EDIÇÃO ESPECIAL

APU 2021 CONGRESSO
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

EPIC SANA LISBOA HOTEL
25 - 28 NOVEMBRO, 2021

27 NOVEMBRO
sábado

Aceda à versão digital

UROLOGIA ACTUAL

ATUALIZAÇÃO EM URO-ONCOLOGIA E UROLOGIA FEMININA

O programa científico de hoje é marcado por duas salas simultâneas dedicadas à apresentação do estado da arte e das novidades em uro-oncologia, nomeadamente os vários contextos de cancro da próstata (P.6-13), e urologia feminina/uroginecologia (P.14-17). Também voltado para o futuro, o Curso Internacional de Enfermagem aborda temas como as lições da pandemia de COVID-19 e o papel dos enfermeiros na cirurgia robótica (P.4-5). Este sábado inclui ainda a mesa-redonda sobre os desafios da cirurgia reconstrutiva (P.18) e uma *wake-up call* para a hiperplasia benigna da próstata (P.19). Já no domingo, os temas em destaque são o papel da reabilitação física na vida do doente oncológico (P.19), a prevenção e o tratamento da urolitíase (P.20), as necessidades não preenchidas no cancro do testículo (P.22) e a gestão da dor no pós-operatório (P.23)

ALGUNS INTERVENIENTES NAS SESSÕES DE URO-ONCOLOGIA E UROLOGIA FEMININA (da esq. para a dta.):
Pàvlos Pàvlakis, Paulo Temido, Tiago Antunes-Lopes, João Magalhães Pina, Rodrigo Ramos e Javier Cambronero (à frente)
Francesco Montorsi, Ailton Fernandes, Rui Pinto, Sebastian Ludwig e Frederico Ferronha (atrás)

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

PUBLICIDADE

Instantes

VER MAIS FOTOGRAFIAS COM INSTANTES DO CONGRESSO APU 2021

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 · DornierMedTech · RECORDATI · tecnimede

INTERNATIONAL NURSE COURSE

ELEMENTOS DAS COMISSÕES ORGANIZADORA E CIENTÍFICA DO CURSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM EM UROLOGIA À frente: Enf.os Paula Girão, Pedro Parrinha, Heloísa Oliveira e Isabel Sousa. Ao meio: Enf.as Micaela Nogueira, Ana Carina Soares e Aida Santos. Atrás: Enf.os Márcio Ribeiro, Carla Matos e Rui Santos

Enfermagem em Urologia de olhos postos no futuro

O Curso Internacional de Enfermagem prossegue hoje, entre as 9h15 e as 19h30, com um programa voltado para os novos paradigmas e os desafios emergentes. Das lições retiradas da pandemia até à robótica, passando por questões como a motivação dos profissionais, a sexualidade ou o papel particular dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde, o programa é abrangente e destaca o compromisso de reerguer a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urologia (APEU), 17 anos depois da sua criação.

Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis

O Curso Internacional de Enfermagem em Urologia arrancou ontem, com quatro *workshops* dedicados à endourologia, à mitomicina aquecida, aos endoscópios flexíveis e à algaliação intermitente, nos quais foram apresentadas algumas das mais recentes inovações em Urologia. Hoje, o programa científico arranca com uma mesa-redonda (9h15-10h15) de debate sobre as aprendizagens para os enfermeiros decorrentes da pandemia COVID-19. Contando com a participação de representantes da Associação Europeia dos Enfermeiros de Urologia, a sessão é moderada por Heloísa Oliveira, enfermeira gestora do Centro de Responsabilidade Integrada de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José (CHULC/HSJ) e presidente do curso.

"A pandemia de COVID-19 tem-nos levado, constantemente, a mudar procedimentos em função da sua evolução", introduz Heloísa Oliveira. Por isso, nesta mesa-redonda, serão abordadas a eficiência organizacional, as estratégias para os cuidados à distância e a organização e estruturação das unidades hospitalares do CHULC. "Todos estes procedimentos e mudanças levaram a uma sobrecarga de trabalho para os enfermeiros, e esse é um problema com o qual ainda nos debatemos", acrescenta a responsável.

Na segunda mesa-redonda (11h00-12h15), será debatido o papel da enfermagem no contexto da cirurgia robótica. As palestras abordam a relação custo/benefício do procedimento, a importância dos enfermeiros em todo o processo e a necessidade de adaptar os cuidados de enfermagem às novas abordagens, nomeadamente "aplicando protocolos de recuperação rápida, preparando e potenciando todas as capacidades do indivíduo", como o protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*).

"Portugal é um dos países da Europa onde a prostatectomia radical assistida por robô [PRAR] foi implementada mais tarde e, inicialmente, apenas em instituições privadas. Contudo, a cirurgia robótica é uma realidade em Portugal, inclusive no Serviço Nacional de Saúde, pelo que é importante dar visibilidade ao que já fazemos. O futuro não está assim tão longe", afirma **Isabel Mendes**, enfermeira no Serviço de Urologia do CHULC/HSJ e membro da comissão científica do curso, que, na sua preleção, vai incidir sobre as especificidades do trabalho de enfermagem na preparação de todo o processo da cirurgia robótica. Na perspetiva de Isabel Mendes, as vantagens da cirurgia robótica suplantam os maiores custos associados, embora os estudos não revelem ainda essa superioridade. "O robô diminui o risco

de erro e tem melhores resultados nos primeiros meses após a cirurgia, em especial no período perioperatório, com diminuição de dias de internamento, de complicações, reintervenções e administração de componentes sanguíneos. Em parâmetros como a incontinência urinária ou a disfunção sexual existe uma tendência favorável a esta abordagem cirúrgica e com uma recuperação mais rápida. Com o tempo, chegaremos à conclusão de que, apesar dos custos, vale a pena, porque o investimento reflete-se na recuperação dos doentes, que é muito mais rápida. Além disso, não podemos esquecer que existe evidência de um grau de satisfação maior dos doentes intervencionados por PRAR", salienta a enfermeira.

Motivação dos profissionais
Disfunção sexual psicológica

A primeira conferência do *International Nurse Course* (12h15-13h00) é dedicada à motivação dos profissionais de saúde, tema que será desenvolvido por Ricardo Cabete, especialista em inteligência emocional. Segundo a moderadora e membro da comissão científica, Ana Carina Soares, o objetivo desta conferência é partilhar "ferramentas práticas para o dia-a-dia, de forma a diminuir a ansiedade e a angústia e a gerir os momentos de stresse". Atualmente, a inteligência emocional assume um papel ainda mais preponderante em enfermagem. "A pandemia gerou muita desmotivação e desconforto, evidenciando o quanto somos uma classe profissional pouco valorizada", lamenta a enfermeira do Serviço de Urologia do CHULC/HSJ, esperando que esta palestra contribua para a motivação dos enfermeiros.

Na conferência seguinte (14h00-15h00), as atenções estarão centradas na componente psicológica da sexualidade, tema que tem vindo a ganhar relevância e que remete para a importância da multidisciplinaridade na abordagem das disfunções sexuais. "Mesmo que existam dificuldades fisiológicas ou orgânicas, o impacto da disfunção sexual em termos psicológicos e na relação do casal acaba por ser grande, por isso, é importante que esta questão não seja esquecida pelos médicos e enfermeiros", afirma **Fernando Mesquita**, preletor da conferência.

O psicólogo clínico e sexólogo vai incidir sobre itens como a autoestima, a comunicação e a dificuldade sexual, reforçando a importância de "aceitar, motivar, agir e respeitar" no processo de intervenção do sexólogo, através da apresentação de casos concretos. "Tendo em conta todas as dificuldades levantadas pelas disfunções sexuais, não nos devemos focar apenas no tratamento médico, porque o acompanhamento psicológico é também muito importante", reforça Fernando Mesquita.

Um dos *workshops* do primeiro dia do Curso Internacional de Enfermagem em Urologia

Futuro da Enfermagem em Urologia

A organização da mesa-redonda que se segue no programa (15h00-16h00) foi motivada pelo facto de as cirurgias em Urologia serem "cada vez menos invasivas, com menos internamento e mais ambulatório", como explica Heloísa Oliveira. Questões como a importância dos procedimentos minimamente invasivos, o papel dos enfermeiros na cirurgia de ambulatório e as necessidades do doente no domicílio serão discutidas nesta sessão.

Intitulada "A Enfermagem e o futuro", a última mesa-redonda do Curso Internacional de Enfermagem em Urologia (16h15-18h15) aponta para os desafios emergentes e as estratégias para os enfrentar, num contexto de cada vez maior utilização de novas tecnologias. Além do recurso à inteligência artificial e ao marketing profissional, serão apresentadas duas aplicações de dispositivos móveis – a *app* + PERTO, implementada pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa para acompanhamento do doente no pré e no pós-operatório, e a *app* "Urologia Consigo, Continuamos Ligados", sobre a qual vai falar Aida Santos, enfermeira no Serviço de Urologia do CHULC/HSJ e membro da comissão organizadora do curso.

O projeto "Urologia Consigo, Continuamos Ligados" materializa-se numa aplicação de telemóvel desenvolvida para os doentes urológicos que estão nos primeiros 30 dias após cirurgia. "Nesta *app*, o doente pode responder, em casa, a um questionário e, conforme o *score* obtido, é aconselhado a três níveis de atuação: continuar os cuidados em casa, telefonar para a equipa de enfermagem do Serviço de Urologia ou deslocar-se imediatamente à urgência hospitalar", descreve Aida Santos. O objetivo principal desta aplicação e evitar deslocações desnecessárias às urgências.

O papel dos enfermeiros entre as restantes profissões de saúde está em destaque na última conferência do curso (18h15-19h00). O seu preletor, **Manuel Lopes**, diretor da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, da Universidade de Évora, tentará desconstruir algumas ideias sobre a valorização das profissões. "Não se trata de uma luta interprofissional, mas sim de olhar para a pessoa que carece dos nossos cuidados e tentar pô-la no centro das nossas preocupações e da nossa estrutura de raciocínio. Dessa forma, contribuímos para o bem-estar e a saúde dessa pessoa e a questão da suposta hegemonia de outras profissões de saúde deixa de ser uma preocupação", defende o também enfermeiro.

Manuel Lopes sublinha também a "necessidade de desenvolver indicadores de resultados" para aferir o impacto do trabalho dos enfermeiros na funcionalidade dos doentes. "Precisamos de evidência empírica e de um conjunto de indicadores que nos permitam demonstrar, não só a nós próprios como à população em geral e aos decisores políticos, a importância do nosso trabalho", reforça.

Mais informações nas entrevistas em vídeo sobre o programa do *International Nurse Course*

(RE)FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE UROLOGIA

Em maio de 2004, foi fundada a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urologia (APEU), inclusive com redação dos seus estatutos. No entanto, nunca se realizaram eleições para os corpos sociais, pelo que esta associação não se desenvolveu. Passados 17 anos, o Curso Internacional de Enfermagem em Urologia, integrado no Congresso APU 2021, serve de palco para relançar e dinamizar a APEU. "Queremos revitalizar a associação, com o grande objetivo de termos sócios na maior parte das instituições onde existe Urologia", afirma Rui Santos, enfermeiro no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José e membro da comissão organizadora do curso, acrescentando que "a expetativa é que, dentro de seis ou sete meses, seja possível, além de angariar sócios, eleger os primeiros corpos sociais".

Dinamizar a atividade científica da Enfermagem em Urologia, colaborar com associações congéneres e conseguir representação junto de estruturas internacionais são alguns dos objetivos da APEU, que, segundo Rui Santos, terá sempre a APU como "uma parceira privilegiada". "Queremos congregar vontades e saberes de norte a sul do país e nas ilhas, contribuindo para um futuro de excelência na prática dos cuidados de enfermagem", reforça. Além de Rui Santos, também intervêm na sessão de apresentação do "renascer da APEU" (19h00-19h30) os enfermeiros Cândido Mota, Teresa Aires e Isabel Mendes, membros fundadores da associação.

8h00 – 9h25: *ONCOLOGY ROOM*

Diagnóstico e estadiamento do cancro da próstata

Na mesa-redonda que abre o programa oncológico de hoje, está em análise o papel do rastreio, dos testes genéticos, da ressonância magnética, da PET-CT com PSMA e das biópsias no diagnóstico e no estadiamento do cancro da próstata.

Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis

Na primeira preleção, **Pàvlos Pavlàkis**, urologista no Southend University Hospital, Reino Unido, começará por apresentar as indicações do Serviço Nacional de Saúde Britânico (National Health Servive – NHS) quanto ao rastreio do cancro da próstata. "Seguimos a chamada regra das duas semanas, ou seja, o médico que identifica um antigénio específico da próstata [PSA] anormal encaminha o doente para um Serviço de Urologia, para perceber se existe ou não probabilidade de cancro da próstata. Duas semanas depois, o doente tem consulta com o urologista e fará uma ressonância magnética da próstata. Caso esse exame mostre lesões acima do *score*, procedemos a uma biópsia, que, no nosso hospital, é realizada sob anestesia local e pela via transperineal", descreve. Defendendo a importância do rastreio do cancro da próstata, Pàvlos Pavlàkis afirma que, "mais difícil do que identificar um tumor de alto risco é ajudar os doentes a compreenderem a utilidade do teste PSA".

Já a questão de realizar ou não teste genético será abordada por **Diana Antunes**, especialista em Genética Médica no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Dona Estefânia. Remetendo para as *guidelines* da European Society of Medical Oncology (ESMO), e tendo por base a existência de terapêuticas para os doentes com mutações nos genes *BRCA1* e *BRCA2*, a oradora defende que "todos os doentes com cancro da próstata metastizado devem realizar teste genético, porque importa perceber se são portadores demutação patogénica".

No caso dos doentes sem metástases, Diana Antunes salienta que "não existe evidência que sustente a aplicação de testes genéticos de forma indiscriminada". Defendendo que os testes preditivos devem estar sob alçada da Genética Médica, a especialista afirma que, existindo antecedentes familiares, "é possível fazer um teste genético dirigido com o objetivo de identificar se o indivíduo tem ou não risco aumentado de desenvolver cancro da próstata". "Nas famílias em que foi previamente identificada uma mutação nos genes *BRCA1* e *BRCA2*, sabe-se que existe risco aumentado para os familiares em primeirograu".

Papel da ressonância magnética e das biópsias

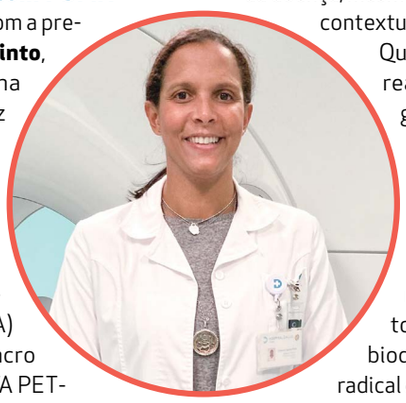
Em seguida, **João Lopes Dias**, imagiologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José (CHULC/HSJ), vai falar sobre o papel da ressonância magnética (RM) na deteção do cancro da próstata. "O *gold standard* do diagnóstico continua a ser a biópsia, mas, cada vez mais, tanto nas *guidelines* de Urologia como de Radiologia, aparece a RM com o objetivo de detetar lesões potencialmente suspeitas, clinicamente significativas e que possam ser alvo de uma biópsia dirigida." O preletor também destaca o contributo do sistema de classificação *Prostate Imaging Reporting & Data System* (PI-RADS) para o correto mapeamento das lesões, a partir do qual se poderá utilizar a biópsia dirigida, com sistemas de fusão ou guiadas por RM, de modo a diagnosticar os tumores com impacto clínico.

João Lopes Dias vai ainda falar sobre novas ferramentas de inteligência artificial que podem ajudar no diagnóstico do cancro da próstata. "Se o algoritmo de inteligência artificial detetar um cancro significativo, muito provavelmente, poderemos prescindir do contraste endovenoso e, em última instância, fazer o estadiamento de muito mais doentes, com impacto na produtividade, além do próprio diagnóstico", antevê o imagiologista.

Por sua vez, **João Magalhães Pina**, urologista no CHULC/HSJ, vai discorrer sobre alguns dos hot topics do momento, nomeadamente a realização de biópsias sistemáticas em conjunto com a biópsia de fusão, a biópsia dirigida ou a melhor abordagem (transperineal ou transretal). "Hoje em dia, a RM permite-nos identificar os doentes com maior risco de cancro da próstata clinicamente significativo e mais agressivo. Quando tal acontece, devemos realizar uma biópsia diretamente dirigida ao alvo, que aumenta a precisão no diagnóstico do tipo de tumor, diminuindo o risco de subestadiamento ou subclassificação. A biópsia dirigida consegue uma estratificação mais clara do risco, porque tem maior precisão e permite uma caracterização final do tumor mais próxima da realidade."

João Magalhães Pina sublinha ainda que o futuro poderá passar pelas biópsias transperineais com anestesia local, defendendo, por isso, a "democratização da técnica para obter maior adesão". E justifica: "Se conseguirmos realizar a biópsia sob anestesia local e com a mesma qualidade e capacidade diagnóstica, isso é melhor para nós e para os doentes, que conseguem fazer um exame teoricamente melhor, sem dor, desconforto e grandes custos acrescidos."

Contributo da PET-CT com PSMA



A mesa-redonda termina com a preleção de **Cristina Varela Pinto**, especialista em Medicina Nuclear no Hospital da Luz Lisboa, que abordará as indicações da tomografia computorizada por emissão de positrões (PET-CT, no acrónimo inglês) com antigénio de membrana específico da próstata (PSMA) para estadiamento do cancro da próstata de alto risco. "A PET-CT com PSMA é, atualmente, um dos exames mais sensíveis e específicos na deteção da doença, mesmo com valores baixos de PSA", contextualiza.

Quanto às indicações para a realização deste exame imagiológico, remetendo para as *guidelines* mais recentes, Cristina Varela Pinto explica que a PET-CT com PSMA "deve ser usada quando os valores de PSA são superiores a 0,2 ng/mL em contextos de recidiva/persistência bioquímica pós-prostatectomia radical e de recidiva bioquímica pós-radioterapia em doentes com intuito curativo". Segundo a especialista em Medicina Nuclear, há estudos que favorecem a realização da PET-CT com PSMA no estadiamento inicial de doentes de alto risco, no entanto, o seu impacto em termos de resultados ainda não foi determinado em ensaios clínicos prospetivos. "A rápida evolução na gestão dos doentes com carcinoma da próstata continuará a favorecer o recurso ao PSMA para diagnóstico e, num futuro próximo, também na vertente da terapêutica", conclui Cristina Varela Pinto.

Ideias-chave em vídeo sobre o diagnóstico e o estadiamento do cancro da próstata na atualidade

Instantes

VER MAIS FOTOGRAFIAS COM INSTANTES DO CONGRESSO APU 2021

9h25 – 10h45: *ONCOLOGY ROOM*

Tratamento do cancro da próstata localizado

Terapia focal, vigilância ativa *versus* tratamento ativo nos casos de risco intermédio, papel da cirurgia e terapia com radiação são os temas em análise na mesa-redonda dedicada ao cancro da próstata localizado.

Terapia focal

"A o passo que, com as restantes modalidades terapêuticas, toda a próstata é tratada, a terapia focal utiliza diferentes fontes de energia para tratar a zona de tumor responsável pela evolução da doença. Isso permite-nos preservar as estruturas próximas da próstata, nomeadamente os feixes vasculonervosos e o esfíncter urinário. Na minha prática, utilizo a eletroporação irreversível como fonte de energia para a terapia focal. Tal como nos outros tratamentos, é essencial fazer uma correta seleção dos doentes. Quem mais poderá beneficiar da terapia focal são os doentes de risco intermédio com antigénio específico da próstata (PSA) inferior a 15, doentes com uma esperança de vida superior a dez anos, com doença localizada, preferencialmente unilateral, e com lesão visível na ressonância magnética (RM). A terapia focal tem menos evidência científica do que as restantes terapêuticas para o cancro da próstata localizado, especialmente em termos de resultado oncológico a longo prazo. No entanto, a curto prazo, demonstra resultados oncológicos muito promissores e excelentes resultados funcionais, que até são superiores aos das técnicas *standard*." // **José Sanches Magalhães, urologista no Instituto Português de Oncologia do Porto**

Vigilância ativa nos doentes de risco intermédio

"Embora seja consensual a importância da vigilância ativa nos doentes de baixo risco e nos de risco intermédio, este pode ser, para muitos doentes, um passo para o desconhecido, pelo que a seleção criteriosa dos doentes é de importância primordial. Serão apresentados os resultados dos principais ensaios clínicos de fase III que avaliaram estratégias de não tratamento em doentes com risco intermédio, *versus* estratégias de intervenção ativa, bem como as séries internacionais mais importantes de doentes seguidos prospectivamente em vigilância ativa de risco intermédio. Alguns dos critérios para selecionar um doente para vigilância ativa são: *score* gleason 3+4 (com baixo volume de padrão 4), doença pouco extensa (na biópsia e na ressonância magnética), PSA inferior a 10 e ausência de padrão cribriforme na biópsia." // **Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Papel da cirurgia na doença localizada

"Mais do que falar sobre os diferentes tipos de cirurgia para tratamento do cancro da próstata localizado, o objetivo da minha apresentação será evidenciar a importância da correta seleção dos doentes para cada procedimento cirúrgico, assim como o melhor *timing* para a intervenção, de modo a oferecermos os melhores *outcomes* possíveis. Em primeiro lugar, é fundamental fazer o correto diagnóstico. Depois, devemos estratificar cada doente consoante o seu risco para selecionarmos a melhor estratégia a aplicar em cada caso. Atualmente, dispomos de técnicas de imagem, como a PSMA PET-CT, que nos permitem obter uma informação mais completa dos benefícios que o doente obterá com a escolha do procedimento mais adequado. Outro aspeto importante é a curva de aprendizagem da técnica cirúrgica. Já realizei muitas cirurgias abertas ao longo da minha carreira, contudo, desde há 15 anos que só faço cirurgia robótica. Apesar desta preferência, reconheço que os restantes procedimentos cirúrgicos continuarão a ter um papel relevante no tratamento de muitos doentes com cancro da próstata localizado, portanto, o essencial é que os cirurgiões tenham boas curvas de aprendizagem, para providenciarem o melhor tratamento possível." // **Rick Popert, urologista no Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust, no Reino Unido**

Terapia com radiação

"Existem duas formas de tratar os doentes com radioterapia, que abordarei na minha intervenção. Uma delas é a radioterapia externa, que, nos últimos 30 anos, sofreu muitos avanços, não só nos aceleradores lineares, mas também nas técnicas de tratamento, como a radioterapia guiada por imagem e a radioterapia de intensidade modulada. A outra é a braquiterapia, que pode ser de baixa taxa, depositando uma fonte de radiação no doente de forma permanente; ou de alta taxa, colocando temporariamente a fonte de radiação na próstata. Um dos pontos fracos da radioterapia é o facto de ser um tratamento diário, realizado ao longo de sete a oito semanas. Hoje em dia, temos esquemas de hipofracionamento que permitem reduzir o número total de dias de tratamento e as deslocações do doente ao hospital, com a mesma probabilidade de controlo da doença. Quer a radioterapia externa quer a braquiterapia são uma opção em doentes com cancro da próstata localizado de risco baixo, intermédio e alto. No entanto, em certos casos, poderá ser necessário associar outras terapêuticas, o que exige uma abordagem multidisciplinar." // **Justo Ugidos, radioncologista no Centro Oncológico Dr.ª Natália Chaves, em Carnaxide**

Destaques dos temas apresentados na sessão sobre cancro da próstata localizado

PUBLICIDADE

17h30 – 18h30: SESSÃO PATROCINADA JANSSEN ONCOLOGY

Consenso no tratamento do CPnmRC e do CPmHS

O estado da arte atual no tratamento do cancro da próstata não metastático resistente à castração (CPnmRC) e do cancro da próstata metastático hormonossensível (CPmHS) será discutido na sessão que encerra o programa científico de hoje, na *Oncology Room*. Em entrevista, o **Dr. Álvaro Juárez Soto**, conferencista e diretor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Jerez de la Frontera, em Cádis, Espanha, sublinha a evidência científica e de vida real que comprova os bons resultados da apalutamida nestes dois contextos de cancro da próstata.

Marta Carreiro

Atualmente, qual é o principal desafio no tratamento dos doentes com CPnmRC?

Antes de mais, é necessário notar que, até 2018, não tínhamos qualquer terapêutica para o CPnmRC. A nossa atuação passava pela vigilância ativa e só podíamos intervir farmacologicamente quando começavam a surgir metástases. Nos dias de hoje, penso que o principal desafio ainda é a correta identificação e a estratificação dos doentes, porque de nada serve termos novos tratamentos, com impacto positivo na sobrevivência global, se os médicos não identificarem os doentes com CPnmRC nas consultas.

Como se pode superar esse desafio?

A forma mais eficaz é através da criação de consultas de cancro da próstata nos hospitais que ainda não as tenham implementadas. Quando participámos no ensaio clínico SPARTAN[1], que avaliou a eficácia da apalutamida nos doentes com CPnmRC de alto risco, tivemos dificuldade em encontrar doentes com este perfil, porque não tínhamos nenhuma consulta especificamente dedicada ao cancro da próstata – os doentes estavam dispersos pelas consultas gerais e de outras subespecialidades da Urologia. No nosso caso, tivemos de reorganizar o Serviço e criámos a consulta de cancro da próstata, para a qual começámos por solicitar à farmácia hospitalar a lista dos doentes que realizavam terapêutica de privação androgénica. Dessa lista de 600 doentes, conseguimos recrutar 26 para o estudo SPARTAN.

Como descreve a experiência de tratamento farmacológico dos doentes com CPnmRC?

O aparecimento de novas moléculas a partir de 2018, como a apalutamida, incrementou a sobrevivência livre de metástases e a sobrevivência global dos doentes com CPnmRC[1]. A apalutamida, em particular, é um fármaco com um perfil de segurança muito bom[1]. Tenho muitos doentes com esta terapêutica e, por norma, os efeitos secundários são reduzidos e manejáveis. Não obstante, no caso dos doentes polimedicados, chamo a atenção para a necessidade de verificar se poderão existir interações medicamentosas com a apalutamida, antes de avançar com esta terapêutica.

No caso do tratamento do CPmHS, quais são os principais desafios nos dias de hoje?

Nessa fase mais avançada, é fundamental saber que existem dois diagnósticos relevantes e que cada um beneficia de abordagens diferentes. Os doentes com diagnóstico inicial de cancro da próstata já metastizado têm pior prognóstico, comparativamente aos doentes diagnosticados há vários anos, já operados, cuja evolução da doença resultou no aparecimento de metástases. Relativamente à quimioterapia com docetaxel no tratamento dos doentes com CPmHS de baixo volume metastático, existe uma controvérsia entre as *guidelines* de 2020 da European Society of Medical Oncology (ESMO) e as de 2021 da American Society of Clinical Oncology (ASCO), sendo estas últimas coincidentes com as recomendações da Sociedad Española de Oncología Médica. As *guidelines* da ESMO dizem que o docetaxel demonstrou benefício na sobrevivência global em todos os doentes com CPmHS, independentemente da carga tumoral. No entanto, essa afirmação baseia-se numa meta-análise de 2016, quando a evidência mais recente sobre o uso deste fármaco no CPmHS de baixa carga é de 2019. Pelo contrário, as *guidelines* da ASCO indicam que o docetaxel não deve ser utilizado nos doentes com CPmHS de baixo volume metastático.

"No estudo TITAN, a apalutamida associada à terapêutica de privação androgénica mostrou eficácia no aumento da sobrevivência livre de progressão radiográfica e da sobrevivência global em todos os doentes com CPmHS, independentemente da carga metastática[2]. Este estudo também mostrou que a apalutamida reduz o risco de progressão da doença em mais de 30% dos doentes e o risco de segunda recidiva até 38%[2]"

À parte dessa controvérsia, qual é o *gold standard* atual no tratamento do CPmHS?

Hoje em dia, o mais comum é utilizar-se a terapêutica de privação androgénica [ADT, na sigla em inglês] associada a outro fármaco. No estudo TITAN[2], no qual também participámos, a apalutamida associada à ADT mostrou eficácia no aumento da sobrevivência livre de progressão radiográfica e da sobrevivência global em todos os doentes com CPmHS, independentemente da carga metastática[2]. Este estudo também mostrou que a apalutamida reduz o risco de progressão da doença em mais de 30% dos doentes (algo nunca antes visto neste estádio de cancro da próstata) e o risco de segunda recidiva até 38%[2].

Referências: 1. Matthew R. Smith, *et al*. N Engl J Med. 2018;378:1408-18. **2.** Kim N. Chi, et al. N Engl J Med. 2019;381:13-24.

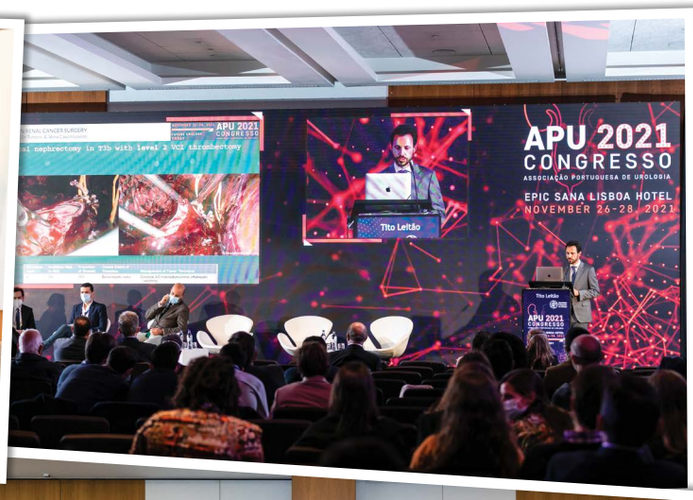
Destaques das entrevistas em vídeo com Álvaro Juárez Soto, Arnaldo Figueiredo e Carlos Silva

Comentários dos moderadores

De acordo com **Carlos Silva**, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, o grande desafio que atualmente se coloca na abordagem aos doentes com CPnmRC relaciona-se com o diagnóstico e, em particular, com a utilização dos novos exames de imagem para decidir o tratamento a aplicar. "Os ensaios clínicos que levaram à aprovação dos fármacos disponíveis só tiveram em consideração os achados imagiológicos dos exames convencionais (cintigrafia óssea, tomografia computorizada e ressonância magnética). Hoje, a PET-CT com gálio68-*PSMA* [antígeno de membrana específica da próstata] permite-nos encontrar focos metastáticos que não são ainda visíveis nos exames convencionais. Assim, terão de ser realizados estudos com os métodos de imagem de nova geração para obtermos uma melhor estratificação da doença, com melhor informação prognóstica e mais adequada seleção da terapêutica."

Por sua vez, **Arnaldo Figueiredo**, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, alerta para as eventuais reservas, por parte de alguns urologistas, em relação à necessidade de adicionar novos agentes hormonais à privação androgénica no CPmHS de baixo volume, a par da renitência em utilizá-los em detrimento da quimioterapia nos casos de alto volume metastático. "Os novos agentes hormonais (em conjugação com a privação androgénica) são tão (ou mais) eficazes que a quimioterapia nestes doentes. O mais importante é perceber o contexto da doença e as suas variantes, para escolhermos a melhor opção terapêutica consoante as características do alvo que queremos atingir", remata.

Instantes



VER MAIS FOTOGRAFIAS COM INSTANTES DO CONGRESSO APU 2021

15h00 – 17h00: *ONCOLOGY ROOM*

Inovações no cancro da próstata localmente avançado e na doença metastática

Os últimos anos têm sido particularmente entusiasmantes para os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do cancro da próstata: o número de terapêuticas com resultados eficazes tem vindo a aumentar, permitindo personalizar, cada vez mais, os tratamentos às características de cada doente. Essas inovações são o foco da discussão da mesa-redonda dedicada aos estádios de doença localmente avançada e doença metastática.

Marta Carreiro

No âmbito do cancro da próstata não metastático resistente à castração (CPnmRC), **João Magalhães Pina** começará por abordar as novas respostas e os desafios no tratamento. Nesse sentido, o urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José recorda que, até há pouco tempo, "este grupo de doentes não dispunha de qualquer tipo de terapêutica". Atualmente, existem dois fármacos aprovados e recomendados para o tratamento do CPnmRC (a enzalutamida e a apalutamida) e um terceiro em vias de aprovação (a darolutamida). "Face aos seus concorrentes, este antiandrogénico de última geração tem a vantagem da baixa penetração da barreira hematoencefálica, com um perfil de tolerância muito favorável devido à reduzida taxa de efeitos secundários." Além disso, João Magalhães Pina destaca a baixa taxa de interação medicamentosa da darolutamida, "uma mais-valia para os doentes polimedicados".

Apesar das boas novidades, o urologista ressalva que a abordagem do CPnmRC ainda enfrenta desafios. "Para podermos tratar os doentes com os fármacos disponíveis, temos de garantir que não existem metástases. Os métodos de imagem mais recentes permitem detetar focos metastáticos que os métodos tradicionais não detetam." É que, como sublinha João Magalhães Pina, "a seleção correta dos doentes é um fator de extrema importância para o sucesso do tratamento".

Doença oligometastática

Em seguida, **Rodrigo Ramos** abordará o tratamento do cancro da próstata oligometastático. Antes de mais, o urologista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa frisa a importância de existir consenso na definição do conceito de doença oligometastática, devido ao seu impacto nos resultados do tratamento. "Um doente ter uma lesão metastática é diferente de ter duas ou três. Depois, é preciso perceber o contexto da doença – se é inaugural, primeira recidiva ou progressão", refere.

Quanto ao tratamento, Rodrigo Ramos vai explicar em que casos se pode optar pela radioterapia, que é considerada como o "tratamento de eleição para os doentes com cancro da próstata oligometastático", e em que casos a cirurgia será a melhor opção. "A radioterapia é mais indicada para casos de doença inaugural ou em primeira recidiva, mas também para doentes com várias metástases, em que apenas uma desencadeia sintomas, sendo que, neste contexto, o seu uso tem intuito paliativo", esclarece. Já a cirurgia "poderá ser mais útil em doentes com recidiva ganglionar pélvica". Contudo, o recurso à cirurgia para tratamento do cancro da próstata oligometastático é relativamente recente, pelo que o urologista recomenda que esta opção seja "analisada com mais pormenor em cada doente".

Declarações em vídeo dos oradores da sessão

Cancro da próstata metastático hormonossensível

Relativamente ao cancro da próstata metastático hormonossensível (CPmHS), o principal objetivo da intervenção de **Chiara Rodrigues** passa por explorar as possibilidades de tratamento existentes, identificando as que poderão ser mais adequadas às características de cada doente. O primeiro conceito que a oncologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Santo António dos Capuchos considera importante esclarecer é o de "doença de alto volume, *versus* doença de baixo volume". No primeiro caso, trata-se de um CPmHS com mais de quatro metástases ósseas, sendo pelo menos uma extra-axial, e/ou mestastização visceral. Os doentes com estas características "poderão beneficiar da quimioterapia com docetaxel".

Por sua vez, "o acetato de abiraterona tem demonstrado eficácia nos doentes de alto risco, com *Gleason* superior ou igual a oito, mais de três metástases ósseas e/ou mestatização visceral". Já a apalutamida e a enzalutamida são benéficas "tanto em doentes com diagnóstico de CPmHS *ab initio*, como em doentes previamente submetidos a terapia local que recidivaram, independentemente do volume da doença", afirma Chiara Rodrigues. No entanto, "há que ter sempre em consideração a avaliação das toxicidades, que podem ser mais manejáveis em alguns doentes do que noutros".

Medicina personalizada e inibidores da PARP

Com o objetivo de esclarecer que o tratamento do cancro da próstata metastático não passa apenas pelas terapêuticas de bloqueio do eixo androgénico, **Arnaldo Figueiredo** fará uma apresentação centrada na medicina personalizada e nos inibidores da enzima poli (adenosina disfosfato-ribose) polimerase (PARP). Neste contexto, o diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra destaca que mais de 20% dos doentes com cancro da próstata metastático revelam alterações na reparação do ADN, que são também motivo de progressão do tumor. "Hoje em dia, dispomos de fármacos que são eficazes no controlo da progressão tumoral associada às alterações na reparação do ADN – os inibidores da PARP."

Arnaldo Figueiredo acredita que, apesar de esta ser uma terapêutica que obriga a estudar o tipo de tumor e as mutações associadas, esse é o futuro, ou seja, "caminhar no sentido de um tratamento cada vez mais personalizado" do cancro da próstata. "Nunca descurando o eixo fundamental (atacar a via do recetor do androgénio), passará a ser possível definir terapêuticas adaptadas a cada caso, recorrendo, por exemplo, ao olaparib em doentes com mutações dos genes de reparação homóloga do ADN BRAC1/2, fármaco que demonstrou ganhos no controlo da doença e na sobrevivência global num ensaio clínico de fase III", conclui o urologista.

A sessão conta ainda com a preleção de **Alina Rosinha**, oncologista no Instituto Português de Oncologia do Porto, que acrescentará mais dados sobre as novas terapêuticas para o cancro da próstata metastático resistente à castração.

The role of surgery for high risk prostate cancer

OPINION // FRANCESCO MONTORSI

// **Urologist and professor in Vita-Salute San Raffael University, Italy**
// **Speaker at the conference between 11:15 and 11:45 am**

In the last decade, radical prostatectomy (RP) has been increasingly employed in the management of high-risk postate cancer (PCa) patients and good oncologic outcomes were reported. As such, in the setting of locally advanced and high-risk PCa, the EAU guidelines recommend to perform radical prostatectomy as part of multi-modal therapy in highly selected patients who may benefit of this surgical procedure. In this context, it is noteworthy that robot-assisted radical prostatectomy (RARP) has become the most common surgical approach performed in patients with localized PCa.

Moreover, magnetic resonance imaging (MRI) has significantly changed the diagnostic pathway of PCa patients and, in the context of surgical planning, it has become a key tool to assess the clinical relevance and the local extent of disease in PCa patients to guide the decision-making process towards the treatment choice. As such, a recent study by Mazzone et al. assessed the key added value of MRI in optimizing preoperative risk stratification and, therefore, in selecting the most appropriate treatment for high risk PCa.

Several authors have demonstrated optimal perioperative outcomes for RARP in advanced PCa cases. Overall complication rate ranged from 4 to 28%, while major complication rate ranged from 0.6 to 9%. These findings suggested that RARP is a relatively safe procedure when performed in high-risk PCa, and not worse with respect to perioperative outcomes when compared with open approach. However, also in contemporary high-risk patients treated with RARP the overall rate of complications is not negligible and in the worst-case scenario may reach 28%.

In studies exploring functional outcomes, urinary continence recovery at 3-year remained above 80%. Overall, it is noteworthy that no major functional impairment even after wide excision of the posterior plane was reported. Regarding erectile function, the 3-year recovery rate ranged between 40 and 54%. The two largest studies assessing the rate of positive surgical margins (PSMs) provided evidence that RARP is associated with lower risk of PSMs relative to open RP in high-risk PCa patients. A recent series of super-extended RARP in patients with evidence of ECE at MRI reported the lowest rate of PSM in the context of a high-risk locally advanced PCa (27%), demonstrating that the integration of robotic approach with MRI may further improve local cancer control

Regarding oncologic outcomes, Gandaglia et al. demonstrated good cancer control outcomes in this context, where two out of three patients are free from BCR recurrence at 3-yr after RARP. The role of pelvic lymph node dissection (PLND) is still debated due to the lack of prospective evidence corroborating its efficacy on oncological outcomes. However, it is well established that a super-extended template allows to improve nodal staging accuracy in high-risk patients. This said, PLND is to date a key phase of RARP in patients with high-risk disease, but its extent should be balanced in the light of potential risk of complications without compromising staging accuracy.

8h00 – 12h15: *FUNCTIONAL AND UROGYNECOLOGY ROOM*

Eduardo Bataller Sánchez, Paulo Temido, Tiago Antunes-Lopes, Frederico Ferronha e Javier Cambronero (à frente, da esquerda para a direita). Ailton Fernandes, Sebastian Ludwig e Rui Pinto (atrás)

Principais desafios em urologia feminina e uroginecologia

Ao longo de toda a manhã de hoje, em duas mesas-redondas com vários peritos nacionais e internacionais, os congressistas podem assistir a uma atualização abrangente sobre múltiplas questões do âmbito da urologia feminina/uroginecologia. Nas quatro páginas que se seguem, publicamos as mensagens-chave que os 16 preletores anteciparam ao *Urologia Actual*.

Avaliação urodinâmica

"Em mulheres com disfunção do aparelho urinário inferior, o estudo urodinâmico é uma mais-valia, pois dá-nos informação que nos ajuda a escolher a abordagem terapêutica mais indicada para cada doente. Se há casos que, à primeira vista, não nos parecem complicados, depois de fazermos este estudo, podemos perceber que existem perfis miccionais desfavoráveis que podem sugerir um maior risco de complicações pós-cirúrgicas ou *outcomes* funcionais desfavoráveis. Por exemplo, antes de operarmos uma mulher com incontinência urinária de esforço, é essencial termos evidência de um bom esvaziamento. As avaliações sumárias, baseadas somente na sintomatologia e na medição do resíduo pós-miccional, têm limitações, podendo a doente apresentar defeito de esvaziamento significativo após a intervenção, com as respetivas consequências."
// Ricardo Pereira e Silva, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

Tratamento da IU em mulheres com deficiência esfincteriana

"A abordagem retropúbica traz vantagens à cirurgia com slings sintéticos, que é a mais utilizada no Brasil para tratamento da incontinência urinária (IU) em mulheres com deficiência esfincteriana intrínseca. Atualmente, a maioria das cirurgias da IU recorre a *slings* colocados sob a uretra média. Quando existe deficiência esfincteriana intrínseca, prefiro utilizar a via retropúbica, pois os estudos mostram que, comparativamente à via transobturadora, os resultados são ligeiramente superiores em termos de cura objetiva, além de ser uma técnica eficaz a longo prazo. Já nos casos de bexiga hiperativa refratária, a principal vantagem da neuromodulação sacral relaciona-se com a avaliação holística da doente. Esta técnica é uma mais-valia em doentes com dor pélvica associada, uma vez que permite organizar o reflexo miccional com efeito sobre o intestino, podendo melhorar a incontinência fecal associada. Além disso, a neuromodulação sacral tem um resultado mais duradouro do que a toxina botulínica – a troca de gerador faz-se entre cinco a sete anos após a sua introdução, sendo que, hoje em dia, já existem geradores recarregáveis."
// Ailton Fernandes, coordenador do Departamento de Uroneurologia e Disfunções Miccionais do Hospital Federal do Andaraí, no Brasil

Incontinência urinária de urgência

"Nos últimos dez anos, temos assistido à emergência de novas formas de pensar e, hoje em dia, a IU de urgência não é considerada uma doença, mas sim um conjunto de doenças. Para podermos avançar com um tratamento, é necessário perceber o que está na origem do problema, que será o nosso alvo terapêutico. Cada doente com IU de urgência precisa de uma abordagem baseada na medicina individualizada, que alie a vertente farmacológica à comportamental e de reabilitação do pavimento pélvico. O ideal, e espero que no futuro seja possível, é sabermos, aquando do diagnóstico, qual a origem da IU de urgência para iniciarmos, de imediato, o tratamento mais adequado. Infelizmente, na atualidade, ainda tratamos estes doentes à base de tentativa e erro, experimentando várias terapêuticas e avaliando qual será mais benéfica para cada caso, podendo as opções variar com a evolução das doenças." // **Luís Abranches Monteiro, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz**

Futuro da cirurgia na IU de esforço

"Desde os anos de 1990 que os *slings* sintéticos suburetrais são o *gold standard* no tratamento da IU de esforço em mulheres. Contudo, nos últimos cinco anos, tem existido uma relevante campanha de desincentivo ao uso de materiais sintéticos em cirurgias do pavimento pélvico, devido às suas potenciais, e reais, complicações. Ainda assim, na minha opinião, os *slings* sintéticos continuam a ser úteis e são a opção com melhor relação custo/eficácia. As alternativas disponíveis, como a colposuspensão de Burch e os *slings* autólogos, implicam maior morbilidade, cirurgias mais prolongadas e, globalmente, não são mais eficazes. Por outro lado, tanto a International Continence Society (ICS) como a European Association of Urology (EAU) continuam a colocar os *slings* sintéticos suburetrais como uma boa opção no tratamento da IU de esforço. A minha opinião é que estes *slings* devem continuar a ser a primeira linha de tratamento para a IU de esforço feminina, seja nos casos mais simples, em doentes sem tratamento prévio, seja nos subgrupos mais complicados, que integram doentes com patologias complexas ou que falharam tratamentos prévios." // **Paulo Temido, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Toxina botulínica na bexiga hiperativa refratária

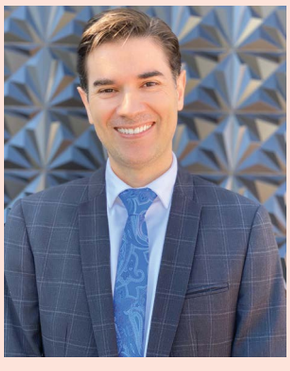
"No tratamento da bexiga hiperativa refratária, a toxina botulínica (TB) apresenta-se como uma opção extremamente eficaz, sem grandes efeitos laterais. Na minha apresentação, vou falar sobre os estudos que levaram à sua aprovação, bem como os seus resultados a longo prazo. Pretendo destacar que o tratamento da bexiga hiperativa refratária é uma 'carruagem em andamento' – depois de a terapêutica médica entrar em falência, a próxima 'paragem' pode ser a TB, seguindo-se a neuromodulação sagrada e, por fim, a cistoplastia de aumento, entre outros procedimentos. A TB tem uma grande limitação que poderá estar relacionada com a sua reconstituição ou com o método de administração – não produz resultados satisfatórios em até um por cada quatro casos de bexiga hiperativa refratária tratados. Há também uma pequena percentagem de doentes, até 5%, que podem desenvolver infeções urinárias. No entanto, no seu objetivo primário, ou seja, diminuição dos episódios de IU, a TB é eficaz e apresenta uma potência terapêutica superior, comparativamente aos fármacos alternativos." // **Rui Pinto, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto**

CESA/VASA

"A CESA/VASA é uma nova técnica cirúrgica, criada por mim e pelo meu grupo de trabalho, para o tratamento do prolapso do pavimento pélvico através da substituição bilateral dos ligamentos sagrados do útero. Esta é uma técnica padronizada, que se realiza por via laparoscópica, na qual utilizamos sempre os mesmos marcos anatómicos e o mesmo tipo de rede para a fixação apical, o que nos permite comparar os resultados clínicos. Na sessão, vou apresentar os nossos resultados dos primeiros dois anos de utilização desta técnica em doentes com descida apical do útero, ou da vagina, e com IU concomitante, que parecem ser as que mais beneficiam desta técnica. Posso desde já adiantar que a CESA/VASA é particularmente eficaz em doentes com IU de urgência, que, além da correção anatómica do prolapso, também apresentam melhorias ao nível da incontinência urinária. A CESA/VASA poderá ser um tratamento válido em terceira linha, com a grande vantagem de se utilizar apenas uma pequena quantidade de material sintético, uma rede com 4 mm de largura e 9 cm de comprimento, em substituição dos ligamentos sagrados do útero." // **Sebastian Ludwig, chefe da Divisão de Cirurgia Reconstrutiva do Pavimento Pélvico e do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Colónia, na Alemanha**

Cistoplastia de aumento

"A cistoplastia de aumento é um tratamento de última linha para as pessoas que sofrem com bexiga hiperativa refratária. Trata-se da ampliação da bexiga em doentes com baixa capacidade de armazenamento e que se mostraram refratários às demais alternativas terapêuticas. Esta é uma abordagem invasiva e o tecido utilizado na ampliação da bexiga, usualmente, advém do íleo terminal. É importante enfatizar que, apesar da morbilidade associada, que não deve ser ignorada, há indicação para esta modalidade de tratamento em casos selecionados, especialmente quando há redução da complacência vesical ou dor pélvica crónica associada, após verificar refratariedade aos tratamentos menos invasivos. Nestes casos, a cistoplastia de aumento pode proporcionar um benefício marcado. É também relevante lembrar que, depois deste procedimento, não é incomum a necessidade de esvaziamento assistido com cateterismo vesical intermitente, quando não se dá o completo esvaziamento da bexiga através da micção espontânea. Este aspeto deve ser sempre discutido com os pacientes candidatos ao tratamento, para um adequado alinhamento de expectativas e com vista a uma decisão compartilhada." // **Márcio Augusto Averbeck, coordenador de Neurourologia no Núcleo de Disfunções Miccionais do Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Brasil**



Continua

O enigma da bexiga hipoativa

"A síndrome de bexiga hipoativa tem uma etiologia multifatorial, cujas possíveis causas podem ser, entre outras, o envelhecimento, a obstrução infravesical, a isquemia, a diabetes, etc. A ausência de terapêuticas farmacológicas eficazes resulta do desconhecimento dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes a estas causas. Na disfunção neurogénica, o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de São João tem realizado investigação básica e de translação centrada na via aferente. Na sessão, vou apresentar dados de um estudo experimental levado a cabo pelo Dr. Luís Vale, que verificou que ratos com detrusor hipoativo após obstrução infravesical apresentavam franca diminuição de adenosina trifosfato (ATP) libertada pelo urotélio. Contudo, a desobstrução precoce permitia a normalização dos níveis de ATP e a recuperação da função vesical, sugerindo que a sinalização purinérgica, tal como outras formas de estimulação da via aferente vesical, poderão constituir um alvo para o tratamento eficaz do detrusor hipoativo após obstrução infravesical, pelo menos numa fase inicial.

Outros potenciais tratamentos farmacológicos para a bexiga hipoativa poderão passar por antioxidantes e agentes antifibróticos, que previnam o stresse oxidativo e a fibrose vesical, no contexto de isquemia, obstrução e do próprio envelhecimento. A esse propósito, destaco um trabalho de investigação do interno Gabriel Costa, do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, que está a avaliar os sintomas urinários de doentes medicados com inibidores do SGLT-2. Esta classe de fármacos antidiabéticos orais tem mostrado propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e antifibróticas a nível do músculo cardíaco, que nos parece que podem ter uma translação para a bexiga. Finalmente, destaco o papel que o tratamento com células estaminais e a terapia génica poderão ter no futuro na síndrome de bexiga hipoativa."
// Tiago Antunes-Lopes, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João

Prevenção e tratamento de complicações pós-cirúrgicas

"As principais complicações após cirurgia de IU com *slings* sintéticos são a extrusão vaginal de segmentos da prótese implantada, a erosão da prótese para as estruturas adjacentes, a dor crónica e o surgimento de disfunções miccionais, entre as quais a obstrução após tratamento é a mais relevante. Estas complicações, à exceção da extrusão vaginal e da erosão das estruturas adjacentes, também podem ocorrer com os *slings* autólogos. No caso das disfunções miccionais e da obstrução após *sling*, a principal dúvida reside em saber qual o melhor *timing* para a reintervenção cirúrgica, que depende do estado da obstrução ao diagnóstico. Para quadros obstrutivos logo no período pós-operatório, há uma técnica que o meu grupo apresentou no Congresso da International Continence Society, que consiste em fazermos secções parciais ou colocadas de maneira a ampliar o comprimento do *sling*, sem o romper na totalidade, para que continue funcional. Nos casos em que o diagnóstico da obstrução é mais tardio, geralmente, aparece uma fibrose em torno da uretra, para resolução da qual teremos de utilizar alternativas mais extensas, como a uretrólise, por vezes com acesso através de uma incisão acima do meato urinário, para tentarmos mobilizar a uretra." **// Cassio Riccetto, coordenador do Grupo de Urologia Feminina e chefe da Disciplina de Urologia na Universidade Estadual de Campinas, em São Paulo, Brasil**

Redes sintéticas nos prolapsos do pavimento pélvico

"A minha apresentação surge no seguimento das proibições e restrições que têm surgido para o uso de redes sintéticas na correção de prolapsos do pavimento pélvico. O problema das cirurgias que não utilizam redes e que fazem uso dos próprios tecidos do corpo feminino para correção do prolapso é a pouca durabilidade dos resultados a longo prazo. As redes sintéticas, apesar de apresentarem altos índices de cura objetiva, não são isentas de efeitos indesejáveis, uma vez que aproximadamente 10% dos casos de cirurgia com redes sintéticas resultam em complicações com impacto no dia-a-dia. A mensagem que pretendo passar é que podemos utilizar a cirurgia sem redes sintéticas no tratamento do prolapso do pavimento pélvico, contudo, não devemos descurar a alternativa com redes. Para minorar riscos, devemos identificar os cirurgiões com maior curva de aprendizagem nesta técnica e fazer uma correta seleção das doentes que poderão beneficiar das redes sintéticas, diminuindo, assim, a taxa de complicações a que assistimos atualmente. Além disso, é essencial partilhar com as doentes os prós e contras da cirurgia com redes sintéticas, de forma a obter o seu consentimento informado e, principalmente, não ignorar as suas queixas e preferências."
// João António Pereira-Correia, urologista no Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Cirurgia vaginal sem redes

"As técnicas cirúrgicas sem redes são muito antigas e, recentemente, voltaram a ser tendência, pelo que pretendo discutir as inúmeras perspetivas e formas de abordagem ao nosso dispor. Identificar o tipo de prolapso do pavimento pélvico é crucial na escolha da técnica cirúrgica. Por exemplo, a colpocleise permite resolver o prolapso através do encerramento vaginal. Esta é uma técnica menos agressiva, porque não obriga a abertura de espaços, nem a utilização de ligamentos escondidos. Apesar de esta ser uma cirurgia relativamente demorada, com duração aproximada de uma hora, a recuperação das doentes é rápida. No entanto, depois da colpocleise, as doentes deixam de poder ter relações sexuais, o que pode ser inconveniente para muitas. Por esse motivo, reservamos esta cirurgia para mulheres de idades mais avançadas, usamos o mínimo de anestesia e tentamos ser o menos agressivos possível. Existem outras técnicas de correção do prolapso apical sem redes, que também são eficazes e permitem conservar a vagina. De resto, todos os procedimentos sem redes podem ser realizados com recurso à cirurgia raquidiana."
// Eduardo Bataller Sánchez, ginecologista no Hospital Clínic de Barcelona

Vantagens da cirurgia com redes

"A pesar das controvérsias em torno da cirurgia com redes no tratamento do prolapso do pavimento pélvico, existem indicações para este procedimento. Esta técnica pode ser utilizada, por exemplo, nos casos em que a via abdominal está contraindicada por múltiplas cirurgias ou patologia intestinal, com prolapso recorrente, e quando a anestesia geral está contraindicada. A cirurgia com redes é mais rápida de executar do que a laparoscopia, implica menos lesões vesicais do que a colpossacropexia, mas a sacrocolpopexia tem melhores *outcomes* sem ensaios clínicos randomizados. No entanto, hoje em dia, temos problemas decorrentes da legislação. A mensagem que pretendo passar é que a cirurgia transvaginal com redes não está contraindicada em todos os casos e que, pelas suas possíveis complicações, só deve ser realizada por cirurgiões experientes e devemos sempre ter em conta a opinião das doentes e informá-las acerca dos riscos e benefícios do procedimento."
// **Javier Cambronero, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Infanta Leonor, em Madrid**

Laparoscopia no prolapso do pavimento pélvico

"A laparoscopia é uma técnica minimamente invasiva com a qual, através de quatro pequenos trocares, conseguimos corrigir o prolapso urogenital de componente apical, com vantagens em termos de recuperação e mesmo de *outcomes* futuros. Nas mulheres jovens, o benefício da laparoscopia é evidente, porque lhes permite manter uma vida sexual ativa, com muito reduzidas taxas de complicações. Obviamente, esta técnica exige uma elevada curva de aprendizagem, mas, depois de adquiridos os conhecimentos, é gratificante realizá-la. Há estudos que nos dizem que a laparoscopia tem vantagens em relação à intervenção por via vaginal, nomeadamente menor risco de erosão da rede, melhor recuperação e menor risco de reintervenção por recidiva do prolapso. Comparativamente à robótica, a laparoscopia tem um custo significativamente inferior. Em suma, as três principais mais-valias deste procedimento são a qualidade de vida, a eficácia e a segurança."
// **Frederico Ferronha, urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José**

Mais-valias da robótica

"Na minha apresentação, vou referir alguma da evidência que sustenta que a abordagem robótica é a melhor opção para corrigir o prolapso do pavimento pélvico. Uma publicação recente do Dr. Patrick Culligan mostra que a taxa de sucesso da cirurgia robótica a cinco anos é de 90%. Comparando este resultado com qualquer outra abordagem, a cirurgia robótica é claramente vencedora. Por outro lado, as publicações do meu grupo de trabalho mostram que é possível aumentar essa taxa de 90% de sucesso para 95-97%, se a cirurgia robótica for assistida por ultrassom. Um dos principais benefícios desta abordagem é o facto de ser minimamente invasiva, com a doente a retornar a casa em menos de 24 horas. A recuperação é também mais rápida, com menos dor do que as outras abordagens. Uma das limitações apontadas à cirurgia robótica é o seu custo, contudo, existem diversas empresas que estão a desenvolver esta tecnologia, pelo que acredito que, no futuro, encontrando-se mais disseminada pelos hospitais e pelo mundo, o preço da cirurgia robótica vai baixar."
// **Hugo Davila, urologista no Florida Cancer Specialists & Research Institut, nos EUA**

Gestão das complicações da cirurgia com redes

"Entre as complicações da cirurgia com redes, vou destacar a obstrução e a extrusão vaginais. Um dos aspetos mais importantes para decidirmos o tratamento a aplicar é a realização de exames de diagnóstico que nos permitem ter a certeza do tipo de complicações a resolver. Há casos que exigem somente uma vigilância ativa e outros mais complexos, nos quais devemos intervir, por via vaginal ou por via combinada para retirar a rede, sendo que a minha preferência recai sobre a laparoscopia. Os exames de diagnóstico passam pela exploração vaginal, a realização de cistoscopia e o recurso a métodos de imagem, seja a ressonância magnética ou a ecografia. Se a doente tiver queixas de dor, devemos realizar um estudo neurofisiológico dos nervos sagrados e do nervo pudendo. Se a doente estiver a ser acompanhada por um centro onde não existe possibilidade de realizar este diagnóstico, é fundamental que seja referenciada para um centro com esses recursos." // **Luis López-Fando, urologista no Hospital Universitário La Princesa e na Clínica UroLF, em Madrid**

Encarceramentos nervosos intrapélvicos

"Com o desenvolvimento das técnicas avançadas de laparoscopia retroperitoneal e o maior conhecimento da anatomia do plexo lombossacral intrapélvico, nos últimos anos, registou-se um progresso significativo no âmbito dos encarceramentos nervosos. É muito importante que homens e mulheres com dor resultante dos encarceramentos intrapélvicos tenham acesso ao tratamento. Estima-se que 7% das mulheres submetidas a histerectomia vaginal por prolapso uterino desenvolvem dor neuropática no pós-operatório. Boa parte dessas doentes não é diagnosticada, porque os encarceramentos intrapélvicos produzem sintomas relacionados com os dermátomos dos nervos e não necessariamente dor pélvica, que acaba por ser um sintoma secundário. Nestes casos, devemos ver se há dor no nervo ciático, dor perineal, sintomas urinários refratários ou disfunção sexual relacionada com os encarceramentos. Dispomos já de novos métodos de diagnóstico, como a tractografia, uma técnica normalmente utilizada no sistema nervoso central, mas que já tem indicação clínica para ser aplicada no sistema nervoso periférico intrapélvico."
// **Nucélio Lemos, docente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Toronto, no Canadá**

Destaques das entrevistas em vídeo com os 16 preletores das mesas-redondas dedicadas à urologia feminina e à uroginecologia

15h00 – 16h30: *FUNCTIONAL AND UROGYNECOLOGY ROOM*

Urologia reconstrutiva de referência

Francisco Martins (moderador), Henriette Veiby Holm e Kurt McCammon

Na sessão conjunta da Associação Portuguesa de Urologia (APU) com a Society of Genitourinary Reconstructive Surgeons (GURS), especialistas de referência mundial nesta área vão discutir temas de particular atualidade. A hipospadia nos adultos, casos complexos de destruição da bexiga após tratamento do cancro da próstata ou terapêuticas ideais para a estenose uretral feminina são alguns dos tópicos em análise.

Pedro Bastos Reis

A mesa-redonda abre com a apresentação de casos clínicos por cada um dos palestrantes, que, de seguida, incidirão sobre as respetivas componentes teóricas. Kurt McCammon, professor e diretor do Departamento de Urologia da Eastern Virginia Medical School, em Norfolk, nos Estados Unidos, vai discorrer sobre as complicações associadas à hipospadia em adultos, um "problema complexo e que ocorre com bastante frequência". "Em muitos doentes, esta patologia só se revela mais tarde, muitas vezes devido a cirurgias malsucedidas. As complicações que vemos com mais frequência são estenoses, formação de fístulas ou problemas de curvatura do pénis", refere o especialista.

Kurt McCammon sublinha a importância do diálogo aberto com o doente, até porque, em muitos casos, a solução passa por novas cirurgias, nomeadamente a uretroplastia peniana. "É fundamental termos uma conversa honesta com os doentes para termos a certeza de que compreendem que os resultados da nova cirurgia podem não corresponder ao que esperam."

Por seu turno, Henriette Veiby Holm, urologista no Hospital Universitário Rikshospitalet, em Oslo, Noruega, vai incidir sobre as complicações mais graves ao nível da bexiga dos tratamentos do cancro da próstata, nomeadamente a destruição do segmento infravesical ou a destruição da bexiga e da uretra posterior. "Regista-se um aumento do número de doentes que fazem terapêutica multimodal para o cancro da próstata, nomeadamente cirurgia, radioterapia e até alguma terapia focal, cujo risco de complicações é maior", sublinha.

Nos casos mais complexos, incluindo a estenose entre a bexiga e a uretra, os doentes precisam de mais abordagens para além da terapêutica da incontinência urinária. "Às vezes, conseguimos reconstruir o segmento infravesical ou abrir a estenose, mas, caso tenha ocorrido destruição da bexiga, a abordagem é mais difícil e a solução pode passar pela derivação urinária", elucida Henriette Veiby Holm.

Os dilemas em torno das estenoses recorrentes após ressecção transuretral da próstata serão, de seguida, debatidos por **Nicolaas Lumen**, urologista e professor na Universidade de Gent, na Bélgica. "O principal receio é o risco de incontinência urinária, uma vez que os doentes perderam o seu mecanismo esfincteriano interno após a ressecção transuretral da próstata", diz o preletor, que, no entanto, considera que os riscos da reconstrução são hoje menores. "Com as técnicas atuais, conseguimos fazer reconstruções do colo vesical com risco de recorrência de estenoses bastante baixo."

Nicolaas Lumen nota ainda que a tendência é tratar os doentes com estenoses pós-ressecção transuretral da próstata através de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, inclusive, mais recentemente, com recurso à cirurgia robótica. Sobre o futuro, o urologista antevê que "a reconstrução do colo vesical poderá ser feita com uma técnica de inserção de enxerto da mucosa bucal".

Tratamento da estenose uretral feminina

Na segunda parte da mesa-redonda, os três preletores vão discutir o tratamento da estenose uretral feminina. "Nas estenoses residuais, podemos optar pelas uretroplastias abertas", defende Henriette Veiby Holm, que abordará a terapêutica conservadora e endoluminal, nomeadamente os casos em que estas respostas falham. "Na Noruega, é muito raro encaminhar as doentes com estenose uretral para cirurgia aberta ou uretroplastia. As mulheres mais jovens, com fortes hipóteses de cura, são boas candidatas à etapa seguinte", frisa a urologista.

De seguida, Kurt McCammon vai apresentar uma revisão histórica sobre o recurso aos retalhos na uretroplastia feminina, uma técnica que, apesar de estar a perder relevância, não deve ser descurada. "Não devemos estar numa sala de cirurgia sem saber como utilizar os retalhos, pois, apesar de raros, há casos em que devem ser utilizados, como nas reconstruções totais da uretra", recomenda o urologista norte-americano.

Por fim, Nicolaas Lumen comentará o tratamento da estenose da uretra feminina com recurso a enxertos. "Na uretroplastia masculina, utilizamos enxertos há décadas e existe um interesse cada vez maior em tratar as mulheres da mesma forma", contextualiza. O especialista realça que o ponto-chave desta técnica é conseguir que o enxerto seja colocado eficazmente para que possa crescer na uretra, com os níveis necessários de sangue e oxigénio. "Há cura para as doentes com estenose da uretra, que, geralmente, passa por uma uretroplastia relativamente complexa. Por isso, é importante enviar estas doentes para centros de referência", remata o urologista belga.

Destaques das entrevistas com Kurt McCammon, Henriette Veiby Holm e Nicolaas Lumen

16h30 – 17h00: *CONFERÊNCIA "BEST APPROACH TO BPH"*

Wake-up call para a hiperplasia benigna da próstata

OPINIÃO // JOSÉ SANTOS DIAS // Diretor clínico do Instituto da Próstata

Quando comecei a trabalhar em Urologia, a próstata era o órgão mais importante da nossa atividade, que passava, fundamentalmente, pela hiperplasia benigna da próstata (HBP). Essa tendência foi-se invertendo e cada vez tratamos mais doentes com doença oncológica, pelo que a HBP foi perdendo importância. De tal forma assim é que, hoje em dia, não existem *guidelines* específicas para a HBP da European Association of Urology, mas antes para os sintomas do trato urinário inferior (LUTS). Começou-se a desvalorizar a componente da hiperplasia, a vertente obstrutiva e orgânica, que possivelmente estará na base da maioria das alterações funcionais, dando lugar aos sintomas do aparelho urinário inferior, dos quais se fala cada vez mais.

Por isso, nesta conferência, o meu principal objetivo é partilhar algumas ferramentas que ajudem na seleção da terapêutica mais adequada para cada doente com HBP, sabendo que existem várias possibilidades, umas mais invasivas do que outras, em função de diversos parâmetros, como a intensidade dos sintomas, o volume da próstata e as repercussões para o doente. A maior parte dos doentes são tratados com terapêutica médica, que não tem recentemente registado grandes avanços. Contudo, há muitas teorias fisiopatogénicas em estudo e novas moléculas poderão surgir, a curto ou médio prazo.

Num patamar seguinte, temos as técnicas minimamente invasivas (como o Urolift e o Aquablation, não disponíveis em Portugal, ou o Rezum, já praticado no nosso país) e as cirurgias endoscópicas. Se, por um lado, recorremos cada vez menos à ressecção clássica, por outro, há novas técnicas endoscópicas com recurso a laser ou energia bipolar, como a enucleação, que permitem tratar próstatas de maior volume por esta via de abordagem. Para estes doentes, até há pouco tempo, a única hipótese era a cirurgia aberta, mas, atualmente, fazemos cada vez mais cirurgias endoscópicas e, para próstatas realmente muito volumosas, laparoscópicas, com bons resultados e benefícios para os doentes.

Espero que, no final da minha apresentação, não restem dúvidas de que a HBP existe como entidade nosológica e não temos de tratar apenas as consequências do problema: podemos, e devemos, tratar a causa. Apesar de o nexo de causalidade entre a HBP e grande parte da sintomatologia apresentada pelos doentes ainda não ser totalmente claro, é preciso não esquecer que o volume aumentado da próstata é um problema. Vemos muitos doentes que são operados e melhoram significativamente, assim como outros que são submetidos a técnicas não tão invasivas como a cirurgia, mas que também melhoram. Portanto, importa não desvalorizar o tratamento "desobstrutivo" da HBP, porque é eficaz e melhora a qualidade de vida dos doentes.

José Santos Dias comenta o papel das diferentes opções de tratamento da HBP

10H00 – 10h20

Papel da reabilitação física na vida do doente oncológico

Na sua conferência de amanhã, **Andreia Capela**, oncologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, vai apresentar os programas ONCOMOVE e PROSTATA_MOVE, que comprovam a importância da multidisciplinaridade na abordagem aos doentes oncológicos. Fundado em 2018, o ONCOMOVE é um programa da Associação de Investigação de Cuidados de Suporte em Oncologia (AICSO), à qual Andreia Capela preside, que tem como objetivo promover a reabilitação do doente oncológico através de três pilares: investigação, formação dos profissionais de saúde e comunidade.

Segundo Andreia Capela, o ONCOMOVE tem uma ligação especial com a Urologia, uma vez que "várias patologias desta especialidade implicam reabilitação antes e depois da abordagem cirúrgica, por exemplo", particularmente o cancro da próstata, para o qual a AICSO criou um programa específico – o PROSTATA_MOVE. "A importância da reabilitação física é suportada por *guidelines* e estudos internacionais, que mostram o benefício de uma intervenção com exercício físico, como treino aeróbico ou treino de força, em doentes com cancro da próstata submetidos a castração hormonal", justifica a oncologista.

Quanto aos desafios da reabilitação dos doentes com cancro da próstata, a conferencista destaca o sedentarismo, a distância geográfica e o facto de as unidades do Serviço Nacional de Saúde, na sua maioria, não integrarem a reabilitação como componente do tratamento oncológico. "Esta vertente vai para além do que é feito nos hospitais, ou seja, depois do tratamento, o doente é devolvido à comunidade, mas temos de o incentivar a manter-se ativo e a fazer programas de reabilitação física", realça a presidente da AICSO.

Na sua conferência, Andreia Capela vai ainda chamar a atenção para a importância da multidisciplinaridade no processo de reabilitação para além do tratamento oncológico, englobando a gestão de todos os cuidados de suporte a cada doente. "Tal como investimos nas abordagens curativas, temos de investir igualmente nas abordagens de suporte multidisciplinar, para conseguirmos os melhores *outcomes* possíveis nos doentes que cuidamos", conclui a oncologista.

Pedro Bastos Reis

Destaques em vídeo da entrevista com Andreia Capela

15h00 – 16h30

Presente e futuro na prevenção e no tratamento da litíase

A última mesa-redonda do Congresso APU 2021 será dedicada à urolitíase, com o futuro do laser, a gestão dos doentes (quer na prevenção quer na terapêutica), a abordagem aos casos complexos e a análise de cálculo renal em debate. Seguem-se as mensagens que os quatro preletores anteciparam ao *Urologia Actual*.

Laser – o futuro é agora

"No tratamento da litíase urinária, o laser de hólmio tem sido, incontestavelmente, o *gold standard* nos últimos 25 anos. Contudo, desde há dois anos, desenvolveu-se uma nova tecnologia: o laser de fibra de túlio. Este novo laser tem um desempenho muito melhor que o laser de hólmio, pois não só consegue fragmentar cálculos urinários, como também pulverizá-los, utilizando parâmetros de energia bastante inferiores e com menor consumo energético global. Além disso, é muito mais rápido e eficaz, pelo que conseguimos operar doentes com litíase renal de modo mais célere, alguns dos quais antes não nos atrevíamos a abordar por ureterorrenoscopia flexível, devido às grandes dimensões dos seus cálculos. Com o laser de fibra de túlio, conseguimos oferecer tratamentos menos invasivos, que, de outra forma, teriam de ser realizados por cirurgia percutânea. Esta tecnologia inovadora também permite a utilização de fibras mais pequenas, o que faz com que, no futuro, possamos miniaturizar ainda mais os nossos instrumentos. Essa miniaturização abre caminho para outras inovações tecnológicas, que antes não seriam possíveis, dada a falta de espaço para integrar novas funcionalidades nos instrumentos. Contudo, começam também a surgir outros tipos de laser, nomeadamente os lasers de túlio pulsados (*pulsed Thu:YAG*), que também parecem promissores no tratamento da litíase urinária. Perspetivo que os próximos anos serão ainda mais entusiasmantes neste campo, com tecnologias cada vez mais inovadoras e céleres, permitindo tratar os doentes de um modo ainda mais eficiente."
// Peter Kronenberg, urologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa

Gestão dos doentes: da prevenção à terapêutica

"O acompanhamento e a gestão dos doentes para prevenir a formação de novos cálculos e o surgimento de novos episódios de cólicas renais são aspetos muito importantes. Para prevenir a recidiva, é essencial promover a mudança dos hábitos alimentares do doente, o que exige tempo. A ingestão de líquidos é essencial, bem como a redução do consumo de sal e uma ingestão moderada de proteína e de cálcio, sem esquecer a importância do consumo de frutas e vegetais. Depois, em termos farmacológicos, temos a metionina, um aminoácido que é administrado duas vezes por dia e permite gerir algumas alterações, nomeadamente no grupo muito específico de doentes com recidivas frequentes e com cálculos de infeção que se formam devido ao aumento do PH da urina. Em termos cirúrgicos, a litotrícia extracorporal e por ondas de choque ainda tem lugar nos dias de hoje, sendo que a chave do seu sucesso está na seleção adequada dos doentes."
// Vítor Cavadas, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António

Desafios dos casos complexos

"A litíase urinária, sobretudo a nível renal, é uma patologia extremamente prevalente em Urologia e, apesar de grande parte das cirurgias endourológicas ou percutâneas serem bem-sucedidas e relativamente lineares, existem casos que fogem a esta regra. No dia-a-dia, todos nos cruzamos com essas situações mais complexas e nem sempre o conhecimento necessário está disponível na literatura. Na apresentação, vou partilhar a experiência da nossa unidade de litíase urinária com uma seleção de casos complexos, por exemplo de litíase pediátrica, calcificações extremas, fragmentação de *stents* uretrais ou remoção de corpos estranhos do ureter. Para situações como estas, em termos de resolução cirúrgica, muitas vezes temos de encontrar soluções de improviso, sempre dependentes do material disponível, da capacidade e da experiência cirúrgica da equipa. O meu conselho é que devemos esperar sempre o pior, tentando ter sempre disponível o material necessário para a primeira, a segunda ou a terceira alternativa. Perante desafios imprevisíveis, só com base em pressupostos de segurança é que o procedimento cirúrgico poderá ser bem-sucedido."
// Pedro Baltazar, urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José

Importância da análise do cálculo renal

"Devido ao seu caráter recorrente, a litíase causa grande morbilidade. A única forma que temos para evitar a sua recorrência é aplicar a melhor terapêutica possível e adaptada ao tipo de litíase, sendo que o melhor caminho para lá chegarmos é a análise do cálculo. Como, cada vez mais, tem sido difícil recuperar cálculos, porque os procedimentos utilizados hoje em dia acabam por levar à pulverização completa, a análise de cálculo deve ser morfoconstitucional. Para o futuro, espera-se que algumas técnicas de inteligência artificial possam contribuir para a determinação da morfologia e da natureza dos cálculos renais. Já no presente, a Nefrologia pode dar um contributo muito importante no diagnóstico dos casos mais complexos de litíase e no seguimento de doentes que desenvolvam insuficiência renal, libertando os urologistas para as situações que exigem intervenção cirúrgica, com a manutenção de um seguimento médico articulado."
// Nuno Fonseca, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral

Destaques das entrevistas em vídeo aos quatro oradores da mesa-redonda sobre litíase

DornierMedTech

NAUTILUS

FLEXIBILIDADE INSUPERÁVEL

- Livre acesso à mesa 360 °
- Gama completa de movimentos
- Eleva os padrões de proteção RX
- Alta resolução em todos os ângulos
- Sistema interdisciplinar
- *UpTime* garantido com o *DornierCare*

THULIO

NOVA GERAÇÃO LASER Tm:YAG

Faz tudo... e melhor!

Pending CE/FDA Registration.

>10% mais eficiente do que Ho:YAG

Captive Mode reduz a retropulsão em **55%**

Dusting consideravelmente superior ao Ho:YAG

Enucleação eficiente com tecnologia de ponta

DORNIER MEDTECH ESPAÑA, S.L.
Av. Alcalde Barnils, 64-68 Mod. A 1° 3ª
08174 San Cugat del Vallés (Barcelona)
Rep. Portugal - Artur Oliveira | +351 919 853 193 | aoliveira@dornier.com

10h50 – 12h10

Necessidades não preenchidas no cancro do testículo

Dos novos biomarcadores à importância da abordagem multidisciplinar, o cancro do testículo estará em foco na mesa-redonda "*Testicular cancer – reference centers*". Um dos momentos altos será a apresentação de experiências internacionais de sucesso em termos de centros de referência.

Pedro Bastos Reis

Com uma apresentação centrada nos tumores de células germinativas do testículo do adulto jovem, **João Lobo**, interno de Anatomia Patológica no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto e investigador júnior no Grupo de Epigenética e Biologia do Cancro, sublinha que "há uma grande necessidade de encontrar novos biomarcadores não invasivos", nomeadamente através de biópsias líquidas, porque, atualmente, "o diagnóstico definitivo e a estratificação da doença realizam-se já após a orquiectomia". Já os biomarcadores para *follow-up* ganham particular relevância nos doentes de baixo risco, nos quais existe o risco de sobretratamento.

"É importante dispormos de biomarcadores de risco que identifiquem a subpopulação específica de doentes que poderá beneficiar da quimioterapia, distinguindo-os dos doentes que podem ser mantidos em vigilância ativa através de consultas, exames imagiológicos e análise de biomarcadores adequados", afirma. Neste campo, João Lobo sublinha o papel que o biomarcador microRNA-371a-3p pode desempenhar no *follow-up* dos doentes em estádio 1. Já nos casos de doença metastática com evidência de teratoma, este microRNA não é informativo, daí a "necessidade de encontrar outros biomarcadores que permitam identificar especificamente o teratoma".

Na preleção seguinte, **Torgrim Tandstad**, oncologista e professor no St. Olavs University Hospital, na Noruega, vai partilhar a experiência do Swedish-Norwegian Testicular Cancer Group (SWENOTECA) no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento de doentes com cancro do testículo. Fundado em 1981, este grupo de estudo multidisciplinar é composto por especialistas suecos e noruegueses, que registam todos os doentes dos dois países com este cancro, o que permite, além de fomentar a investigação e elaborar *guidelines*, melhorar a referenciação e otimizar a terapêutica.

"Ao registar cada caso prospectivamente, temos sempre os dados relativos à forma como os doentes são tratados e aos resultados do tratamento. Assim, podemos verificar se estamos a agir corretamente", explica o oncologista. Em termos de resultados, Torgrim Tandstad destaca uma taxa de sobrevivência de 99% nos doentes com cancro do testículo em estádio 1 e de 95% nos casos metastáticos. "Com o nosso método, conseguimos perceber o que não está a funcionar e fazer ajustes relativamente rápidos nos programas de tratamento", reforça.

Multidisciplinaridade e referenciação em Portugal

O tratamento do cancro do testículo é sobretudo cirúrgico. No entanto, de acordo com **José Luís Passos Coelho**, "entre 20 a 30% dos doentes desenvolvem o tumor noutras partes do corpo, nomeadamente nos gânglios linfáticos". É nesses casos que a multidisciplinaridade assume um papel essencial. "A colaboração entre o oncologista, o urologista, o anatomopatologista e o radiologista é essencial na avaliação dos doentes que têm maior risco de desenvolver metástases e na sua divisão em subgrupos mediante esse risco", realça o oncologista no Hospital da Luz Lisboa. No cancro do testículo, a ligação entre a Oncologia e a Urologia assume particular importância, sobretudo nos casos de doença mais avançada, nomeadamente quando o tumor alastra para a cavidade abdominal.

Retomando a questão dos centros de referência, o urologista **Rui Pinto** vai apresentar alguns dados dos centros portugueses diferenciados no tratamento do cancro do testículo – o Centro Hospitalar Universitário de São João, onde exerce, os IPO de Lisboa e do Porto, o Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Em Portugal, segundo Rui Pinto, é necessário aprofundar a troca de experiências e a cooperação entre centros. "Os centros de referência poderão colaborar mais, homogeneizando procedimentos, promovendo reuniões interdisciplinares e criando uma base de dados resultante da referenciação de doentes com cancro do testículo, por forma a fazer crescer a investigação e a aplicação clínica neste contexto. Temos de sensibilizar os colegas de Urologia e de outras especialidades para a referenciação destes doentes", remata o urologista.

Excertos das entrevistas em vídeo com os cinco preletores da sessão

TAKE-HOME MESSAGES

Na útlima preleção, Ricardo Leão, urologista no Hospital de Braga, apresentará e comentará as ideias-chaves discutidas na mesa-redonda, desde os novos biomarcadores, como o microRNA, até à importância da multidisciplinaridade na abordagem do doente com cancro do testículo. "Desde o diagnóstico até às fases de tratamento, esta doença exige a intervenção de várias especialidades, como a Anatomia Patológica (mais interventiva no diagnóstico), a Urologia, a Oncologia e a Radio-oncologia", destaca Ricardo Leão. Nesse sentido, o urologista considera que Portugal pode aprender bastante com a experiência da Suécia e da Noruega, que será apresentada na sessão por Torgrim Tandstad. "O exemplo do SWENOTECA é crucial para percebermos que é possível ter centros de referência a nível nacional com capacidade de organização entre si", conclui.

12h10 - 12h30: CONFERÊNCIA "*POST OPERATIVE PAIN*"

Tratamento da dor pós-operatória

Segundo adianta José Palma dos Reis, o principal objetivo da sua conferência de amanhã, que conta com o apoio dos laboratórios A. Menarini, é sensibilizar a assistência para a importância do tratamento da dor pós-operatória. "Devemos tentar prevenir ao máximo os efeitos negativos da dor, quer em termos de perceção e avaliação do doente em relação à cirurgia e ao local onde a realizou, quer em termos do seu próprio bem-estar futuro."

O diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria afirma que a dor pós-operatória "ainda não é devidamente valorizada pelos médicos", apesar de, segundo a evidência e a experiência da prática clínica, ter um impacto relevante na qualidade de vida dos doentes. "Há estudos que demonstram que a dor pós-operatória é uma condicionante na vida de muitos doentes, podendo aumentar o trauma pós-cirúrgico. A falta de controlo da dor agrava significativamente a avaliação subjetiva do doente relativamente à experiência cirúrgica e provoca um trauma psicológico que poderá aumentar o stresse dos doentes que tenham de ser submetidos a novas cirurgias."

Quanto à abordagem da dor pós-operatória, José Palma dos Reis chama a atenção para a importância de uma atuação precoce. "O tratamento da dor e a prevenção de sequelas pós-cirúrgicas será tanto mais eficaz quanto mais precoce for a nossa intervenção. O ciclo da dor é como uma 'bola de neve' – se a desfizermos quando ainda se está a formar, prevenimos que resulte numa 'avalanche'. Ao tratarmos logo, impedimos que a dor evolua para um cenário de cronicidade ou, em casos mais extremos, para fenómenos cardiovasculares e outras repercussões sistémicas."

Segundo o urologista, também existem formas de prevenir a dor pós-operatória, ou pelo menos de a tornar apenas num sintoma leve. Desde logo, a técnica cirúrgica, que, "quanto melhor for executada, menos probabilidades existem de que a dor pós-operatória seja impactante". Há ainda vários procedimentos que podem prevenir a gravidade da dor. "Por exemplo, no caso de uma cirurgia nos genitais externos, como o pénis, o bloqueio do nervo dorsal com um anestésico de longa duração pode ser uma boa opção para minorar a dor no pós-operatório imediato", remata o conferencista.

Marta Carreiro

Em vídeo, José Palma dos Reis indica algumas formas de prevenir a dor pós-operatória

16h30 - 17h00

Entrega de prémios e bolsas da APU

Momentos antes do encerramento deste congresso, por volta das 16h30, serão anunciados os vencedores dos três melhores pósteres e dos três melhores vídeos apresentados durante o Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2021. De acordo com a organização, os primeiros classificados de cada categoria serão compensados com um prémio monetário no valor de € 700. Por sua vez, os segundos e terceiros lugares receberão € 500 e € 300, respetivamente.

Na mesma sessão, também serão divulgados os vencedores da Bolsa de Investigação em Urologia APU 2021, cujo trabalho vencedor receberá um prémio monetário no valor de € 10 000, e da Bolsa de Investigação Jaba Recordati Urologia 2021, que congratula o projeto escolhido com um prémio monetário no valor de € 8 000.

Estas bolsas têm como objetivo principal apoiar o desenvolvimento da Urologia na sua vertente de investigação. Segundo os respetivos regulamentos, para que as candidaturas a ambas as bolsas sejam consideradas válidas, "o investigador principal do projeto original deverá ser urologista associado da APU em pleno uso dos seus direitos". Além disso, todos os elementos da equipa de investigação que sejam sócios da APU terão de ter as quotas anuais regularizadas.

Saiba mais sobre as bolsas e os prémios atribuídos pela APU

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