



LEGADO DOS ANTECESSORES DA UROLOGIA EM DESTAQUE NA ABERTURA DO CONGRESSO



Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

O presidente da APU, Tomé Matos Lopes (à esq.), e o presidente da Comissão Organizadora deste Congresso, Francisco Carrasquinho Gomes (à dta.), com os preletores das conferências «Os 90 anos da APU?» e «Carcinoma da próstata - reflexões», respetivamente Alfredo Mota e Alberto Matos-Ferreira (ao centro)





COMISSÃO ORGANIZADORA DO CONGRESSO DA APU 2013 (DA ESQ. PARA A DTA.): Bruno Graça, Peter Kronenberg, Pedro Bargão, Andreia Furtado, Sofia Lopes, Fernando Ribeiro, Manuel Ferreira Coelho, Francisco Carrasquinho Gomes (presidente), Fernando Ferrito, João Varregoso, Augusto Pepe Cardoso, Miguel Lourenço e João Soares. Não está na fotografia Rui Abreu.

CAROS COLEGAS,

Este Congresso é o culminar de um processo organizativo que começou com o convite da Associação Portuguesa de Urologia (APU) ao Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Delineámos um programa que contemplese, tanto quanto possível, temas atuais e de interesse para a nossa prática clínica diária, pelo que convidámos palestrantes que, seguramente, vão veicular mensagens de alto nível científico.

Foi nosso objetivo que o bom decurso dos trabalhos tivesse a colaboração ativa de colegas de todo o País, independentemente do local ou do regime em que estejam a exercer a profissão. Além disso, abrimos a possibilidade de os associados da APU e os Serviços de Urologia darem a conhecer, através de comunicações, a sua atividade clínica, técnica e científica para que a troca de experiências seja mais um fator de enriquecimento e um estímulo à formação permanente.

O grande número de comunicações recebidas pela Comissão Organizadora exprime a grande vitalidade da nossa especialidade que, pela vontade individual e de grupo, está a conseguir subverter as dificuldades atuais.

Vamos ter um ótimo Congresso! Sejam todos bem-vindos!

Francisco Carrasquinho Gomes
Presidente da Comissão Organizadora

ONTEM



A abertura oficial deste Congresso ficou marcada pela comemoração dos 90 anos da Associação Portuguesa de Urologia (APU) e pelo facto de esta ser a última reunião magna da presidência de Tomé Matos Lopes. O presidente do Conselho Diretivo da APU nos biénios de 2009-2011 e 2011-2013 deu as boas-vindas aos congressistas e mostrou-se bastante satisfeito com o trabalho realizado pelo Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), na Amadora. «Tenho a certeza absoluta que este vai ser um Congresso de grande elevação científica e que, mais uma vez, a APU vai sair dignificada pelo trabalho que os seus urologistas fizeram», afirmou Tomé Lopes.

Seguiu-se a intervenção do presidente da Comissão Organizadora (CO) e

Comissão Organizadora promete um Congresso enriquecedor

diretor do Serviço de Urologia do HFF, Francisco Carrasquinho Gomes, que fez questão de enfatizar: «Este não é um Congresso de um Serviço ou de uma Comissão Organizadora, mas de todos os urologistas.» Foi por isso que, além de contar com o empenho de todos os elementos do Serviço de Urologia que dirige, Carrasquinho Gomes instigou os urologistas nacionais, «independentemente do local ou do regime de trabalho em que exercem», a contribuir para que este seja realmente «um Congresso de todos e para todos os urologistas».

Referindo-se depois a um dos motes deste Congresso – a comemoração dos 90 anos da APU –, o presidente da CO aproveitou para destacar o facto de, ao longo destas nove décadas, a Urologia nacional se ter tornado cada vez mais autónoma em termos científicos. No entanto, sublinhou: «A Urologia está a tornar-se cada vez menos autónoma na prática da atividade médica e foi por isso que incluímos no programa científico uma sessão sobre a problemática da formação médica, pós-graduada e contínua, e outra sessão sobre o enquadramento atual da prática médica em Urologia e as perspetivas futuras.» Francisco Carrasquinho Gomes terminou a sua intervenção com uma certeza: «Os congressistas vão sair desta reunião enriquecidos dos pontos de vista técnico, científico e humano.» ■ **Vanessa Pais**

Cursos pré-congresso promoveram formação contínua em várias áreas da Urologia

Urodinâmica, próteses penianas, ureterorrenoscopia, cirurgia do pavimento pélvico, laparoscopia e cirurgia percutânea renal. São estes os temas dos seis cursos que deram início ao Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2013, ontem à tarde. Seguem-se alguns momentos destas formações teórico-práticas que ficaram marcadas pela interatividade.

CURSO DE URODINÂMICA



Coordenado por Luís Abranches Monteiro (em pé), urologista no Hospital Beatriz Ângelo (HBA), em Loures, que também foi orador, este curso revelou-se um espaço privilegiado para a troca de experiências entre especialistas.

CURSO DE PRÓTESES PENIANAS

Joaquim Sarquella Geil (a intervir), da Fundação Puigvert, em Barcelona, foi o convidado deste curso coordenado por Augusto Pepe Cardoso, na qualidade de presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, e contou ainda com a participação de Pedro Vendeira, responsável pela Consulta de Andrologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, em Penafiel.



CURSO DE URETERORRENOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA



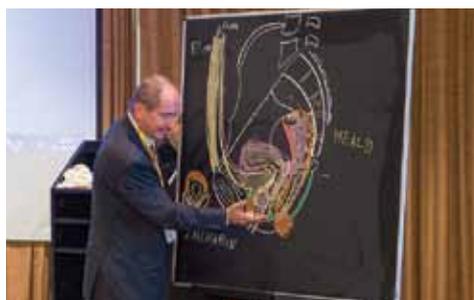
Os formandos puderam treinar a técnica ureterorrenoscópica com Palle Osther (à esq.), da University of Southern Denmark e *chairman* da Section of Urolithiasis da European Association of Urology. Este especialista foi apoiado por Fernando Ribeiro (à dta.), coordenador do curso e urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF).

CURSO DE NOÇÕES BÁSICAS DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA



Nesta formação coordenada por Fernando Ferrito (à dta.), urologista no HFF, os participantes puderam aferir a sua destreza e praticar com *endotrainers* em modelos sintéticos.

CURSO DE BASES ANATÓMICAS DA CIRURGIA DO PAVIMENTO PÉLVICO



Vincent Delmas, do Hôpital Pitié-Salpêtrière, em França, falou sobre a anatomia do pavimento pélvico, que desenhou a giz com uma perfeição impressionante. Este curso foi coordenado por João Varregoso, urologista no HFF.

CURSO DE CIRURGIA PERCUTÂNEA RENAL



O debate de casos clínicos difíceis foi um dos pontos altos deste curso coordenado por Manuel Ferreira Coelho (em pé), urologista no HFF, que teve também como formadores Jorge Fonseca, urologista no HBA, e José Santos Dias, diretor clínico do Instituto da Próstata e Incontinência Urinária.

Ficha Técnica

Depósito Legal: N.º 338826/12

Propriedade:



Associação
Portuguesa
de Urologia

Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A
1200 - 288 LISBOA
Tel.: (+351) 213 243 590/Fax: (+351) 213 243 599
apurologia@mail.telepac.pt/www.apurologia.pt
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com

Patrocínio exclusivo:



astellas
Leading Light for Life

Edição:



estera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E, 1150 - 023 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815/ Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt | www.esferadasideias.pt

Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Gestor de projetos: Tiago Mota (tmota@esferadasideias.pt)

Textos: Vanessa Pais Fotografia: Luciano Reis Design e paginação: Filipe Chambel

JANTAR HOMENAGEIA PALESTRANTES

Marcado para as 20h00, no Restaurante Menta do Hotel Tivoli Marina Vilamoura, o jantar de hoje é dedicado aos palestrantes do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia 2013. Como tem sido hábito em edições anteriores, esta é uma forma de a APU agradecer a sua participação.

ENTREVISTA ALFREDO MOTA

«Gostaria que o exemplo dos pioneiros não fosse esquecido»



Entrevistado a propósito da conferência «Os 90 anos da APU», que proferiu ontem, **Alfredo Mota, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**, fala sobre a importância de conhecer os protagonistas e os êxitos da Urologia portuguesa no passado.

O que significou para si o convite para proferir esta conferência no Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU)?

Foi um convite muito honroso. Creio que é a primeira vez que a história da APU, ou seja, a história da Urologia Portuguesa, é o tema de uma conferência pública, e logo na reunião magna dos urologistas portugueses. É muito importante que todos os colegas conheçam a história, o percurso e os protagonistas da especialidade que escolheram para a sua vida profissional.

Como se sente por ser um desses protagonistas?

Sinto um grande orgulho por ombrear com nomes como o de Reynaldo dos Santos, Carneiro de Moura, Linhares Furtado, Matos-Ferreira, Araújo Milheiro

e o meu falecido pai, Ângelo Mota, a quem tudo devo. Outros colegas, ainda felizmente no ativo e presentes na nossa Associação, também são merecedores do meu grande apreço.

Considera que as novas gerações de urologistas têm sabido «dar valor» à APU?

Tenho constatado, com muita satisfação, a projeção internacional que as novas gerações têm dado à Urologia Portuguesa e à nossa Associação. É evidente que toda esta visibilidade nos traz responsabilidades acrescidas, porque o grau de exigência do saber urológico, que devemos acompanhar, atingiu patamares muito elevados e felizmente que assim é.

Que ideias-chave tencionou transmitir na sua conferência de ontem?

Não devemos esquecer que «são os homens que fazem as instituições e lhes dão nível, e não as instituições que fazem os homens». Gostaria que o exemplo que os pioneiros da Urologia em Portugal nos deixaram não fosse ignorado nem esquecido. Assim, espero ter conseguido que todos, especialmente os mais jovens, tenham ficado a conhecer, com algum rigor, a vida e os êxitos dos que nos antecederam e, perante o seu exemplo, saibam ser dignos da história da Urologia Portuguesa. ■ **Vanessa Pais**

OPINIÃO ALBERTO MATOS-FERREIRA

Presidente do Instituto de Educação Médica



Reflexões sobre carcinoma da próstata

A problemática do carcinoma da próstata é analisada com base no conhecimento científico e na minha experiência, que nem sempre coincide com os ditames vigentes. Na minha longa «vida urológica», este carcinoma ocupou muito do meu tempo de estudo e de prática clínica, tendo concluído que a minha evidência era diferente da decretada pela comunidade urológica. A análise dos casos evidenciou factos cuja veracidade foi testada e comprovada pelos resultados obtidos com a atitude clínica e a terapêutica adotada. Esta minha convicção foi, há já bastantes anos, transmitida a todos os urologistas portugueses, aos quais enviei uma longa carta, dando conta das minhas ideias, que foram recebidas com incredibilidade, mas que estão, atualmente, a ser cada vez mais aceites e praticadas.

O tipo de tumor Gleason 6, com pequeno volume e PSA (*prostate-specific antigen*) sérico baixo, é a base da minha reflexão, na qual analiso as razões pelas quais os homens se preocupam tanto com o

carcinoma da próstata. São enunciadas e discutidas as consequências do diagnóstico; indicam-se os principais efeitos secundários, psicológicos e físicos e como apoiar os doentes nestas situações. O prognóstico, tratando-se do tumor cujas características indiquei, não é tão grave como os homens pensam. A mortalidade é baixa e os doentes, em regra, morrem de outra patologia e não devido ao tumor. Dos milhares de novos casos que surgem a cada ano, sobrevivem muito mais doentes do que os que morrem.

Sobre o tratamento, abordo apenas aspetos particulares, como a discutível vantagem de tratar agressivamente este tipo de tumores e os efeitos colaterais, com realce para os problemas na sexualidade e a incontinência urinária. Assim, indico algumas atitudes conservadoras aplicáveis a este tipo de tumores. Aconselho prudência na decisão, sem precipitação para uma intervenção, procurando ouvir várias opiniões sobre o caso. ■

Por circunstâncias várias, o carcinoma da próstata ocupa uma posição de destaque na prática urológica. Deste facto resultou o desenvolvimento de meios de diagnóstico e de tratamento cada vez mais sofisticados, que permitem detetar e tratar indiscriminadamente todos os tipos de tumores, incluindo os insignificantes, com consequências psíquicas e físicas importantes.

NOTA: A conferência «Carcinoma da próstata – reflexões» foi proferida ontem, por Alberto Matos-Ferreira.

Níveis de testosterona sobreponíveis
ao "gold standard" da orquidectomia bilateral

baixa
a testosterona

e mantém-na baixa



FRANCISCO PINA



AVELINO FRAGA



RUI HENRIQUE



LUÍS ROSA



ARNAUD VILLERS

Carcinoma da próstata em análise

O carcinoma da próstata está hoje em destaque, entre as 8h30 e as 11h30, na sala Fénix. São três as mesas-redondas que focam esta patologia, do rastreio ao tratamento, nas suas diferentes formas.

Vanessa Pais

A primeira mesa-redonda do programa de hoje, intitulada «Carcinoma da Próstata», dá início à discussão em torno desta patologia que se prevê que, até 2030, afete 1,8% da população mundial. O primeiro assunto em debate é o rastreio que, «desde a década de 1980, tem sido alvo de vários estudos», como afirma Francisco Pina, urologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, que vai abordar este tema na mesa-redonda.

Apesar de ser «arriscado» fazer comparações entre os rastreios existentes, «quer quanto ao número de casos que é necessário rastrear e tratar para evitar uma morte por cancro da próstata, quer quanto à real capacidade de redução da mortalidade específica», é possível tirar algumas ilações. Entre elas, Francisco Pina adianta: «O número de indivíduos a rastrear e a tratar para evitar uma morte por cancro vai reduzindo drasticamente com o aumento do tempo de vigilância. O risco de cancro da próstata após uma biopsia negativa pode variar muito conforme a área geográfica a que o indivíduo pertence. A evolução das densidades do doseamento do PSA [*prostate-specific antigen*] e da biopsia prostática não parecem refletir as sucessivas recomendações extremadas da *United States Preventive Services Task Force*, com exceção dos indivíduos com idades superiores a 70/75 anos.»

Diagnóstico e prognóstico

Segue-se a intervenção de Avelino Fraga, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, sobre «prostatite e carcinoma». Em relação à sua comunicação, este urologista avança: «Está comprovado que a inflamação se associa ao aparecimento de vários tipos de tumores, havendo alguns processos químicos metabólicos que sugerem também uma relação entre a inflamação e o aparecimento do cancro da próstata.» Assim sendo, Avelino Fraga vai fazer uma revisão das últimas evidências científicas que corroboram esta relação estudada mais intensamente na última década.

Tendo em conta que, quando detetado e

tratado precocemente, o cancro da próstata apresenta um bom prognóstico, muito se tem feito ao nível da pesquisa de biomarcadores capazes de o detetar em indivíduos assintomáticos, mas também de avaliar a agressividade tumoral. É esta a questão a explorar por Rui Henrique, anatomopatologista no Serviço de Anatomia Patológica e investigador no Grupo de Epigenética do Cancro, do Instituto Português de Oncologia do Porto, que falará sobre «novos biomarcadores – como o PCA3 (DD3), os genes de fusão que envolvem TMPRSS2 e ERG – ou os biomarcadores epigenéticos baseados na quantificação de níveis de metilação dos genes APC, GSTP1 e RARB2».

Imagiologia e biopsia prostática

Esta mesa-redonda conta ainda com a intervenção de Luís Rosa, radiologista na Fundação Champalimaud, em Lisboa, que vai colocar em evidência o papel da ressonância magnética (RM) na identificação de tumores em fase pré-biopsia, bem como a complementaridade entre a biopsia e a RM na exclusão de doença clinicamente significativa. Além disso, este orador vai abordar o «papel da RM na orientação da biopsia, com recurso a técnicas de fusão de imagem, em casos de suspeita importante da doença, nos quais as biopsias *standard* se tenham revelado negativas».

Por sua vez, Arnaud Villers, do Departamento de Urologia do Hospital Huriez, Université Lille Nord de France, encerra o painel de intervenções desta mesa-redonda. Focando o tema «Imagiologia e carcinoma da próstata», este orador dará ênfase ao papel da ressonância magnética multiparamétrica (RMM) no domínio da monitorização e estadiamento do cancro da próstata.

Apesar das potencialidades desta técnica, Arnaud Villers sublinha que «a aplicação da RMM requer formação específica na condução, elaboração de relatórios e avaliação». Além disso, «o seu papel no diagnóstico do carcinoma da próstata implica validação por estudos prospetivos que avaliem a sua capacidade para detetar, localizar e caracterizar o carcinoma por comparação com um padrão de referência apropriado». ■

CARCINOMA DA PRÓSTATA LOCALIZADO



PEDRO NUNES



LUÍS CAMPOS PINHEIRO



ESTÊVÃO LIMA



RUI RODRIGUES

Entre as 9h40 e as 10h30, também na sala Fénix, serão discutidas diversas abordagens terapêuticas para o carcinoma da próstata localizado, a começar pela vigilância ativa. De acordo Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e responsável por apresentar este tema, «a vigilância ativa é uma opção para tentar compensar as desvantagens

iatrogénicas do sobrediagnóstico e do sobretratamento do carcinoma da próstata, com critérios bem definidos e resultados globalmente animadores em termos de sobrevivência global, com uma mortalidade específica de apenas 1%».

No entanto, alerta Pedro Nunes, «alguns tumores com estas características são agressivos, metastizam e associam-se a

mortalidade». Neste contexto, «as técnicas de imagem e mapeamento tumoral, bem como os marcadores de agressividade, poderão desempenhar um papel fundamental». Este especialista abordará também «a intervenção farmacológica durante o período de vigilância, por exemplo com inibidores da 5-alfa-redutase».

Terapêutica focal e radioterapia

Segue-se a intervenção de Luís Campos Pinheiro, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José, dedicada à terapêutica focal e à radioterapia. «Este tipo de abordagem assume um bom compromisso entre a terapêutica expectante e a radical. No entanto, sabendo-se que o carcinoma da próstata é frequentemente multifocal, mantém-se o risco de este tipo de terapêutica ser incompleto, não atingindo todos os focos do carcinoma, designadamente quando estão dispersos no tecido prostático preservado», alerta este orador.

Por sua vez, Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, fala em seguida sobre a prostatectomia radical (ver caixa ao lado). A última intervenção da mesa está a cargo de Rui Rodrigues, coordenador da Unidade de Radioterapia do Hospital Cuf Descobertas, em Lisboa, que vai falar sobre a radioterapia. «É uma terapêutica que, durante a última década, registou uma evolução significativa, em grande parte devido a inovações tecnológicas nas áreas da imagiologia, da mecânica e da informática, permitindo efetuar tratamentos mais eficazes e com menor toxicidade, naturalmente dependendo da dose administrada. Portanto, é uma opção válida a considerar, a par da cirurgia no tratamento curativo do carcinoma localizado da próstata», avança Rui Rodrigues. ■

PROSTATECTOMIA RADICAL - O GOLD STANDARD NO TRATAMENTO



DR

«Até hoje, nenhum tratamento para o cancro da próstata localizado demonstrou ser melhor do que a prostatectomia radical. Este é o tratamento recomendado, porque nem a quimioterapia nem a terapêutica hormonal foram alguma vez curativas. Por outro lado, a radioterapia ou qualquer outra forma de energia não demonstraram comprovadamente que erradicavam, com segurança, todas as células malignas, mesmo quando o tumor se encontrava confinado à próstata.

A evidência existente sugere que a prostatectomia radical é a mais efetiva na sobrevida livre de progressão a longo prazo nos doentes com cancro da próstata localizado, por comparação com os outros tratamentos. Assim, qualquer doente com este tipo de carcinoma, risco cirúrgico aceitável e uma esperança de vida que seja superior à probabilidade de morte específica pelo cancro da próstata deverá ser proposto para prostatectomia radical. Desta forma, evita-se a perda da janela de oportunidade para a cura ou as complicações resultantes de tratamentos complementares no futuro.» **Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga**

CARCINOMA DA PRÓSTATA AVANÇADO



BERTRAND TOMBAL



ROBERT J. JONES

A última mesa-redonda sobre carcinoma da próstata neste Congresso da APU decorre entre as 11h00 e as 11h30, também na sala Fénix. Os oradores são Bertrand Tombal, do Serviço de Urologia das Cliniques Universitaires Saint Luc, do Institut de Recherche Clinique, Université Catholique de Louvain, na Bélgica; e Robert J. Jones, consultor de Oncologia médica no Institute of Cancer Sciences, University of Glasgow, no Reino Unido.

Bertrand Tombal vai abordar as indicações e complicações da hormonoterapia, salientando os seus benefícios clínicos nos doentes com carcinoma da próstata avançado: «O prolongamento significativo do período sem recidiva biológica e um melhor controlo das fosfatases alcalinas, a redução mais rápida e significativa dos sintomas urinários e um possível menor risco de eventos cardiovasculares.»

Já Robert J. Jones propõe-se a responder à questão «O que fazer perante um carcinoma resistente à castração?». «Nos últimos anos, temos assistido à introdução de vários novos tratamentos sistémicos que melhoram as perspetivas para estes doentes. Tornou-se evidente que as novas abordagens que têm como alvo o recetor de androgénio (RA) podem trazer benefícios significativos para os doentes, como os inibidores da biossíntese de androgénio, entre eles a abiraterona, e os antagonistas do recetor de androgénio altamente potentes, como a enzalutamida», explica Robert Jones.

Outros avanços referidos pelo especialista britânico são o cabazitaxel («uma quimioterapia de segunda linha com ganhos de sobrevivência comprovada»), o Radium-223 («um radionucleótido que melhora os sintomas ósseos e a sobrevida global») e o sipuleucel-T («uma novidade na área da imunoterapia que confere vantagens em termos de sobrevivência»). ■

CARCINOMA DA PRÓSTATA EM NÚMEROS

4 000 novos casos por ano em Portugal

190 000 é a incidência na Europa

1 800 mortes por ano em Portugal

10% dos óbitos devidos a cancro em Portugal

13% dos novos casos de neoplasia na Europa

1,8% é a prevalência estimada para 2030 na Europa

1 em cada 6 portugueses terá cancro da próstata ao longo da vida

1 em cada 35 portugueses irá falecer devido a esta doença

93% é a taxa de sobrevivência estimada aos 5 anos

Endourologia e preservação renal no carcinoma do urotélio alto

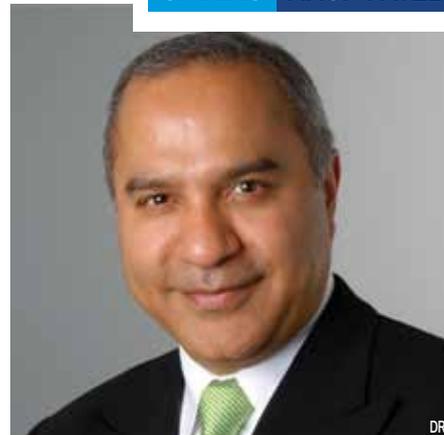
O carcinoma urotelial do trato urinário superior (CU-TUS) é uma patologia relativamente rara, representando cerca de 5% dos carcinomas uroteliais. Os tumores musculo-invasivos representam a maioria dos CU-TUS, comportando-se de forma mais agressiva e com maior mortalidade associada do que o carcinoma urotelial da bexiga. Os tumores T2 têm uma taxa de sobrevida específica aos cinco anos de 73%, descendo para os 40% nos tumores T3, enquanto os tumores T4 têm uma sobrevida média de seis meses.

Apesar de menos comuns, os CU-TUS superficiais de baixo grau representam aproximadamente um terço destes tumores e têm uma história natural muito mais favorável, que é semelhante à dos tumores superficiais da bexiga. A evidência científica recente sugere que a incidência dos CU-TUS está a aumentar, provavelmente devido a uma migração de estágio documentada com um aumento da proporção de tumores superficiais.

As evoluções das fibras óticas e da tecnologia laser proporcionaram, nos últimos anos, o aparecimento de endoscópios altamente sofisticados e novas técnicas cirúrgicas. Neste contexto, a abordagem por via endoscópica tem vindo a ganhar maior aceitação, criando-se um novo paradigma que envolve a preservação do trato urinário superior. Atualmente, os procedimentos endoscópicos oferecem resultados oncológicos comparáveis à nefroureterectomia radical para tumores de baixo grau e de baixo estágio, evitando o sobretratamento e preservando a preciosa função renal numa população crescentemente idosa.

A ureterorenoscopia é a verdadeira cirurgia por orifício natural, minimamente invasiva e evita o derrame de células tumorais para fora dos limites do sistema excretor. Por sua vez, a abordagem por via percutânea oferece um campo de trabalho melhor, com instrumentos maiores, sendo indicada para a doença extensa e lesões

OPINIÃO ANUP PATEL



Consultor de Cirurgia Urológica em Londres, Reino Unido

Presidente do Comité de Investigação Clínica da European Association of Urology – Research Foundation

Diretor científico e membro do *Executive Board* da Endourological Society

do polo inferior. O seguimento rigoroso e de longo prazo deve ser um elemento integrante da abordagem endoscópica ao carcinoma urotelial do trato urinário superior devido às significativas taxas de recidiva local. ■

NOTA: Anup Patel profere a conferência «Carcinoma do urotélio alto – tratamento conservador», hoje, entre as 15h00 e as 15h30, na sala Fénix.



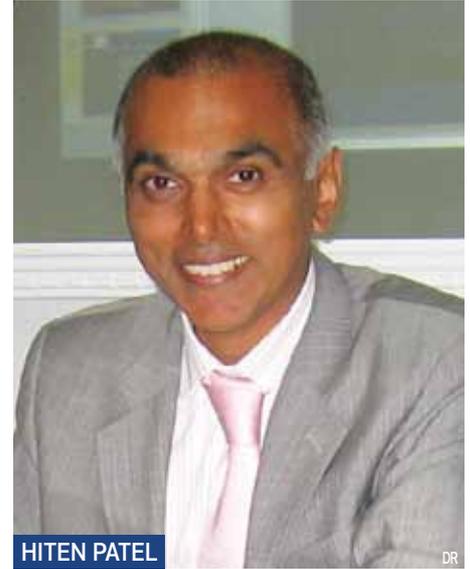
Abordagens terapêuticas no carcinoma da bexiga



BELMIRO PARADA



EDUARDO ZUNGRI



HITEN PATEL

A complexidade do carcinoma da bexiga traduz-se num desafio ao nível do tratamento. As várias propostas terapêuticas existentes são discutidas hoje, entre as 11h30 e as 12h30, na sala Fénix.

Vanessa Pais

A heterogeneidade do carcinoma da bexiga faz com que o seu tratamento constitua um desafio para os urologistas, sendo, por isso, essencial discutir as várias opções disponíveis, como vai acontecer na mesa-redonda «Carcinoma da Bexiga». O painel de intervenções é inaugurado por Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), com a conferência «Atitude terapêutica perante o carcinoma não musculoinvasivo de alto risco».

«Apesar de os tumores não musculoinvasivos constituírem 80% dos carcinomas da bexiga, estão associados a recidivas que podem chegar aos 70 a 75% e, destes, 40% evoluem para formas mais invasivas», nota o urologista. No caso dos doentes de alto risco, Belmiro Parada sublinha que os especialistas são confrontados com um dilema: «Será que devemos tratar estes doentes de forma conservadora, preservando a bexiga e utilizando terapêuticas adjuvantes, ou avançamos, desde logo, para uma terapêutica cirúrgica agressiva como a cistectomia radical?»

É esta a questão a que o urologista do CHUC vai tentar responder, fazendo uma revisão dos critérios clássicos clínicos e anatomopatológicos e focando os novos critérios de diagnóstico e de prognóstico. Segue-se a intervenção do Dr. Carlos Carvalho, oncologista no Centro Clínico da Fundação Champalimaud, sobre a quimioterapia peri-operatória no carcinoma invasivo da bexiga.

Desafios da cistectomia

A cistectomia radical no idoso com carcinoma invasivo será o tema apresentado por Eduardo Zungri, consultor de Urologia em Vigo, Espanha. Este urologista alerta para o facto de 30% dos doentes com carcinoma da bexiga necessitarem de uma cistectomia radical no momento do diagnóstico, bem como uma importante percentagem dos restantes 70%. No entanto, a partir dos 65 anos, «os doentes apresentam um aumento importante de complicações pós-cistectomia radical da bexiga, pelo que esta tende a ser evitada».

Também a forma como a derivação é realizada (na maioria dos casos, a uretero-ileostomia) representa um desafio para o médico e para o doente. «Em 50% dos doentes, verifica-se uma má adaptação», ressalva Eduardo Zungri. Este especialista vai apresentar a sua experiência de mais de 25 anos na neobexiga com sigmoide destubulizado, que «evita a mobilização de ureteres e permite a micção pelas vias naturais, ampliando o campo de intervenção deste tipo de cirurgia».

A mesa-redonda termina com a preleção de Hiten Patel, diretor de Urologia Robótica e da Academic Urology Research do University Hospital of North Norway, em Tromsø, sobre as vantagens da cistectomia por via laparoscópica. «A cistectomia minimamente invasiva que utiliza apenas a laparoscopia ou tecnologias robóticas tem melhorado os resultados em muitos doentes submetidos a esta cirurgia complexa», indica o orador, ressaltando que «estas são técnicas nem sempre acessíveis em termos de custos».

Hiten Patel vai ainda falar sobre o seu trabalho de investigação nesta área, que «visa encontrar formas de melhorar os resultados e reduzir os custos». Uma solução encontrada por este especialista é a utilização de cuidados perioperatórios estandardizados e definidos pelo grupo internacional a que preside, no âmbito da Enhanced Recovery after Surgery Society. ■

FACTOS & NÚMEROS

- O carcinoma da bexiga é o **4.º mais frequente no homem** e é responsável por cerca de **6%** de todas as neoplasias
- Na mulher, a incidência é cerca de **2,5 vezes mais baixa**, mas, ainda assim, é o **8.º carcinoma mais frequente**, representando **2,5% do total de neoplasias**
- Desde 1950, a prevalência do carcinoma da bexiga aumentou em **50%**, mas a mortalidade associada desceu em **30%**
- **80%** dos carcinomas da bexiga não são musculoinvasivos, no entanto, estes apresentam **70 a 75% de risco de recidiva** (neste caso, a taxa de progressão para formas mais invasivas é de **40%**)

Atualidades no carcinoma do rim

Os oradores da mesa-redonda «Carcinoma do Rim», que decorre entre as 15h30 e as 16h30, na sala Fénix, adiantaram ao *Urologia Actual* as principais mensagens que vão transmitir.

Vanessa Pais



ARNALDO FIGUEIREDO
 Urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Como lidar com as pequenas massas renais?

«A forma de apresentação dos tumores do rim mudou radicalmente nas últimas décadas, com a maioria dos casos a consistirem em pequenas massas detetadas de forma incidental. E se a atitude face a uma lesão sólida de grandes dimensões se mantém no essencial a mesma (a nefrectomia total ou parcial), tal não acontece no que

diz respeito à estratégia face a uma pequena massa renal.

Por um lado, a noção de que lesões com menos de três centímetros seriam benignas pertence ao passado, pois sabe-se hoje que a maioria das lesões dessa dimensão são carcinomas. Por outro lado, muitas dessas lesões, mesmo malignas, apresentam um crescimento lento e até 20% são benignas. No entanto, a noção de que a única terapêutica curativa é a sua excisão ou destruição por agentes físicos permanece verdadeira.

Estamos num ponto de incerteza quanto a como lidar com as pequenas massas renais. A informação obtida, com o crescente refinamento das técnicas de imagem e a maior aceitação da biopsia, tem vindo a ganhar cada vez mais espaço, mas muitos fatores estão ainda mal definidos.»



PILAR LAGUNA PES
 Urologista no AMC University Hospital, em Amsterdão, Holanda

Nefrectomia citorredutora no carcinoma metastizado do rim

«Cerca de 10 a 20% dos doentes apresentam metástase no momento do diagnóstico do carcinoma renal. O dilema, nestes casos, está entre realizar uma nefrectomia citorredutora (CN) seguida de terapêutica-alvo (TT) ou iniciar diretamente o tratamento sistémico. A evidência de grau IV sugere que a nefrectomia citorredutora pode desempenhar um papel definitivo no carcinoma de células renais quando combinada com a terapêutica-alvo subsequente em doentes com poucos fatores de risco negativos. Contudo, os resultados dos estudos randomizados e controlados em curso não são esperados antes de 2015. Entretanto, quando não existem fatores de risco negativos e ressecáveis primários *in situ*, a CN é uma opção aceitável, seguida de TT.»

de células renais quando combinada com a terapêutica-alvo subsequente em doentes com poucos fatores de risco negativos. Contudo, os resultados dos estudos randomizados e controlados em curso não são esperados antes de 2015. Entretanto, quando não existem fatores de risco negativos e ressecáveis primários *in situ*, a CN é uma opção aceitável, seguida de TT.»



FERRAN ALGABA
 Anatomopatologista na Fundação Puigvert, em Barcelona, Espanha

Visão do anatomopatologista sobre a acuidade da biopsia renal

«Até há poucos anos, a biopsia por agulha (BA) e a citologia aspirativa por agulha fina (CAAF) apenas eram utilizadas para despistar metástases, abscessos ou linfomas do rim, ou para confirmar a origem renal de uma neoplasia generalizada. Atualmente, a principal indicação é a caracterização das

massas renais, isto é, verificar se as massas são benignas ou malignas e, neste último caso, estabelecer a sua agressividade através do tipo histológico e do grau, já que a extensão não pode ser avaliada.

No que diz respeito às massas renais, com a BA é possível identificar o subtipo histológico em 88 a 93% dos casos, e do grau em 63,5 a 68%. Com a CAAF é possível identificar o subtipo histológico em 86% dos casos e o grau em 28%.»



CARLOS RABAÇA
 Urologista no Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Relação custo/benefício das novas terapêuticas sistémicas

«Até 2005/2006, o tratamento do carcinoma das células renais metastizado baseava-se apenas na imunoterapia, com interleucina-2 ou interferão alfa, terapêutica que só permite obter resultados em menos de 5% dos doentes. Com o aparecimento das terapêuticas-alvo (*molecular targeted therapies*), como os inibidores dos recetores do fator de

crescimento endotelial vascular [VEGF, na sigla inglesa] e os inibidores do alvo da rapamicina nos mamíferos [mTOR, na sigla inglesa], conseguiu-se um aumento da sobrevivência global superior a 26 meses (em média), o que é uma mudança paradigmática no tratamento do carcinoma das células renais metastizado.

O benefício destes fármacos é indiscutível, embora este tipo de terapêutica tenha um custo três vezes superior à realizada anteriormente. Os estudos de custo-benefício apresentam grandes variações de resultados, pelo que é necessária mais investigação que mostre a real relação entre o custo e o benefício destes novos fármacos.» ■



**É TEMPO
DE PENSAR
NO QUE FAZ
A DIFERENÇA** 

