



Aceda à versão digital

XVII SIMPÓSIO
APU 2022
UROLOGIA DE PRECISÃO



7 a 9 de outubro de 2022
Centro de Congressos do Hotel Salgados Palace
Herdade dos Salgados, Albufeira, Algarve



EDIÇÃO ESPECIAL

UROLOGIA CADA VEZ MAIS PERSONALIZADA E PRECISA



Conselho diretivo da APU e Comissão Organizadora do XVII Simpósio APU (da esq. para dta.):
À frente - Tiago Antunes-Lopes, Lilian Campos, Pedro Nunes, Miguel Silva Ramos, Raquel João e Ricardo Pereira e Silva. Atrás - Isaac Braga, Frederico Furiel, João Magalhães Pina e Rui Lúcio.

“Urologia de precisão” é o mote do XVII Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU), que arranca hoje, com um programa que analisa o tratamento individualizado e preciso da obstrução prostática benigna (P.4) e do carcinoma do urotélio (P.14). Em evidência neste primeiro dia está também a sessão conjunta da APU com a Sociedade Brasileira de Urologia e a Société Internationale d’Urologie, que debate o tratamento da disfunção vesical em doentes com mielomeningocele, as indicações da nefrectomia citoredutora e a terapêutica adjuvante do carcinoma de células renais (P.6). Outro destaque é a divulgação dos resultados dos questionários aplicados pelos Grupos de Trabalho da APU aos Serviços de Urologia de todo o país (P.8). O programa de hoje inclui ainda a apresentação do URO.PT, um registo nacional de neoplasias renais (P.9), e a sessão do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos, com enfoque no novo Programa de Formação do Internato Complementar de Urologia (P.12)

UROLOGIA ACTUAL

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt



Acrescentar saber e melhorar a atividade clínica da Urologia

Bem-vindos ao XVII Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU)!

Esforçámo-nos por desenhar um programa científico atual, variado e voltado para a prática diária da Urologia, que possa acrescentar saber e melhorar a nossa atividade clínica. Seguindo o tema central que escolhemos para esta edição – “Urologia de Precisão” –, vamos discutir a passagem do *one size fits all* para o *tailor-made* nas várias áreas da Urologia, tocando em diferentes aspetos, como a genética, a anatomia e a técnica cirúrgica.

No programa científico, contamos com oito mesas-redondas, quatro sessões patrocinadas e a apresentação de 25 vídeos e 30 comunicações orais, abrangendo quase todas as áreas da Urologia. É também objetivo deste Simpósio divulgar as atividades dos nossos Serviços, pelo que os três grupos de trabalho da APU vão apresentar os resultados dos questionários que foram aplicados nos últimos meses, em hospitais de todo o país, no âmbito da uro-oncologia, da litíase e da urologia funcional (páginas 8 e 9).

No caso da uro-oncologia, estou confiante de que vamos conhecer dados importantes, que reforçam o papel do urologista no tratamento sistémico do cancro da próstata. Outro objetivo, também importante, deste trabalho levado a cabo pelos grupos da APU é facilitar a criação de redes de referência, que são fundamentais para áreas mais específicas da Urologia.

Como já é habitual, é no nosso Simpósio que ficamos a conhecer o desenrolar dos trabalhos financiados pelas bolsas da APU. Este ano, são divulgados os resultados de nove projetos cujas bolsas foram atribuídas entre 2016 e 2019.

Terminaremos este encontro com a discussão de um tema muito atual e importante – o rastreio do cancro da próstata na era de precisão. Este assunto, que é da maior relevância para a Urologia, tornou-se ainda mais pertinente após a publicação, há cerca de 15 dias, das novas recomendações da Comissão Europeia para o rastreio de neoplasias abrangidas pelo *Europe's Beating Cancer Plan*. Estas novas recomendações incluem o cancro



Miguel Silva Ramos

Presidente do Conselho Diretivo da APU

“ O rastreio do cancro da próstata, que é um tema da maior relevância para a Urologia, tornou-se ainda mais pertinente após a publicação, há cerca de 15 dias, das novas recomendações da Comissão Europeia para o rastreio de neoplasias abrangidas pelo *Europe's Beating Cancer Plan* ”

da próstata, pelo que será necessário um grande envolvimento da comunidade urológica para as colocar em prática. Aquando da consulta pública promovida pela Comissão Europeia relativamente aos novos programas de rastreio, a APU emitiu um parecer favorável a uma estratégia de rastreio ajustada ao risco.

Como esta reunião da APU não vive apenas da partilha científica, mas também do encon-

tro entre colegas dos vários pontos do país, da discussão informal e da confraternização, desejo a todos um grande Simpósio!



Assista à mensagem de boas-vindas do presidente da APU, em formato vídeo

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:

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: Isaac Braga

Depósito Legal: N.º 338826/12

Edição:



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: Mário Pereira, Pedro Gomes Almeida e Rui Santos Jorge
Design/Web: Herberto Santos e Ricardo Pedro
Colaborações: Andreia Jesus e Rui Alexandre Coelho

Patrocinadores desta edição:



Tratamento cirúrgico individualizado da HBP



José Dias



João Cabral



Peter Kronenberg



Tiago Rodrigues

A discussão em torno do tratamento cirúrgico individualizado da hiperplasia benigna da próstata (HBP) é o tema da primeira mesa-redonda do XVII Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia. O foco recairá sobre as novas terapias minimamente invasivas, a enucleação prostática endoscópica e laparoscópica e a utilização de *laser* de fibra de túlio superpulsado.



Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis

Na primeira preleção da mesa-redonda, José Dias vai abordar o papel das novas terapias minimamente invasivas para resolução da obstrução prostática benigna. Nos últimos 30 anos, “o constante aparecimento de novas opções terapêuticas tem sido acompanhado, de igual forma, pelo seu rápido desaparecimento”, nota o urologista e diretor clínico do Instituto da Próstata, em Lisboa. Ao que acrescenta: “São tratamentos que, quando surgem, parecem promissores, mas que, sem uma eficácia comprovada a longo prazo que justifique a sua utilização, rapidamente são postos de parte”.

Na sua apresentação, José Dias incidirá mais sobre o tratamento da HBP com Aquablation®, Urolift®, iTind® e Rezum®. “Antes de adotarmos uma técnica, devemos avaliar bem todas as suas características. Por outro lado, são procedimentos que, a meu ver, antes de serem utilizados, devem ter resultados com pelo menos três anos de *follow-up* publicados em revistas reconhecidas pela comunidade científica. Algumas das técnicas que vou discutir ainda não preenchem esse critério”, adverte o urologista. No entanto, todas são opções minimamente invasivas, o que se associa a “menos tempo de internamento, menor taxa de ejaculação retrógrada e menos riscos cirúrgicos de hemorragia e infeção”.

Por sua vez, João Cabral falará sobre o lugar da enucleação prostática endoscópica e laparoscópica no tratamento da HBP. O urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António começará por analisar de que modo o conceito de Medicina personalizada pode ser aplicado no âmbito cirúrgico. “Sendo um termo tradicionalmente ligado à área da fármaco-oncologia/fármaco-genética, o que representa do ponto de vista cirúrgico? Em relação à cirurgia da HBP significará, com certeza, o maior envolvimento do doente na tomada de decisão e na escolha do procedimento mais adequado à sua situação, não apenas clínica, mas também sociocultural”, sublinha o orador.

Quanto aos procedimentos em destaque na sua preleção, João Cabral releva, desde logo, o facto de serem “métodos cirúrgicos minimamente invasivos, com segurança e eficácia estabelecidas”. “Com a enucleação prostática endoscópica, o nível de invasão é ainda menor, já que se realiza através de um orifício natural, além de poder permitir, através de modificações técnicas, preservar a ejaculação anterógrada com maior probabilidade, quando essa questão é relevante para o doente”. Apesar dessas vantagens, o urologista chama a atenção para o facto de, em Portugal, ser mais comum

utilizar-se a prostatectomia laparoscópica, “devido ao *know-how* e à *expertise* que existe na comunidade urológica, bem como à maior acessibilidade aos instrumentos tecnológicos necessárias para a sua execução”.

Laser no tratamento da HBP

Segue-se a intervenção de Peter Kronenberg, urologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa, que apresentará a sua experiência com o Soltive™, um sistema de *laser* de fibra de túlio superpulsado. “Desde há quatro anos que somos o centro de referência para o tratamento da litíase com esta tecnologia”, afirma o orador, referindo-se ao hospital onde exerce.

Segundo Peter Kronenberg, esta nova tecnologia com *laser* de fibra de túlio “destaca-se por ter um tamanho seis a oito vezes menor que o *laser* holmium, ser menos ruidoso, consumir menos energia e ser muito mais eficaz no tratamento dos cálculos renais”. Por outro lado, “o *laser* de fibra de túlio tem melhores propriedades de coagulação e permite fazer incisões mais precisas e de menor profundidade, o que poderá ser uma mais-valia no tratamento da HBP, com resultados semelhantes ao *laser* de holmium, segundo os estudos publicados”. O Soltive™ é uma máquina que “permite atingir uma frequência 20 vezes superior à do holmium e tem uma curva de aprendizagem mais fácil”, remata Peter Kronenberg.

Já Tiago Rodrigues incidirá na tecnologia iTind®, um novo tratamento não invasivo para a HBP. “De todos as soluções mais recentes, o iTind® foi o que mais me chamou a atenção pelas vantagens que apresenta, nomeadamente por poder ser realizado em ambulatório e ter um impacto desprezível na ejaculação”, frisa o urologista no Hospital Particular do Algarve. No entanto, “é necessário fazer uma boa seleção dos doentes para obter bons resultados”.

Segundo explica Tiago Rodrigues, o iTind® “consiste na colocação de um dispositivo que vai reformular a uretra prostática durante cinco dias através de incisões isquémicas”, sendo depois removido. “Este é um fator muito importante, pois, ao ser um dispositivo que não fica permanentemente dentro da uretra, não inviabiliza tratamentos futuros”, justifica. Ainda assim, há que considerar que o iTind® “tem uma eficácia temporal reduzida comparativamente à ressecção transuretral da próstata”, além do desconforto sentido pelos doentes nos cinco dias em que o dispositivo está implantado na uretra.

A sessão terminará com a apresentação de vários casos clínicos relativos aos temas abordados, sob a responsabilidade de Lilian Campos e Tiago Antunes-Lopes, também moderadores da mesa-redonda. ◀

Tratamento da litíase e da HBP com *laser* de fibra de túlio superpulsado

De acordo com Daniel Costa e Simão Abreu, respetivamente urologista e interno de Urologia, desde que o Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) adquiriu, em maio de 2021, o SOLTIVE™, este *laser* de fibra de túlio (LFT) já foi utilizado em cerca de 50 procedimentos cirúrgicos para tratamento endoscópico da litíase urinária. Este *laser* superpulsado “tem sido útil, sobretudo, na abordagem endoscópica da litíase renal de maior complexidade – pelo menos três cálculos renais e/ou cálculos de maior dimensão (15-25 mm) – e, num menor número de casos, no tratamento endoscópico de cateteres ureterais encrustados e/ou litíase ureteral complexa”.

Comparativamente ao *laser* de hólmio YAG (Ho:YAG), Daniel Costa e Simão Abreu sublinham que “a evidência científica demonstra, com alguma robustez, a superioridade do LFT”. Entre as vantagens do recurso a esta tecnologia no CHUSJ, os entrevistados destacam “a redução do tempo operatório, a maior eficácia e eficiência na ablação dos cálculos, a menor morbidade cirúrgica, a redução do número de procedimentos adicionais e o crescimento da abordagem endoscópica retrógrada na litíase renal”. Além disso, “a curva de aprendizagem é rápida”. “A nossa experiência com o sistema LFT tem sido bastante positiva, permitindo oferecer aos doentes

uma abordagem minimamente invasiva, com elevada taxa de eficácia e segurança”, afirmam Daniel Costa e Simão Abreu.

Além da litíase urinária, o LFT tem indicação para enucleação prostática. Nesse âmbito, existem vários estudos comparativos e meta-análises que têm demonstrado que o LFT não é inferior ao Ho:YAG, apresentando, inclusive, algumas vantagens. “O LFT dá-nos a possibilidade de uma hemóstase mais eficaz durante o procedimento, com menos perdas sanguíneas e menor queda de hemoglobina, o que é muito relevante na enucleação prostática”, destaca Tiago Antunes-Lopes, urologista no CHUSJ.

O recurso ao SOLTIVE™ na enucleação prostática “pode associar-se a alguma incontinência urinária transitória e a sintomas de armazenamento no período pós-operatório imediato”. No entanto, “após três a quatro semanas, estes sintomas desaparecem em praticamente todos os doentes”, o que leva Tiago Antunes-Lopes a considerar que o procedimento tem um “bom perfil de segurança”. O urologista, que tem experiência no tratamento da hiperplasia benigna da próstata (HBP) com o SOLTIVE™ desde 2021, afirma que “esta tecnologia é particularmente útil em doentes mais idosos com contraindicação para a cirurgia aberta ou em doentes com elevado risco cirúrgico ou de internamentos prolongados”. Tiago Antunes-Lopes adverte que “é necessária muita experiência em endourologia



Tiago Antunes-Lopes, Simão Abreu e Daniel Costa

para executar esta técnica de forma proficiente, sendo a curva de aprendizagem da enucleação prostática com *laser* de cerca de 30 a 50 casos”, mas considera que “será uma questão de tempo até que haja mais doentes tratados por este procedimento do que por cirurgia aberta”.

Para o futuro, Tiago Antunes-Lopes antevê que o LFT possa ser uma solução para outros problemas do foro urológico, nomeadamente “o tratamento de estenoses da uretra, a exérese de pólipos vesicais em bloco ou a realização de endopielotomia no tratamento da síndrome da junção pieloureteral”. **Pedro Bastos Reis**



Destques da entrevista em vídeo com Tiago Antunes-Lopes

OLYMPUS



SOLTIVE™ Premium

- Sistema versátil desenhado para Litotricia, HBP e Tecidos Moles.
- Praticamente sem retropulsão.
- Gama Completa de fibras a partir de 150 µm.
- Compatível com tomadas elétricas Standard
- Pedal Wireless.
- Alta Eficiência Energética.

Para mais informação: www.olympus.pt/soltive



Stone Management



Fibras de laser

12h00 / 13h00

Estreitar relações internacionais

Além do enfoque nos cuidados urológicos de precisão, este simpósio também visa o estreitamento de relações da Associação Portuguesa de Urologia (APU) com a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e a Société Internationale d'Urologie (SIU). Nesse sentido, as três organizam hoje uma mesa-redonda conjunta, cuja discussão se centrará no tratamento da disfunção vesical em doentes com mielomeningocele, na seleção de doentes para a nefrectomia citorrredutora e no papel do tratamento adjuvante do carcinoma de células renais.

Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis



Alfredo Canalini

A primeira intervenção será de Alfredo Canalini, presidente da SBU, que vai incidir no tratamento da disfunção vesical em doentes com mielomeningocele. “No Brasil, esta é uma situação bastante relevante e temos de enfatizar a importância do urologista no tratamento multidisciplinar das crianças que nascem com este e outros defeitos do tubo neural, como a espinha bífida oculta”, introduz o também docente na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Alfredo Canalini explica que as crianças com mielomeningocele precisam do acompanhamento da Urologia devido ao risco de deterioração do trato urinário alto. “Apesar de o diagnóstico ser feito ainda durante a gestação, muitas vezes, quando a cirurgia é efetuada nestas crianças, a bexiga acaba por ficar esquecida. O urologista só vê estes doentes tardiamente, em muitos casos quando já existe um quadro infeccioso grave e uma diminuição significativa da função renal.”

Posto isto, o principal objetivo da apresentação de Alfredo Canalini é alertar para a importância do urologista na prestação de cuidados aos doentes com mielomeningocele desde o nascimento. Nesse sentido, o preletor realçará os principais aspetos a ter em conta, como “a diminuição da pressão da bexiga e a drenagem adequada da urina, para evitar o surgimento de problemas maiores”. Além disso, o presidente da SBU partilhará a experiência do Brasil neste âmbito.

Nefrectomia citorrredutora

Por sua vez, Pilar Laguna apresentará alguns estudos sobre a utilização da nefrectomia citorrredutora em doentes com carcinoma de células renais (CCR) metastático. “Este procedimento continua a ser controverso, em parte devido à falta de estudos



Pilar Laguna

robustos sobre a sua eficácia, comparativamente a opções de tratamento sistémico, mas também pelo facto de a maior parte dos estudos serem retrospectivos ou sem valor estatístico significativo”, explica a urologista e docente no Departamento de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Istambul, na Turquia.

Começando por 2001, ano em que surgiram os primeiros dois estudos randomizados neste âmbito, que compararam a nefrectomia citorrredutora em primeira linha seguida de interferão, *versus* interferão em primeira linha, Pilar Laguna destaca a principal conclusão: “Os doentes submetidos primeiro à cirurgia e, depois, ao tratamento sistémico mostraram vantagens em termo de sobrevivência global.”

Por outro lado, a também membro do *board* diretivo da SIU chama a atenção para dois estudos publicados mais recentemente, em 2018 e 2019, realizados em doentes com risco intermédio a elevado de CCR metastático. O primeiro estudo demonstrou que “os resultados não foram inferiores no grupo do tratamento sistémico com inibidor da tirosina-cinase [sunitinib], *versus* o grupo da nefrectomia citorrredutora seguida de sunitinib”. Já o estudo de 2019 concluiu que “parece existir uma vantagem de sobrevivência global nos doentes tratados com sunitinib seguido de nefrectomia citorrredutora.”

Pilar Laguna lamenta o facto de os estudos não terem acompanhado a evolução do tratamento sistémico do CCR, que se “alterou radicalmente de 2005 para 2015, com o surgimento de novos inibidores da tirosina-cinase e dos inibidores do *checkpoint* imunitário”, respetivamente. “Apesar



Isaac Braga

da falta de estudos robustos, há indicações para realizar nefrectomia citorrredutora nos doentes com bom prognóstico como tratamento de primeira linha, e em doentes selecionados de risco intermédio e muito poucos de risco elevado com boa resposta ao tratamento sistémico prévio”, conclui a urologista.

Tratamento adjuvante do CCR

Numa preleção patrocinada pela MSD, Isaac Braga discorrerá sobre que doentes são melhores candidatos para o tratamento adjuvante do CCR e como o aplicar. Segundo o urologista no Instituto Português de Oncologia do Porto, “até há pouco tempo, o CCR não tinha nenhum estudo comprovativo dos benefícios do tratamento adjuvante, portanto, após a cirurgia, mesmo de um tumor avançado, a indicação era de vigilância”.

Contudo, há pouco mais de um ano, foram publicados os primeiros resultados de um ensaio clínico com a utilização de imunoterapia após tratamento cirúrgico. “Em alguns doentes, nomeadamente os de alto risco de recidiva, foi testada a imunoterapia como tratamento adjuvante. Verificou-se uma redução do risco de recorrência da doença, com aumento do tempo de sobrevivência sem recidiva”, resume o também secretário-geral da APU.

Isaac Braga falará ainda sobre os resultados da análise final do estudo KEYNOTE-564, com o pembrolizumab, que “mostrou benefício em termos de sobrevivência livre de recidiva”, e os resultados recentemente apresentados dos estudos IMmotion 010, PROSPER e CheckMate914, especificando que doentes com CCR são considerados de alto risco e como podem ser identificados. “Estamos a falar de doentes com tumores localmente avançados, em fase T3, com alto risco de metastização, doentes com doença ganglionar regional ou doentes com grau tumoral elevado”, remata o urologista. ◀



Destques das entrevistas com os três oradores e mensagem de Miguel Silva Ramos, presidente da APU e moderador da sessão em conjunto com José Palma dos Reis, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

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.



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

Resultados dos questionários aos Serviços de Urologia

Os Grupos de Trabalho de Oncologia, Urologia Funcional e Litíase da APU lançaram um repto aos diversos Serviços de Urologia do país para responderem a questionários com o objetivo de aferir o estado do tratamento nestas três áreas. Os resultados serão divulgados hoje, numa sessão que pretende fomentar a reflexão e traçar linhas de atuação para o futuro, enumerando os pontos positivos, mas também os aspetos a melhorar.

 Pedro Bastos Reis

ONCOLOGIA



O questionário aplicado pelo Grupo de Trabalho de Oncologia da APU teve por objetivo central perceber “como funciona, nos diferentes hospitais, o seguimento dos doentes com cancro da próstata avançado sob hormonoterapias em segunda linha, nomeadamente a abiraterona, a enzalutamida, a apalutamida e a darolutamida”, explica o seu coordenador, **Francisco Botelho**.

No total, foram recolhidas respostas de Serviços de Urologia de 25 hospitais, com “resultados muito heterogéneos a nível nacional, mas evidenciando-se uma vontade relativamente uniforme de a Urologia assumir um papel preponderante na utilização destas terapêuticas”.

Também se percebeu que, “na esmagadora maioria dos hospitais, as decisões terapêuticas são tomadas em consultas multidisciplinares de grupo oncológico, com a presença da Urologia e da Oncologia”. Contudo, nas etapas seguintes, já se verificam diferenças. “Há hospitais onde é só a Oncologia a decidir o fármaco a utilizar; noutros, são ambas as especialidades a decidir e ainda há os casos em que só a Urologia escolhe, sem a contribuição da Oncologia”, indica Francisco Botelho. E acrescenta: “Há também hospitais onde a consulta multidisciplinar opta pela hormonoterapia de segunda linha ou pela intensificação terapêutica, mas só numa consulta separada, já sem a presença dos urologistas, é que se decide o fármaco”.

Quanto ao seguimento dos doentes tratados com hormonoterapias em segunda linha, o urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) identifica três padrões. “Em 31% dos hospitais, o seguimento é assegurado pela Urologia; em 27%, por ambas as especialidades (geralmente dependendo de quem prescreveu o tratamento) e, em 42% dos hospitais, pela Oncologia.” Nos hospitais onde ambas as especialidades prescrevem, os critérios de divisão dos doentes são, mais uma vez, bastantes heterogéneos. “Esta é obviamente uma área na qual queremos que os urologistas participem, dada a experiência da nossa especialidade na prescrição da hormonoterapia clássica e pelo seu grande potencial no futuro”, reitera.

Notando que não foi identificada nenhuma tendência que demonstre uma grande diferença entre hospitais centrais e periféricos, Francisco Botelho considera “bastante positivo que quase todos os hospitais estejam a utilizar os fármacos de hormonoterapia, que conferem um aumento de sobrevivência muito significativo, constituindo uma mais-valia para os doentes”. Em aberto fica a sugestão de serem criados “protocolos de seguimento e tratamento uniformizados dos doentes com cancro da próstata avançado”. ◀

UROLOGIA FUNCIONAL



O Já no caso do questionário aplicado pelo Grupo de Trabalho de Urologia Funcional da APU, o intuito foi “perceber o que está a ser feito pelos Serviços de Urologia nesta subespecialidade do ponto de vista qualitativo”. “Perguntámos se havia recursos humanos dedicados às diferentes áreas da urologia funcional, nomeadamente à incontinência urinária, ao prolapso pélvico, à dor pélvica crónica e à hiperplasia benigna da próstata (HBP). Também perguntámos se os urologistas têm disponibilidade de bloco ou de consulta própria e como tratam as diversas patologias”, contextualiza o coordenador, **Paulo Dinis**.

Contabilizando as respostas de 17 Serviços de Urologia, Paulo Dinis conclui que “praticamente todos os hospitais, com exceção do Instituto Português de Oncologia, fazem algum tipo de urologia funcional” e que “quase todos os hospitais têm equipamento específico de urodinâmica, com especialistas diferenciados ou certificados” nesta área. Os resultados do questionário também demonstram que “os hospitais mais diferenciados têm acesso e executam técnicas mais recentes e de maior complexidade”. “Os grandes hospitais universitários estão a evoluir no sentido da subespecialização, o que é bastante bem-vindo, quer em termos clínicos quer formativos”, evidencia o urologista no CHUSJ. Ao que acrescenta: “No ensino pré e pós-graduado, o próprio currículo de Urologia está a ser orientado para a frequência específica em unidades de subespecialização, pelo que a maior parte dos Serviços está a tentar ajustar-se a essa realidade”.

Apesar de se verificarem algumas diferenças entre hospitais centrais e periféricos, Paulo Dinis considera que “é natural que haja menos centros a tratar determinadas situações, como a dor pélvica ou os problemas do foro neurológico”, ficando essas vertentes adstritas aos hospitais maiores. “Isso significa que está a haver referênciação e que temos especialistas com possibilidade de se concentrarem nessas patologias”, explica.

Outro aspeto positivo que ressalta dos resultados do questionário é a tendência para o crescimento da investigação científica em urologia funcional. Por outro lado, constata-se que há poucos Serviços de Urologia com consultas de grupo multidisciplinar para patologias do pavimento pélvico. “Estes grupos são desejáveis, por isso, temos aspetos a melhorar. No entanto, no geral, fiquei agradavelmente surpreendido com o estado de implementação e organização na área da urologia funcional”, conclui Paulo Dinis, acrescentando que, no âmbito da HBP, por exemplo, “nota-se uma corrida às técnicas minimamente invasivas”. ◀

LITÍASE



Por fim, será apresentado o estado atual da abordagem à litíase em Portugal. Além do questionário enviado aos Serviços de Urologia, o Grupo de Trabalho de Litíase aplicou outro questionário ao Núcleo de Internos da APU para perceber como avaliam a sua formação.

“Verificámos que os Serviços que têm internos dispõem de boa capacidade formativa, tendo em conta o número elevado de procedimentos que realizam anualmente em termos de ureteroscopia semirrígida e flexível, mas também cirurgia percutânea”, afirma o coordenador, **Vítor Cavadas**.

No entanto, segundo os resultados dos questionários, “apenas um quinto dos internos tem possibilidade de participar, assistir ou realizar tratamentos com litotricia por ondas de choque, sobretudo devido à falta de equipamentos no hospital onde recebem formação”, lamenta o urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António. Por outro lado, “a partir do quarto ano, mais de dois terços dos internos já realizam cirurgias percutâneas

como principais executantes”. É ainda de realçar que “três quartos dos internos consideram que a passagem por centros de referência no tratamento da litíase é benéfica para a sua formação”, existindo, contudo, espaço para melhorar a oferta formativa, nomeadamente com a realização de mais cursos práticos.

Quanto ao questionário aplicado aos Serviços de Urologia, Vítor Cavadas admite que “o número de respostas ficou aquém do esperado” – à data de fecho desta edição, 20 Serviços tinham respondido. Dos resultados obtidos, o coordenador do Grupo de Trabalho de Litíase da APU destaca que “apenas um quarto dos Serviços de Urologia dispõe de equipamento de litotricia por ondas de choque”, além de que “há hospitais com o equipamento a funcionar, mas que não têm internos em formação”. “Isso leva-nos a questionar se os internos sem acesso à técnica deveriam deslocar-se aos hospitais que a disponibilizam para, em poucos dias ou semanas, terem formação em litotricia por ondas de choque”, reflete Vítor Cavadas.

Quando às ureteroscopias semirrígida e flexível, “confirmou-se que todos os hospitais têm equipamentos para as realizar”, mas o mesmo já não acontece com a cirurgia percutânea. Acresce que, “apesar de não terem o equipamento necessário, nem todos os hospitais referenciam os doentes”, alerta Vítor Cavadas. Outro aspeto evidenciado pelo coordenador do Grupo de Trabalho de Litíase da APU é que, “dos 15 Serviços de Urologia que realizam cirurgia percutânea, apenas nove realizaram pelo menos 20 procedimentos num ano e, destes, apenas dois realizaram mais do que 50, pelo que importa perceber se não seria melhor concentrar este tratamento nos hospitais com mais experiência”. ◀



Destques das entrevistas em vídeo com os coordenadores dos três Grupos de Trabalho da APU, que divulgam alguns dos resultados dos questionários que aplicaram recentemente aos Serviços de Urologia nacionais

15h30 | 15h50

Registo nacional de neoplasias renais

O projeto URO.PT, resultado da parceria entre a Associação Portuguesa de Urologia e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, vai ser apresentado hoje por **Vítor Oliveira**, urologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E). A sessão será moderada por Tito Leitão e Frederico Carmo Reis.

“Neste momento, já temos perto de 350 doentes registados na plataforma e conseguimos saber, por exemplo, quantos foram submetidos a nefrectomia radical e quantos foram alvo de cirurgia parcial”, salienta Vítor Oliveira. Estes dados permitem comparar, para além das diferenças entre tratamentos, o perfil dos doentes e as complicações pós-operatórias. “Podemos comparar os resultados das cirurgias por via aberta ou laparoscópica, os tempos de isquemia e avaliar as complicações de cada procedimento”, acrescenta o preletor.

Apesar de o projeto ainda estar no início, já há estudos a decorrer a partir dos dados fornecidos pelo URO.PT. Um deles está a ser desenvolvido pelo CHVNG/E e inclui, até à data, cerca de 90



doentes. “O objetivo é analisar os fatores preditivos de complicações intraoperatórias da nefrectomia parcial”, explica Vítor Oliveira. A idade, a existência ou não de anemia, o tamanho do tumor e a proximidade ao hilo renal ou aos vasos sanguíneos são alguns dos fatores de prognóstico em análise.

Outro projeto em curso está a ser desenvolvido pelo Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António. “Os colegas já conseguiram avaliar, por exemplo, a diferença entre menor tempo de isquemia, margens cirúrgicas negativas e ausência de complicações em doentes submetidos a nefrectomia parcial por via aberta, *versus* via laparoscópica. Os resultados podem ser muito interessantes”, garante Vítor Oliveira. Ao que acrescenta: “Talvez seja surpreendente saber que a cirurgia aberta não é para colocar de parte, porque os seus resultados, afinal, não são assim tão diferentes da via laparoscópica, mesmo em termos de complicações e de recuperação funcional.” No entanto, por causa de o URO.PT ser uma plataforma recente, ainda não é possível fazer um *follow-up* dos doentes a médio/longo prazo.

A preleção de Vítor Oliveira também tem por objetivo levar a que mais hospitais adiram a este registo, sendo que alguns ainda não o fizeram devido a questões relacionadas com as autorizações das respetivas comissões de ética. Contudo, a expectativa é que o projeto cresça substancialmente num futuro próximo. “O URO.PT é uma ferramenta inovadora e fundamental para realizarmos estudos com valor estatístico relevante no âmbito europeu”, remata o urologista. ◀ **Pedro Bastos Reis**



Interface da plataforma URO.PT, com o ranking de doentes e registos por hospital. O Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António é o que tem mais dados, com 192 doentes e 665 registos de neoplasias renais. Segue-se o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, com 90 doentes e 327 registos.





Novo programa de formação e outras atividades do Colégio de Urologia

Antes de encerrar o primeiro dia de Simpósio, serão divulgadas as principais atividades do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM), que vão desde a componente formativa, incluindo a atribuição de idoneidade formativa aos Serviços de Urologia, até à emissão de pareceres técnicos cada vez mais solicitados em situações médico-legais. Desta forma, a audiência da sessão ficará a par não só do novo Programa de Formação do Internato Complementar de Urologia, como também das iniciativas do CEUOM que, muitas vezes, passam despercebidas à comunidade urológica.

 Pedro Bastos Reis

expectativa é que seja criado “um modelo mais justo”, com todos os hospitais do país a assumirem um papel mais ativo na formação dos internos, fomentando, ao mesmo tempo, a “igualdade de oportunidades para os internos em formação”.

Portanto, o novo programa também visa combater as assimetrias na formação proporcionada pelos diferentes hospitais. “Pretendemos tornar a formação mais homogénea e elevar o nível de diferenciação dos vários centros urológicos do país”, concretiza Carlos Silva, notando que, com o novo modelo, haverá igualmente uma dinamização em termos de oportunidades profissionais. “Os internos vão contactar com experiências diferentes e interagir com especialistas dos diversos hospitais, que os poderão convidar para futuras propostas de trabalho”.

Com esta permuta entre os vários hospitais, Carlos Silva acredita que a Urologia nacional irá desenvolver-se mais rapidamente. “Além de receberem formação, os internos podem levar ideias novas a todos os hospitais do país, o que proporciona novas formas de pensar e um maior desenvolvimento”, reitera o presidente do CEUOM.

Depois de o novo Programa de Formação do Internato Complementar de Urologia entrar em vigor, seguir-se-á a fase de implementação no terreno, para a qual “será necessária alguma capacidade de adaptação”. Contudo, Carlos Silva não tem dúvidas de que “o novo programa será um marco na formação em Urologia em Portugal”.

Mais atividades do CEUOM

Na segunda parte da sessão, Frederico Carmo Reis, urologista na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano, vai dar conta das principais atividades da direção do CEUOM, à qual também pertence, incidindo sobre “aspectos que muitas vezes passam despercebidos”, mesmo à comunidade urológica. “Estamos envolvidos na emissão de pareceres técnico-científicos, somos solicitados a analisar procedimentos médico-cirúrgicos, a dar opinião sobre a realização de estágios, a conceder aval científico para reuniões ou a organizar/integrar os júris de exames da especialidade”, exemplifica.

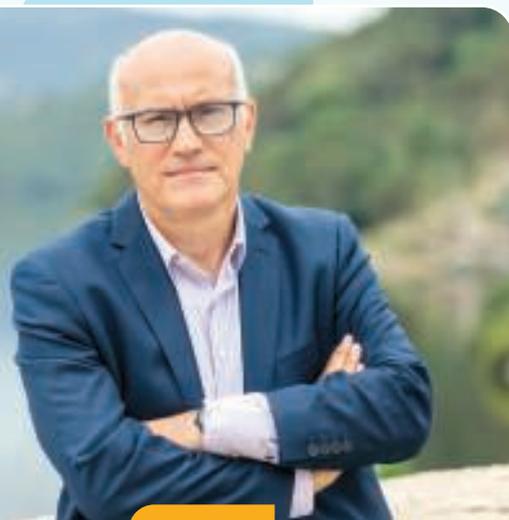
Frederico Carmo Reis, que já tinha integrado a direção no mandato de Avelino Fraga, antecessor de Carlos Silva, destaca também a elaboração de artigos e pareceres sobre técnicas urológicas, dando como exemplos os pareceres assinados por Luís

Campos Pinheiro (sobre eletroporação irreversível da próstata) e Belmiro Parada (sobre embolização das artérias prostáticas no tratamento da hiperplasia benigna da próstata), bem como a emissão de recomendações clínicas no âmbito da campanha *Choosing Wisely – Escolhas Criteriosas em Saúde*. Além disso, o CEUOM tem emitido “pareceres sobre a criação de novas especialidades médicas”, como é o caso da Medicina de Urgência Médica, bem como na definição do tempo recomendado de consulta nas diversas especialidades médicas.

Salientando que as ações mais evidentes do CEUOM acabam por ser a elaboração do Programa de Formação do Internato Complementar de Urologia e a definição dos hospitais com capacidade formativa, Frederico Carmo Reis refere que “a atividade da direção é, sobretudo, reativa”, intervindo quando solicitada pela OM. “Somos proativos quando achamos que existem procedimentos que não estão a funcionar de forma adequada, mas intervimos sobretudo quando é solicitada a nossa colaboração, como é o caso dos pareceres técnico-científicos ou dos processos disciplinares”, reitera o urologista.

Além disso, Frederico Carmo Reis realça que, ao definir a formação em Urologia e ao estar em contacto com todos os hospitais, o CEUOM acaba por ser “a voz” dos diversos Serviços de Urologia do país, particularmente dos que têm maior dificuldade em apresentar reivindicações funcionar como veículo de transmissão das necessidades dos Serviços de Urologia, nomeadamente em termos de investimentos tecnológicos”, exemplifica.

Com a sua preleção, Frederico Carmo Reis espera que a comunidade urológica fique a conhecer melhor o trabalho desenvolvido pelos membros da direção do CEUOM, que, “apesar de ser pouco divulgado, contribui para o bem comum, para o bem da especialidade de Urologia e da profissão e para a qualidade do ato médico e da Saúde em Portugal”. Há que notar que se trata de trabalho *pro bono*. “Acima de tudo, o que verifiquei nestes últimos mandatos que tive o privilégio de integrar é que somos um grupo coeso e empenhado de pessoas em quem se pode confiar”, conclui o membro da direção do CEUOM. ◀



Carlos Silva



Frederico Carmo Reis

Aguardar publicação em *Diário da República*, o novo Programa de Formação do Internato Complementar de Urologia será apresentado por Carlos Silva, presidente do CEUOM. “Os internos passam, obrigatoriamente, a integrar hospitais com formação total. Contudo, também têm de passar um ano em hospitais com idoneidade parcial”, destaca o diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto.

Com este novo programa, definido como um dos pilares da anterior e da atual direção do CEUOM, a



Antevisão, em vídeo, das duas preleções da sessão do Colégio de Urologia

Tm **tecnimede**

17h10 / 18h30

Medicina de precisão no carcinoma do urotélio

Sendo o carcinoma do urotélio uma doença de elevada agressividade e baixa sobrevivência a longo prazo, torna-se necessário conhecer bem todas as opções terapêuticas existentes. É sobre os diferentes tratamentos disponíveis que incide esta mesa-redonda, explorando, com mais pormenor, a cirurgia conservadora, o tratamento do tumor músculo-invasivo além da cistectomia, a emergência de novas abordagens e o estado da arte no tratamento de manutenção.

 **Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis**



Morgan Roupret



Belmiro Parada

A sessão começará com a apresentação à distância de Morgan Roupret sobre cirurgia conservadora do urotélio alto (endourologia). Nesse sentido, o professor no Departamento Académico de Urologia dos Hospitais Universitários Pitié-Salpêtrière, em Paris, destacará três situações cujo tratamento, além de ser personalizado às características do tumor, foi alvo de melhorias nos últimos anos. “A primeira diz respeito ao cancro da bexiga não músculo-invasivo com elevada carga tumoral. São aqueles doentes aos quais chamamos de multifocais, para quem a melhor opção conservadora é a ressecção transuretral da bexiga com ferramentas modernas.”

De acordo com Morgan Roupret, sempre que um urologista enfrenta esta situação, “deve considerar a possibilidade da cistoscopia de luz azul ou qualquer tecnologia que possa melhorar a visualização”. “A qualidade do espécime cirúrgico é da maior importância, sendo que também devemos considerar a utilização do novo ressectoscópio”, acrescenta.

Outro cenário que o urologista vai abordar é o tumor de alto risco no divertículo, que é invasivo. “Neste caso, podemos considerar a cistectomia conservadora através da ablação do divertículo.” A terceira situação destacada por Morgan Roupret é o tumor de grau elevado no trato urinário superior (pélvis-renal ou no

ureter), para o qual, “quando se considera manter o rim, deve-se apostar numa ureteroscopia flexível ou numa ureterectomia segmentar”.

Tratamento do tumor músculo-invasivo além da cistectomia

Segue-se a intervenção de Belmiro Parada, cujo foco será o tratamento do tumor do urotélio vesical músculo-invasivo além da cistectomia. Segundo o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), “este é um tumor extremamente agressivo, que requer tratamentos radicais, sendo que a abordagem clássica é a cistectomia radical, eventualmente associada a quimioterapia neoadjuvante”.

Contudo, Belmiro Parada alerta que, com o passar dos anos, têm-se levantado questões quanto a essa abordagem, por ser “um procedimento bastante mutilante e agressivo, que altera profundamente a qualidade das funções urinária e sexual, bem como a autoimagem”. Além disso, “verifica-se que os resultados obtidos não são excelentes, com taxas de morbilidade e mortalidade significativas”, nota o urologista. Por outro lado, “há doentes que, devido às suas características e comorbilidades, não são candidatos a uma abordagem tão agressiva”.

Assim, Belmiro Parada abordará o papel dos tratamentos conservadores da bexiga,

nomeadamente uma abordagem trimodal, que consiste numa cirurgia endoscópica radical associada a quimioterapia e radioterapia. “Esta opção está indicada para doentes devidamente selecionados, com tumor invasivo localizado e passível de ressecção endoscópica completa. A técnica trimodal não pode ser realizada em tumores multifocais ou de grande volume, nem em doentes com carcinoma *in situ* associado”, sublinha o urologista, afirmando que a cistectomia permanece como o *gold standard* no tratamento dos doentes com tumor do urotélio músculo-invasivo.

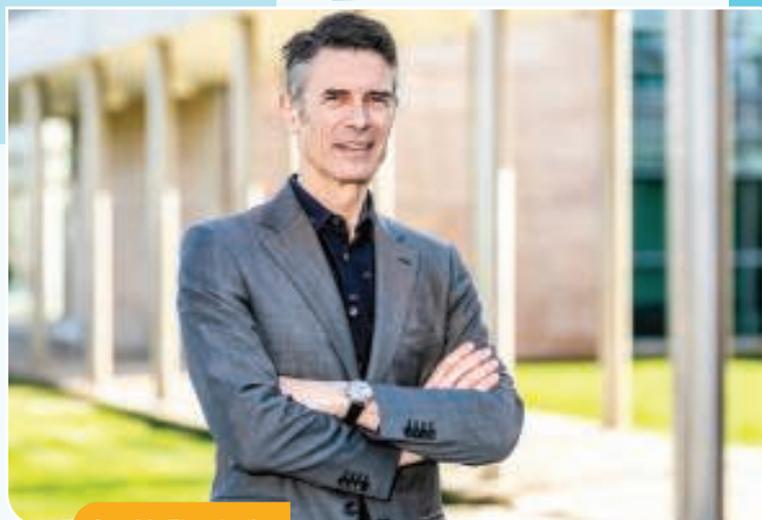
Nova abordagem para o cancro urotelial metastático

Por sua vez, Pedro Nunes falará sobre uma nova abordagem no tratamento do cancro urotelial metastático, numa preleção patrocinada pela Astellas. De acordo com o urologista no CHUC, esta é uma área na qual “têm surgido poucas abordagens novas, nomeadamente para o cancro da bexiga metastizado”. “A terapêutica com quimioterapia baseada em cisplatina ou carboplatina manteve-se como primeira linha durante muito tempo.”

Com o surgimento da imunoterapia, o também vice-presidente da Associação Portuguesa de Urologia afirma que se estabeleceu uma “boa opção para a segunda linha terapêutica”.



Pedro Nunes



Arnaldo Figueiredo

“ A imunoterapia de manutenção deve ser considerada em todos os doentes com carcinoma do urotélio avançado, cuja doença respondeu ou não progrediu com quimioterapia baseada em platina como tratamento de primeira linha ”

Na sua apresentação, Pedro Nunes incidirá, em particular, no enfortumab vedotina, “um anti-corpo monoclonal que atua na nectina 4, uma molécula de adesão que está muito expressa no carcinoma urotelial, conjugado com uma molécula de quimioterapia, a auristatina E”.

O preletor vai sustentar-se no estudo EV-201¹, que incluiu cerca de 125 doentes previamente tratados com quimioterapia baseada em platina e inibidores do *checkpoint* imunitário, mostrando 44% de respostas objetivas e 12% de respostas completas. “Estes resultados levaram a que a Food and Drug Administration e a European Medicines Agency aprovassem, de forma célere, a utilização deste fármaco como tratamento do carcinoma urotelial”.

Pedro Nunes também comentará os resultados preliminares de um ensaio clínico de fase III que compara o enfortumab vedotina com um agente único de quimioterapia, em doentes que progrediram após quimioterapia baseada em platina e inibidores do *checkpoint* imunitário. “Ao fim de quatro meses, os resultados mostram um aumento da sobrevivência global, que é o *endpoint* primário deste ensaio, com 12,88 meses no braço do enfortumab vendotina e 8,97 meses no braço da quimioterapia”, destaca o orador.

Tratamento de manutenção

Na derradeira preleção da mesa-redonda, que tem o apoio da Merck e da Pfizer, Arnaldo Figueiredo vai refletir sobre o paradigma atual do tratamento de manutenção do carcinoma urotelial avançado. “Esta é uma entidade com elevada agressividade e baixa sobrevivência a longo prazo”, começa por dizer o preletor. Ao que acrescenta: “Apesar de cerca de me-

tade dos doentes responder à quimioterapia de primeira linha à base de platina, a maioria acaba por progredir”.

Segundo o diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC, “a demonstração da eficácia da imunoterapia no contexto de progressão levou a que se considerasse a sua utilização mais precocemente, como manutenção nos doentes cuja doença não progride com a quimioterapia”.

“A administração do inibidor PD-L1 avelumab em regime de manutenção mostrou prolongar significativamente o tempo até progressão da doença e a sobrevivência global, sendo bem tolerado”, refere Arnaldo Figueiredo. Assim, “a imunoterapia de manutenção deve ser considerada em todos os doentes com carcinoma do urotélio avançado, cuja doença respondeu ou não progrediu com quimioterapia baseada em platina como tratamento de primeira linha”.

Atualmente, só está disponível um fármaco aprovado pelo INFARMED para o tratamento de manutenção dos doentes com carcinoma do urotélio, que é o avelumab. “Trata-se de uma área em grande mudança, mas, no momento atual, esta terapêutica é, indiscutivelmente, a melhor forma de atrasar a progressão desta doença letal”, conclui Arnaldo Figueiredo. ◀

Referência: 1. Yu EY, et al. Lancet Oncol. 2021;22(6):872-82.

MAIS MOMENTOS DO PROGRAMA DE HOJE

8h30 – 9h30
 Sessão de apresentação de 10 vídeos

Moderadores: Aníbal Coutinho e Paulo Pereira

11h00 – 12h00
 Sessão patrocinada pela Bristol Myers Squibb

“1.ª linha no tratamento do carcinoma de células renais”
 Orador: Arnaldo Figueiredo

13h00 – 13h15
 Sessão de abertura

15h50 – 16h50
 Sessão patrocinada pela Janssen

“Avanços no tratamento do CPmHS: da evidência à prática clínica”

Moderador: Carlos Rabaça
 Oradores: Hugo Coelho e Daniela Macedo



RECORDATI