic Urothelial Carcinoma*. N Engl J Med. 2020;383(13):1218-1230.

Os oradores apresentam as mensagens-chave das suas apresentações sobre cancro da bexiga e carcinoma urotelial

17h45 – 19h00

Novas abordagens no tratamento do carcinoma de células renais

A emergência de novas respostas para o tratamento do carcinoma de células renais (CCR), como a nefrectomia parcial por laparoscopia e novas combinações farmacológicas, assim como os respetivos desafios, são os temas desenvolvidos hoje, na mesa-redonda dedicada ao cancro do rim.

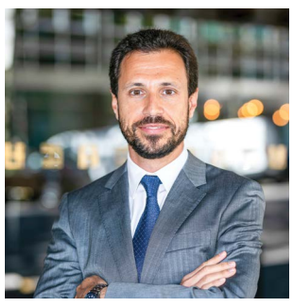
Nefrectomia parcial por laparoscopia



"O panorama da cirurgia renal tem vindo a alterar-se nos últimos anos. Grande parte das cirurgias que fazemos atualmente são nefrectomias parciais, o que se relaciona com o facto de sermos capazes de identificar cada vez mais precocemente os tumores, com dimensões mais reduzidas. Tal permite-nos fazer cirurgias minimamente invasivas e poupadoras de nefrónios, com vantagens para os doentes em termos de preservação da função renal e menor morbilidade cardiovascular a longo prazo.

Relativamente à laparoscopia, importa sublinhar o papel da imunofluorescência, nomeadamente do corante indocianina verde, que é particularmente útil em técnicas de clampagem seletiva do hilo renal. Na apresentação, vou abordar algumas particularidades das técnicas cirúrgicas poupadoras de nefrónios e da sua classificação, que é controversa, sobretudo pela dificuldade na tomada de decisão pré-operatória. Apesar disso, há estudos que demonstram que é possível realizar essas cirurgias com *outcomes* tão bons ou melhores do que os da cirurgia aberta, quer em termos oncológicos quer de preservação dos nefrónios." // **Miguel Silva Ramos, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**

Desafios na abordagem dos tumores T2



"Vamos falar sobre a abordagem de três grupos de doentes com cancro do rim. Primeiro, falaremos de doentes com tumores maiores que sete centímetros (T2), nos quais optamos pela nefrectomia parcial. Também falaremos da nefrectomia radical minimamente invasiva em tumores localmente invasivos, com invasão da veia renal. Abordaremos ainda os tumores com invasão da veia cava, cuja terapêutica é conduzida por uma equipa multidisciplinar.

A abordagem da veia cava, pelo seu calibre e fluxo sanguíneo, obriga a um cuidadoso controlo do mesmo a nível infra e supra nas veias renais, bem como na veia renal contralateral e nas veias lombares, para que, quando abrimos a veia cava, possamos ter um campo sem hemorragia que comprometa a excisão do tumor e a vida do doente. Por esse motivo, as técnicas minimamente invasivas são uma enorme mais-valia, pois permitem a realização destas cirurgias, minimizando a hemorragia, melhorando a visão e trazendo todas as suas conhecidas vantagens ao doente, com invasões da veia cava de níveis I, II e, por vezes, até III. Assim, é possível aumentar significativamente a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes, particularmente se não existirem metástases." // **Tito Leitão, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e no Hospital da Luz Lisboa**

Tratamento sistémico e sequenciação no CCR metastizado



"Com o aparecimento de novas combinações farmacológicas para o tratamento do CCR metastizado, sejam de imunoterapia-imunoterapia ou imunoterapia-inibidor de tirosina-cinase (TKI), surgem também novas questões relacionadas com a seleção dos doentes para as terapêuticas. Por exemplo, há estudos que demonstram que os doentes de bom prognóstico não obtêm grande benefício destas combinações, até pelo acréscimo da toxicidade, sendo os doentes de prognóstico intermédio e mau prognóstico os que terão mais a ganhar com as novas abordagens.

Outra grande questão que se coloca, talvez das mais importantes, é como sequenciar o tratamento. Apesar de estarmos muito entusiasmados com a possibilidade de oferecer remissões de doença a alguns doentes, com taxas de resposta impressionantes, teremos de guardar algumas armas terapêuticas para os contextos de recidiva. Sabemos que, se utilizarmos uma combinação de imunoterapia-imunoterapia, a seguir utilizaremos um TKI. Porém, ainda não existe evidência suficiente para, após uma combinação imunoterapia-TKI, utilizar outro TKI ou outro fármaco de imunoterapia." // **Daniela Macedo, oncologista no Hospital Lusíadas de Lisboa**

Combinações de imuno-oncologia na prática clínica



"A minha intervenção vai centrar-se na utilização das terapêuticas de combinação com imunoterapia para o CCR metastático. Estas combinações são hoje o pilar da terapêutica de primeira linha na maioria dos CCR metastizados, com resultados melhores e mais duradouros e sem toxicidade acrescida, comparativamente à monoterapia. Contudo, subgrupos diferentes de doentes poderão beneficiar de diferentes abordagens. Procurarei explorar como poderemos selecionar os doentes que beneficiarão mais destas combinações, incluindo os fatores diferenciadores entre as abordagens que incluem TKI e as abordagens baseadas exclusivamente na imunoterapia.

Para além do desenvolvimento de novos fármacos, ainda precisamos de uma categorização mais fina dos subtipos de CCR e de conhecer mais marcadores, para podermos adequar a cada doente o melhor tratamento disponível. Em todo o caso, estando para muito breve a comparticipação destas combinações em Portugal, finalmente poderemos tratar o CCR metastizado de uma forma mais atual e eficaz." // **Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Excertos das entrevistas em vídeo com os quatro oradores

PUBLICIDADE

tecnimede

UROJABA®

SUPLEMENTO ALIMENTAR

SERIA UM ALÍVIO PARA QUEM VIVE SEMPRE AFLITO



Natural é poder fazer a vida normal

Infelizmente para cerca de 50% dos homens acima dos 50 anos a dependência de ter que haver sempre por perto uma casa de banho para urinar, é uma grande limitação a poderem fazer uma vida perfeitamente normal. UroJaba é um suplemento natural feito à base de Serenoa Repens, Selénio, Zinco e Licopeno.

RECORDATI

JABA RECORDATI S.A.
Avenida Jacques Delors, Edifício Inovação 1.2, Piso 0, Tagus Park
Parque de Ciência e Tecnologia, 2740-122 Porto Salvo
Tel.: 21 432 95 00 | Fax: 21 915 19 30 www.jaba-recordati.pt

Capital Social de 2.000.000,00 Euros • Contribuinte nº 500492867 matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o mesmo número

Ref.: 187.2021 MP05/2021