

Aceda à versão digital

Salvador Arlandis



Igor Vaz



Miguel Ramirez-Backhaus



Arnulf Stenzl



Steven Joniau



## Contributos internacionais para um *update* à escala global

Porque os desafios e as novidades da Urologia não se restringem à realidade nacional, a comissão organizadora do Congresso APU 2019 convidou especialistas de outros países para se juntarem aos portugueses no objetivo de proporcionar uma atualização de conhecimentos o mais abrangente possível. No simpósio da Associação Lusófona de Urologia, Igor Vaz vai falar sobre a problemática das fístulas pós-parto em África (P.7). Na sessão seguinte, Miguel Ramirez-Backhaus apresentará o que há de novo no carcinoma da próstata e Arnulf Stenzl as novidades no cancro do urotélio (P.8). Este urologista voltará a intervir na sessão dedicada aos desafios da cirurgia radical, na qual também é orador Steven Joniau (P.23), que assegurará outra intervenção sobre as mutações germinativas no cancro da próstata (P.18). Já na conferência da Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG), o seu presidente, Salvador Arlandis, vai abordar as disfunções miccionais femininas (P.9)

Jornal da:



www.apurologia.pt

UROLOGIA ACTUAL

## Bem-vindos à Madeira!

É com muita satisfação que dou as boas-vindas ao Congresso da APU 2019. Agradeço a vossa presença e à Direcção da APU pela motivação e pela parceria para a realização deste Congresso no Funchal, que constituía uma forte aspiração do Serviço de Urologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Este Congresso tem um programa científico aliciante e conta com a presença de ilustres convidados nacionais e estrangeiros. Os trabalhos iniciaram-se ontem, com o curso pré-congresso de ressonância magnética multiparamétrica da próstata, biópsia prostática de fusão e terapêutica focal. Hoje, 28 de setembro, o programa arranca com o curso sobre os aspetos práticos da imuno-oncologia em Urologia.

Entre os temas que serão abordados nas várias mesas-redondas e conferências, saliento as particularidades de algumas doenças urológicas em África, que serão discutidas no Simpósio da Associação Lusófona de Urologia; as novidades na doença oncológica avançada; as disfunções miccionais femininas e masculinas; as infecções

do século XXI; o papel central do urologista no transplante renal; as inovações cirúrgicas para a litíase renal; e o diagnóstico molecular na prática clínica do urologista.

Na sessão de andrologia e medicina sexual, serão discutidos os efeitos laterais das terapêuticas oncológicas, que podem causar problemas como a infertilidade, a disfunção erétil ou a ejaculação prematura. No último dia do Congresso, domingo, teremos uma mesa-redonda dedicada às novidades no âmbito da endourologia e outra sobre os diversos desafios da cirurgia radical. A reunião terminará com «chave de ouro»: a sessão de encerramento e entrega de prémios vai contar com a presença do nosso ilustre bastonário e colega, Dr. Miguel Guimarães. Esperamos que este Congresso contribua para o enriquecimento científico e a troca de experiências e amizade entre todos. Queremos que seja também uma oportunidade de convívio numa região tão aprazível como a Madeira, onde o clima e a natureza convidam a momentos de descontração!



**Ferdinando Pereira**  
Presidente da Comissão Organizadora e diretor do Serviço de Urologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal

## Maior visibilidade para a investigação em Urologia

Como é habitual, o programa científico do Congresso resulta da parceria entre a APU e um Serviço de Urologia – neste caso, o do Hospital Dr. Nélio Mendonça, procurando abarcar as diversas áreas da especialidade. Este ano, a uro-oncologia tem mais protagonismo pelo simples motivo de que é nesta área que se registam as maiores novidades. É natural, portanto, que discutamos estes desenvolvimentos recentes.

No entanto, o programa científico está longe de se esgotar nos temas oncológicos. Haverá sessões dedicadas a áreas tão diversas como a andrologia e a medicina sexual, a incontinência urinária, a litíase ou o transplante renal. E também abrimos as portas à ciência básica, procurando que, em cada mesa-redonda, um palestrante aborde aspectos relacionados com a bioquímica, a medicina molecular ou a física, entre outros âmbitos. Fizemos esta aposta porque a Urologia de translação é uma tendência mundial e porque acreditamos que é útil perceber as bases

científicas do nosso trabalho. Verificamos, com orgulho, que temos uma massa crítica nacional considerável, incluindo vários urologistas que fazem trabalhos de grande qualidade em ciência básica. A APU tem obrigação de acarinhar estes profissionais e de lhes dar maior visibilidade no seu Congresso. Penso que esta será uma aposta de sucesso e de futuro.

Na mesma linha, reforçamos o tempo alocado à apresentação de vídeos e cartazes. Além de uma quantidade crescente de trabalhos submetidos ao Congresso da APU, a qualidade de muitos deles em nada é inferior à que observamos em congressos internacionais. Por isso, procurámos atribuir à apresentação de vídeos e cartazes períodos de maior destaque, sem outras sessões em simultâneo. Penso que, no futuro, deveremos fazer um esforço para alargar ainda mais o tempo dedicado a este tipo de trabalhos. Será com muito gosto e orgulho que o faremos. **Desejo a todos um ótimo congresso!**



**Luís Abranches Monteiro**  
Presidente do Congresso e da Associação Portuguesa de Urologia

Os autores destes textos escrevem segundo o anterior Acordo Ortográfico.

### 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/Fax: (+351) 213 243 599  
apu@apurologia.pt/www.apurologia.pt  
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com

Depósito 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)

Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)

Textos: Luís Garcia, Pedro Bastos Reis e Rui Alexandre Coelho

Fotografia: João Ferrão e Rui Santos Jorge

Design/paginação: Ana Rocha e Susana Vale

#### Patrocinadores desta edição:



# Curso de RM-mp, biópsia prostática de fusão e terapêutica focal

Um dos cursos pré-congresso realizados ontem incidiu sobre as indicações da ressonância magnética multiparamétrica da próstata (RM-mp) e da biópsia prostática de fusão, que já está contemplada nas mais relevantes *guidelines* da Urologia. Decorrente destes avanços no âmbito do diagnóstico, outro tópico desta formação foi a terapêutica focal para o cancro da próstata. Os três formadores apresentam o resumo do que foi abordado durante as três horas do curso.



## Ressonância magnética multiparamétrica da próstata

«Falámos sobre os vários cenários clínicos que podem levar um urologista a solicitar a ressonância magnética multiparamétrica (RM-mp) e o tipo de resposta que deve constar no relatório em cada um dos cenários: na deteção do cancro da próstata, no seu estadiamento, na vigilância ativa e na pesquisa de recidiva pós-prostatectomia ou pós-radioterapia. A principal intenção desta vertente do curso foi mostrar aos formandos as respostas diferenciadas que a RM-mp pode dar em cada tipo de doente.

**«O protocolo da RM-mp é sempre o mesmo, mas ajustamos a resposta do relatório a cada doente»**

Há uma ideia preconcebida de que a RM-mp realiza-se sempre da mesma maneira. De facto, o protocolo seguido é sempre o mesmo, mas ajustamos a resposta do relatório ao doente específico. Esperamos que os participantes neste curso tenham ficado aptos a solicitar os exames com informação clínica mais dirigida e a seleccionar os doentes indicados para a realização de RM-mp, assim como a identificar as lesões suspeitas que possam estar descritas num relatório, aspeto fundamental as biópsias de fusão.»

**João Lopes Dias, imagiologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José**

## Biópsia prostática de fusão

«Destaco a sessão prática, na qual, com recurso a um simulador, explicámos quais são os passos necessários para fazer uma biópsia prostática de fusão. A maior parte dos urologistas, quando decide realizar este exame, contrata uma empresa que, de certo modo, deixa tudo pré-feito. A partir daí, o urologista tem apenas de introduzir as agulhas, pelo que, muitas vezes, não percebe o que está por detrás do procedimento. O grande objetivo deste curso foi contribuir para que os urologistas tenham a maior autonomia possível em todas as etapas da biópsia de fusão, sobretudo na marcação da ressonância magnética e na configuração de todo o *software* para chegar à parte prática. Claro que os *softwares* são diferentes entre equipamentos, mas os conceitos são semelhantes.

Por outro lado, há erros bastante comuns, pelo que importa saber como os evitar. Por exemplo, existem determinadas deformações da próstata e mudanças de posição que, se não forem corrigidas em tempo real, podem resultar em erros no local definido e diminuir a precisão da biópsia. Portanto, nesta formação, explicámos como é que, em tempo real, podemos fazer essa correção, para sermos o mais precisos possível. Acima de tudo, queremos que os participantes neste curso transponham o que aprenderam para a prática do dia-a-dia.»

**João Magalhães Pina, urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José**



## Terapêutica focal para o carcinoma da próstata

«Numa era em que o cancro da próstata é maioritariamente diagnosticado numa fase precoce e em que até 50% destes cancros podem ser sobretratados, urge encontrar alternativas terapêuticas, sobretudo minimamente invasivas. O objetivo, antes de mais, é a segurança oncológica, mas também é essencial preservar as funções sexuais e urinárias que, quando afetadas, diminuem muito a qualidade de vida do homem, ao contrário do que acontece com outras patologias oncológicas, cujos órgãos afetados não causam esse impacto.

A ideia principal deste curso foi proporcionar uma estratégia *step-by-step* para a correta identificação anatómica do cancro da próstata, com o objetivo posterior de definir a melhor estratégia de tratamento focal, preservando o tecido prostático não afetado (ao contrário do que acontece com as terapêuticas radicais *standard*). É aí que entra o papel fundamental da ressonância magnética e da biópsia de fusão da lesão-alvo clinicamente significativa. Essa estratégia pode visar os doentes com cancro da próstata de baixo risco ou risco intermédio que pretendem uma alternativa à vigilância ativa, mas também doentes com cancro da próstata clinicamente significativo e bem definido, que pretendem uma alternativa ao tratamento radical e suas consequências, assumindo os riscos inerentes ao não tratamento global da próstata.»

**João Pedro Peralta, urologista no Instituto Português de Oncologia de Coimbra**

# Imunoterapia na prática urológica

A necessidade de o urologista não perder o «comboio» da imunoterapia, que está a entrar a grande velocidade no combate a múltiplas neoplasias, é o motivo que levou à realização do curso «Imuno-oncologia em Urologia – aspetos práticos», que vai ocupar as primeiras horas da manhã de hoje, entre as 8h00 e as 11h00. O que se pretende é uma formação prática, com palestras curtas e centradas nos aspetos essenciais do uso dos novos agentes de imunoterapia.

**Rui Alexandre Coelho**



**Arnaldo Figueiredo**



**Pedro Nunes**

Segundo Arnaldo Figueiredo, um dos coordenadores deste curso e diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), «a imunoterapia tem a vantagem de conseguir respostas duradouras numa percentagem significativa de doentes, sendo habitualmente bem tolerada». Contudo, adverte, «ser bem tolerada não significa que seja isenta de efeitos secundários, na sua maioria diferentes dos que se esperam dos outros tratamentos oncológicos». Assim, «torna-se importante que a comunidade urológica esteja consciente das aplicações da imunoterapia, para estar alerta e ser capaz de manejar estes fármacos e os seus efeitos adversos». O objetivo central desta formação é que o urologista se afirme como «uma peça fulcral no tratamento dos doentes com neoplasias genitourinárias» no contexto atual, em que «a oncologia médica tomou a liderança da prescrição de fármacos (incluindo a imunoterapia) para o tratamento sistémico de neoplasias na maior parte dos centros nacionais, o que, lamentavelmente, está a afastar a Urologia do seguimento e do tratamento dos doentes com patologia uro-oncológica em muitos hospitais do país».

Também coordenador deste curso, Pedro Nunes, urologista no CHUC, vai falar sobre a ciência básica da imuno-oncologia e da imunoterapia, pois, embora muitos urologistas não prescrevam

estas novas terapêuticas, «pelo menos têm de conhecer as indicações, os principais fundamentos, o racional de utilização e os efeitos adversos da imunoterapia, bem como saber fazer o estudo dos doentes prévio à prescrição e acompanhar a sua evolução, avaliando a resposta ao tratamento». Este formador não tem dúvidas de que a imunoterapia veio para ficar. «Trata-se de um novo pilar do tratamento das doenças oncológicas, a par da cirurgia, da radioterapia, da quimioterapia e, no caso dos tumores do foro urológico, da hormonoterapia. Há já algumas indicações muito claras sobre a utilização da imunoterapia no âmbito da oncologia urológica, nomeadamente no carcinoma de células renais e no carcinoma urotelial da bexiga, além de que se esperam novas indicações para breve.»

Na sua intervenção, Paulo Azinhais, também urologista no CHUC, vai abordar as indicações e contraindicações da imunoterapia, focando-se no estudo prévio à sua instituição. «Quanto às indicações, vou referir os principais estudos de fases II e III que levaram à aprovação de cada um dos fármacos em primeira e segunda linhas, tanto para o tumor da bexiga como para o tumor do rim», adianta este preletor. No reverso, serão indicados alguns dos critérios de exclusão plasmados em vários estudos, mas o formador adverte que «as contraindicações da imunoterapia ainda não estão totalmente definidas».

Segue-se a palestra de André Silva, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, sobre a avaliação da resposta à imunoterapia, que, como sublinha Pedro Nunes, «difere da que se faz com outro tipo de terapêuticas». Depois, Paulo Azinhais voltará a intervir para falar do binómio toxicidade/segurança. «Apesar de, regra geral, o urologista não lidar diretamente com a prescrição de fármacos de imunoterapia, é crucial que saiba reconhecer os seus potenciais efeitos adversos, que se prendem muito com o facto de poderem provocar reações autoimunes», defende este formador.

O estado da arte da imunoterapia no carcinoma urotelial será o tópico abordado por Belmiro Parada, urologista no CHUC. «Atualmente, a imunoterapia é uma forma complementar de tratamento dos doentes com este tipo de carcinoma no contexto metastático, quer seja em segunda linha, depois do tratamento convencional à base de quimioterapia, quer em primeira linha, em doentes que não tenham condições para realizar quimioterapia, nomeadamente por alterações da sua função renal ou porque não a toleram.» De forma «didática», Belmiro Parada vai ainda

explorar potenciais indicações e os ensaios clínicos que podem permitir o desenvolvimento de novas formas de imunoterapia para o carcinoma urotelial não metastizado. «Há ensaios que associam os novos imunomoduladores a formas clássicas de imunoterapia, como o bacilo de Calmette-Guerin», exemplifica este formador.

André Silva voltará a intervir, desta feita para apresentar o estado da arte da imunoterapia no cancro do rim. O curso encerra com a partilha e debate de casos clínicos de neoplasias do urotélio e do rim, que são os tumores urológicos para os quais o papel da imunoterapia foi mais aprofundado. «Estes casos servirão para explicar o racional de seleção das terapêuticas, os prós e contras das diferentes opções de imunoterapia e como manejar os seus efeitos secundários, otimizando os recursos», descreve Arnaldo Figueiredo. ■



**Paulo Azinhais**



**André Silva**



**Belmiro Parada**

# Preocupações da Urologia em África

O Simpósio da Associação Lusófona de Urologia (ALU), que decorre hoje, das 10h00 às 11h00, traz à análise três temas ainda prementes no continente africano: a incontinência urinária e/ou fecal decorrente da elevada prevalência de fístulas obstétricas pós-parto, o papel protetor da circuncisão face às infeções sexualmente transmissíveis e os desafios das neoplasias pélvicas, nomeadamente os cancros da próstata e do colo do útero.

## A problemática das fístulas obstétricas

«Apesar das iniciativas do Governo moçambicano para diminuir o casamento em idades precoces, no meio rural, as raparigas continuam a casar e a engravidar assim que entram na puberdade, apesar de muitas apresentarem ainda um incipiente desenvolvimento pélvico. A fístula obstétrica, que é mais predominante nas mulheres mais jovens (16 aos 35 anos), aparece como consequência da falta de assistência ao parto, que se deve à escassez de recursos humanos e hospitalares. O analfabetismo e algumas crenças são outros fatores de peso nesta situação, que, em casos extremos, “empurra” muitas mulheres para o ostracismo. O odor da necrose dos tecidos resultante do parto arrastado e da perda de urina e/ou fezes torna insuportável a convivência. Há histórias de mulheres que vivem anos em currais, juntamente com os animais, devido ao estigma de que são alvo. Apesar de 80% das fístulas obstétricas apresentarem uma hipótese de cura por via de cirurgia reconstrutiva, muitas permanecem sem diagnóstico ou, quando diagnosticadas e operadas, a cirurgia não resolve a incontinência. A nossa abordagem propõe a cirurgia de reconstrução da fásia perivesical, do trígono e da uretra, caso a doente permaneça incontinente ao terceiro mês pós-parto, mesmo nas fístulas médio-vaginais com aparente não envolvimento do sistema de continência. Nas fístulas mais complexas, em que parte do sistema de continência apresenta lesão parcial ou circunferencial, técnicas suplementares como o flap de Martius com ancoragem retro-púbica podem ser necessárias. Finalmente, nas doentes cujas lesões levam a uma perda de tecido superior a 30% da uretra, as técnicas de reconstrução da uretra e alongamento do colo vesical, coadjuvadas com as técnicas de suspensão da uretra, têm apresentado bons resultados em 80% destes casos.»

**Igor Vaz, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo, em Moçambique**



## Circuncisão e infeções sexualmente transmissíveis



«A circuncisão tem um contributo protetor contra as infeções sexualmente transmissíveis (IST). Além do seu enquadramento cultural, historicamente, a circuncisão aparece ligada ao facto de melhorar significativamente a higiene da glândula peniana. De facto, este procedimento evita a transmissão dos agentes infecciosos. E isto é tão verdade que, no continente africano, por exemplo, há alguns programas de voluntariado para circuncidar os homens com o objetivo de reduzir as IST, nomeadamente pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), que continua a ter uma elevada incidência em África. Existe evidência de que a circuncisão, ao conferir maior queratinização da glândula peniana do ponto de vista da epiderme, traz benefícios em termos de proteção contra as IST, principalmente contra a infeção pelo VIH, mas também contra a infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV, na sigla em inglês). Aliás, nos *Consensos em HPV Masculino* lançados pela Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA) no ano passado, a circuncisão é uma das medidas consideradas. Embora não esteja propriamente recomendada neste âmbito, pelo que não se deve realizar por rotina, de certa forma parece que os indivíduos circuncidados estão mais protegidos das IST e do HPV.» **Bruno Jorge Pereira, urologista no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira/Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior**

## Oncologia pélvica nos países africanos

«Embora ainda se lute contra o impacto clínico, humano e económico das doenças transmissíveis, as doenças não transmissíveis estão a criar efeitos devastadores em África, onde o cancro está declarado como um problema de saúde pública. De acordo com os números oficiais, surgem aproximadamente 700 mil novos casos de cancro por ano no continente africano, resultando em mais de 500 mil mortes registadas anualmente. Em relação à taxa de incidência, a mortalidade por cancro varia entre 75 a 90%. Em 2008, foram diagnosticados cerca de 12 milhões de novos casos de cancro, prevendo-se um aumento para 21 milhões em 2030. Os cancros pélvicos mais frequentes em África são o carcinoma da próstata no homem e o cancro do colo do útero na mulher. Outro tumor a considerar é o cancro da bexiga associado a *schistosoma haematobium*. O fator de risco relativo à origem africana torna o cancro da próstata uma doença urgente neste continente, onde a sua taxa de incidência e de mortalidade é de 12,5/100 000. Já o cancro do colo do útero tem grande incidência nas áreas com persistência de infeção pelo HPV, como a África Subsariana. No entanto, as taxas de incidência e mortalidade do cancro variam conforme o índice de desenvolvimento humano dos vários países africanos, onde o diagnóstico é mais tardio e o sucesso terapêutico mais reduzido. Os principais desafios da oncologia pélvica em África são a falta de registos de qualidade, de serviços de Patologia Clínica, de meios de diagnóstico, de profissionais de saúde qualificados, de acesso aos cuidados médicos e de serviços paliativos.» **Fortunato Barros, urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José**



# Inovações na doença oncológica avançada

A mesa-redonda marcada para as 11h15 de hoje vai dar conta das principais novidades diagnósticas e terapêuticas para os carcinomas avançados da próstata, do urotélio e do rim.

## Próstata



«Atualmente, existem cinco opções de tratamento para o cancro da próstata avançado: a terapêutica de privação androgénica (TPA), a abiraterona, a apalutamida, a enzalutamida e o docetaxel. Contudo, até que ponto há lugar para a TPA em monoterapia? E a combinação de quimioterapia com abiraterona ou apalutamida ou enzalutamida deverá ser uma aposta? Em meados de 2018, foram publicados os estudos SPARTAN (com a apalutamida) e PROSPER (com a enzalutamida), que incluíram doentes com cancro da próstata resistente à castração (CPRC) sem metástases, mas com elevado risco de as desenvolver. Os resultados demonstraram um atraso relevante no desenvolvimento de metástases. Este ano, foi publicado o estudo ARAMIS (com a darolutamida), que incluiu o mesmo tipo de doentes e obteve resultados semelhantes – o surgimento de metástases atrasou em dois anos e o risco de mortalidade reduziu em cerca de 30%. Também este ano, foram apresentados mais dados que demonstram que estes fármacos mantêm ou melhoram a qualidade de vida, retardando a dor, com um desempenho antineoplásico independente das comorbilidades ou da idade dos doentes. A quimioterapia, a abiraterona, a enzalutamida e o rádio-223 são terapêuticas consolidadas para o CPRC metastático. Porém, os resultados de estudos publicados este ano não coincidem com as expectativas que havia em relação à combinação destes fármacos. Agora, as maiores esperanças recaem sobre as terapêuticas-alvo, como os inibidores de PARP (olaparib), para os doentes com alterações nos genes de reparação do DNA. Também aguardamos com expectativa os resultados de múltiplos ensaios de combinação com agentes de imunoterapia para as fases mais avançadas do cancro da próstata.» **Miguel Ramirez-Backhaus, urologista no Instituto Valenciano de Oncologia e professor na Universidade CEU Cardenal Herrera, em Valência**

## Urotélio

«Semelhante à ressonância magnética multiparamétrica do cancro da próstata, o VI-RADS foi validado recentemente para o estadiamento de tumores uroteliais na bexiga. Além da imagiologia, a subtipagem molecular está a ser desenvolvida e usada no sentido de obter uma previsão mais precisa dos resultados após quimioterapia neoadjuvante, bem como no cancro urotelial metastático. Recentemente, um grupo de Vancouver mostrou que as mutações nos genes envolvidos na reparação do DNA são altamente preditivas da resposta após quimioterapia neoadjuvante. O subestágio molecular também tem sido demonstrado como ferramenta válida na indicação e na previsão do tipo de quimioterapia e imunoterapia a utilizar. Além disso, os resultados de vários ensaios com inibidores do PD-L1 (*programmed death-ligand 1*) aprovados pela Food and Drug Administration ou pela European Medicines Agency são atualmente usados na estratificação terapêutica, sobretudo quando se pondera o atezolizumab e o pembrolizumab como tratamentos de primeira linha do cancro urotelial metastizado. Em muitos países europeus, os inibidores do PD-L1, como o pembrolizumab, o atezolizumab e o nivolumab, foram aprovados para o tratamento de segunda linha do cancro urotelial metastático após doença recorrente ou refratária à cisplatina. Nos doentes com insuficiência renal, o pembrolizumab e o atezolizumab estão aprovados como tratamento de primeira linha da doença metastática. No cenário neoadjuvante, estes dois fármacos também foram testados com resultados encorajadores. Por sua vez, a metastasectomia é uma opção em casos selecionados de cancro urotelial, para obter citorredução, imunomodulação ou tecido para posterior classificação histológica e molecular.» **Arnulf Stenzl, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Tübingen, na Alemanha**



## Rim



«Abordagem do carcinoma de células renais (CCR) tem sofrido avanços significativos. As novas opções de tratamento sistémico do CCR metastizado (CCRM), nomeadamente os novos fármacos de imunoterapia e suas combinações, têm motivado alterações sucessivas às recomendações internacionais. A longevidade dos doentes continua a aumentar, fruto do grande investimento na investigação de novas moléculas. Um estudo publicado em março deste ano, que demonstra a vantagem na sobrevida da combinação de pembrolizumab com axitinib, levou a que se admita já a atualização das *guidelines* da European Association of Urology, com esta opção a passar para a primeira linha. A abordagem cirúrgica do CCR avançado também tem sido alvo de evolução. As indicações para a nefrectomia citorrredutora foram reavaliadas e, hoje, esta cirurgia não é recomendada para os doentes de alto risco. Além disso, as abordagens por via laparoscópica e robótica da doença localmente avançada têm revelado uma melhoria dos resultados e uma diminuição significativa da morbilidade causada aos doentes com doença localmente invasiva ou com extensão aos grandes vasos. No âmbito do diagnóstico do CCR avançado, a tomografia por emissão de positrões com antígeno de membrana específico da próstata (PET-PSMA) tem revelado níveis de sensibilidade e especificidade muito interessantes na deteção da doença metastática. Nos próximos anos, poderemos assistir a uma evolução no estadiamento e no seguimento do CCRM, com a crescente utilização das técnicas de Medicina Nuclear.» **Tito Leitão, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**

# «Estão a ser desenvolvidos novos fármacos e novas formas de neuromodulação para restabelecer os reflexos miccionais alterados»

**Salvador Arlandis, urologista e docente no Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, em Valência,** tomará a palavra na conferência com a chancela da Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG), marcada para hoje, às 15h20. O também presidente da SINUG vai abordar as causas e a fisiopatologia das disfunções miccionais femininas, os melhores meios de avaliação e as estratégias terapêuticas atuais e futuras.

**Rui Alexandre Coelho**

## Quais são as principais disfunções miccionais femininas?

A disfunção miccional feminina é um transtorno funcional bastante heterogêneo, pelo que é necessário efetuar explorações urodinâmicas para poder estabelecer qual a disfunção vesicoureteral subjacente. Os sintomas são de esvaziamento, nomeadamente: jato urinário fraco e intermitente, interrupção do jato e dificuldades miccionais ou pós-miccionais (sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento terminal). Mas a disfunção miccional feminina também se pode associar a sintomas de armazenamento (frequência, urgência, noctúria e incontinência urinária). As doentes podem ter um episódio de retenção aguda de urina logo no início ou durante todo o curso da doença. Basicamente, podem ter um problema no detrusor hipoativo ou um problema de obstrução do trato da via de saída da bexiga. A obstrução pode ser anatómica (estenose uretral, litíase, compressões extrínsecas, etc.) ou funcional (dissinergia, micção disfuncional, mau relaxamento do pavimento pélvico, etc.). O detrusor hipoativo pode ter causas neurológicas, farmacológicas ou musculares (alterações fibróticas, envelhecimento, etc.).

## Trata-se de sintomas muito prevalentes nas mulheres?

Até à data, a retenção urinária e a dificuldade de esvaziamento da bexiga na mulher não foram devidamente estudadas. Pelo contrário, conhecemos melhor as causas e as formas de tratar estes problemas no homem. No estudo EpiLUTS, a prevalência de sintomas como a sensação de esvaziamento completo da bexiga foi de 27% e a prevalência do enfraquecimento do jato urinário nas mulheres com mais de 40 anos foi de 20%. No entanto, a escassez de definições precisas, tanto clínicas como urodinâmicas, faz com que seja difícil realizar estudos epidemio-

lógicos para obter dados mais concretos. A prevalência da incontinência urinária é elevada e os estudos epidemiológicos mostram valores muito díspares, com a maioria a mostrar percentagens entre 25% a 45% das mulheres. Em Espanha, a prevalência da incontinência urinária é de 12% e, em Portugal, é de 21%. Entre os espanhóis, a prevalência da bexiga hiperativa no sexo feminino é de 23%, aumentando com a idade e chegando a 39% das mulheres institucionalizadas com idade superior a 65 anos. Pelo contrário, a prevalência dos sintomas de esvaziamento permanece desconhecida, já que não existem estudos epidemiológicos na Europa. Mas um estudo levado a cabo na China mostra que os sintomas puros de esvaziamento são pouco prevalentes (1,6%), sendo mais frequentes os sintomas mistos (32%). Já a prevalência do prolapso dos órgãos pélvicos sintomático situa-se entre os 5% e os 10% nas mulheres.

## Em que medida as disfunções miccionais diminuem a qualidade de vida?

A perturbação da qualidade de vida tem sido mais estudada na incontinência urinária e na bexiga hiperativa do que na disfunção miccional feminina. Nas primeiras, os efeitos são devastadores, já que afetam a vida social, familiar, laboral, sexual e a própria autoestima da doente, relacionando-se também com problemas de depressão e ansiedade. A bexiga hiperativa afeta mais a qualidade de vida do que doenças como a diabetes ou a hipertensão arterial. As disfunções miccionais de esvaziamento e a retenção urinária também são devastadoras para a qualidade de vida, já que, em muitos casos, não existe uma solução definitiva, seja cirúrgica ou farmacológica. As doentes têm de fazer autocateterismo intermitente limpo, em alguns casos, ou até mesmo colocarem um cateter permanente na bexiga, o que afeta seriamente



a sua qualidade de vida. Outras vezes, as disfunções miccionais associam-se a infeções urinárias repetidas, o que também reduz a qualidade de vida.

## Por que caminho segue a investigação neste campo?

Neste Congresso, o Dr. Tiago Antunes Lopes vai falar sobre um campo de investigação muito interessante, o das bases moleculares da bexiga hipoativa, que abre a porta a futuros tratamentos das disfunções miccionais femininas nas quais o músculo detrusor está afetado. Também estão a ser desenvolvidos novos fármacos e formas de neuromodulação para restabelecer os reflexos miccionais alterados. É preciso ir mais além do que os medicamentos simpaticomiméticos ou os agentes colinérgicos. O futuro passará por possibilidades terapêuticas como os prostanoides, os agonistas das proteínas TRPV (que são agentes sensibilizantes dos recetores sensoriais da bexiga) ou a injeção de células estaminais no músculo detrusor, só para dar alguns exemplos. ■

## Novidades para a bexiga hipoativa e a HBP

Os mecanismos fisiopatológicos da bexiga hipoativa com escassa ou nenhuma investigação e duas técnicas cirúrgicas relativamente recentes para o tratamento da hiperplasia benigna da próstata (HBP) são as propostas de reflexão da mesa-redonda dedicada à disfunção miccional, que decorre mais logo, entre as 15h50 e as 16h35. Eis os resumos que os dois oradores partilharam antecipadamente com o *Urologia Actual*.

### Bexiga hipoativa: das bases moleculares à clínica

«Existem muitas revisões sobre o tema da bexiga hipoativa, mas a investigação nesta área, quer básica quer de translação, é muito escassa. Na verdade, faltam estudos que abordem as causas da bexiga hipoativa, pelo que a minha apresentação vai focar-se nos diferentes mecanismos que têm sido publicados ou investigados, sobretudo nos últimos cinco anos. Vou incidir mais sobre a bexiga hipoativa secundária ao envelhecimento, à isquemia e à obstrução urinária baixa, que são causas menos estabelecidas. Vou também falar sobre a importância dos biomarcadores, nomeadamente para o diagnóstico da bexiga hipoativa numa fase precoce da uropatia obstrutiva baixa, em que as alterações morfológicas e funcionais da bexiga ainda podem ser revertidas com determinadas terapêuticas. Os biomarcadores são

também fundamentais na pesquisa de fármacos direcionados a novos alvos.

Neste âmbito, vou dar o exemplo de uma investigação levada a cabo pelo Dr. Luís Vale, interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de São João, que se centra na desregulação da via aferente sensitiva da bexiga e no papel da adenosina trifosfato (ATP) na função vesical. Chegou-se à conclusão de que, efetivamente, numa primeira fase da obstrução infravesical, antes de haver afeção do músculo, haveria uma afeção do urotélio e da via aferente, com menor biodisponibilidade de ATP e menor ativação aferente da bexiga, de tal modo que o reflexo miccional ficaria condicionado. Outro trabalho publicado recentemente no *European Urology Journal* mostrou que estimuladores da via aferente, como os agonistas



dos recetores TRPV4 das células uroteliais, melhoraram a função vesical em ratos com detrusor hipoativo.» **Tiago Antunes Lopes, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto**

### Avanços na cirurgia da HBP – Rezūm® e aquablation



«Rezūm® é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva para tratamento da obstrução infravesical decorrente da hiperplasia benigna da próstata (HBP), que, resumidamente, consiste na injeção intraprostática, por via transuretral, de vapor de água. Este veículo de transmissão de energia tem várias vantagens sobre outros tipos de energia já utilizados para o efeito (micro-ondas e radiofrequência), devido à forma como a energia é transmitida aos tecidos (convecção *versus* condução). Segundo os estudos publicados, a atrofia do adenoma prostático ocorre até três

meses após o tratamento, sendo também a partir dessa altura que o doente sente maior alívio sintomático e que se maximizam os parâmetros urodinâmicos relacionados com a desobstrução. Segundo os estudos-piloto e a experiência clínica já existente em alguns centros, o tratamento é realizado em regime ambulatorio, sob anestesia local (bloqueio periprostático), sendo bem tolerado pelos doentes.

O Rezūm® tem como população-alvo os doentes sintomáticos com obstrução infravesical em relação com a HBP, que recusam os tratamentos farmacológicos (bloqueadores alfa e inibidores da 5-alfarredutase) e cirúrgicos clássicos (ressecção/enucleação endoscópica da próstata, adenomectomia, etc.) pelo risco associado de disfunção erétil e ejaculatória. No entanto, a indicação de propor este tratamento a um doente com os sintomas bem controlados farmacologicamente é controversa, pois, por menos invasivo que seja, implica sempre uma instrumentação do aparelho urinário, que pode causar sequelas.

Por sua vez, a *aquablation* é uma tecnologia que já está no mercado há alguns anos, com a qual, após o mapeamento ecográfico da próstata, é inserido, por via transuretral, um dispositivo conectado externamente a um braço robótico, que injeta água a alta pressão nos lobos prostáticos, seguindo os limites do mapeamento realizado e provocando a ablação. Trata-se de um procedimento automatizado, que, segundo os estudos, promove uma redução significativa do volume prostático, traduzindo-se em melhoria sintomática e dos parâmetros urodinâmicos de forma consistente e duradoura. Há, no entanto, uma questão que tem vindo a tornar-se mais evidente e que contraria um pouco os dados iniciais que indicavam que o risco de hemorragia é mínimo. Estudos mais recentes têm vindo a mostrar que esse risco não é negligenciável, sendo, por vezes, necessário efetuar uma revisão endoscópica da hemóstase no final do procedimento.» **João Cabral, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**

## «Começamos a correr o risco de voltar a ter infeções não tratáveis»

Na sua conferência «*Superbugs – as infeções do século XXI*», a decorrer amanhã, entre as 16h35 e as 17h00, **António Sarmiento, diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar Universitário de São João**, no Porto, vai explorar a problemática das resistências aos antibióticos. Os principais grupos de bactérias cujo desenvolvimento multirresistente à ação antibiótica constitui uma ameaça recente e as opções terapêuticas atuais e futuras para fazer face às infeções são alguns dos tópicos que o conferencista vai analisar, como adianta nesta entrevista.

Rui Alexandre Coelho



### Quão preocupante é o problema das bactérias resistentes ou multirresistentes aos antibióticos?

É um fenómeno muito preocupante, porque começa a haver cada vez mais bactérias resistentes aos antibióticos, que têm uma frequência e uma variedade que não estão a ser acompanhadas pela introdução de novos fármacos para as combater. Ou seja, o aparecimento de novas resistências ultrapassa muito a introdução de novos antibióticos, pelo que começamos a correr o risco de voltar a ter infeções não tratáveis. No fundo, isto significaria regressar à era pré-antibiótica, há 60 anos, quando as infeções bacterianas não tinham tratamento. A ameaça de regressarmos a essa realidade prende-se com o facto de haver cada vez mais bactérias multirresistentes ao tratamento antimicrobiano.

### Que consequências mais graves podem advir das bactérias multirresistentes?

Ao causarem infeções sobretudo em ambiente hospitalar, estas bactérias estão associadas a internamentos prolongados, falências no tratamento e maior mortalidade. O que acontece é que as infeções provocadas pelos microrganismos multirresistentes são mais difíceis de tratar, ou não têm sequer tratamento possível. Uma pneumonia causada por uma bactéria multirresistente é exatamente igual a uma pneumonia causada por uma bactéria sensível a tudo. A diferença é que, contra esta última, existem vários antibióticos eficazes, mas contra a outra há poucos ou até nenhum.

### É possível elencar uma lista das bactérias que constituem ameaças emergentes na atualidade?

Os principais grupos de bactérias que estão a desenvolver resistências recentes aos antibióticos são os bacilos entéricos gram-negativos multirresistentes (*klebsiella, escherichia coli, enterobacter, citrobacter*) e as bactérias enteropatógenicas multirresistentes (*salmonella, shigella e campylobacter*). Outro microrganismo multirresistente e difícil de captar é o bacilo de Koch, o agente causador da tuberculose.

### Além da necessidade de compreender melhor o comportamento microbiológico das bactérias, urge obter respostas eficazes por parte dos sistemas de saúde. Tem havido um ajuste adequado dos planos de controlo das infeções?

Julgo que se tem feito tudo o que é possível, nomeadamente nos hospitais, mas é preciso ter noção de que as infeções sempre existiram e vão continuar a existir. Têm de ser tratadas. Sabemos que, ao fim de algum tempo, serão desenvolvidas resistências a qualquer antibiótico, mas não podemos deixar de utilizar este tratamento, deixando os doentes morrer, devido ao medo das resistências. Também

sabemos que as bactérias existem na superfície terrestre há muito tempo, antes de o ser humano existir, portanto, têm mecanismos que lhes permitiram sobreviver até agora e vão continuar a sobreviver. Ou seja, não podemos pensar que vamos acabar com elas, de modo algum... Tal não é possível, nem sequer desejável, porque também nos são úteis. O que temos é de viver em equilíbrio com estes microrganismos.

### Qual a principal mensagem que pretende transmitir aos urologistas?

Na conferência, vou enquadrar o problema das resistências aos antibióticos no panorama global, europeu e nacional, porque não são iguais em todo o mundo. Depois, vou falar sobre as opções que existem atualmente e que poderão existir no futuro para tratar as infeções causadas por bactérias resistentes a alguns tratamentos antimicrobianos.

### Que opções terapêuticas são essas?

Muitas delas passam por recuperar antibióticos antigos, que já não se usavam há muito tempo, por serem mais tóxicos ou o seu uso ser menos prático. Por terem estado muito tempo guardados e postos de lado, verifica-se que agora são úteis, porque são eficazes contra bactérias que já estão resistentes a muitos dos antibióticos que usamos atualmente. Portanto, recuperar antibióticos antigos, que já estavam postos de lado, tem sido uma solução útil em muitas destas situações.

### Como está Portugal no «mapa europeu» das resistências bacterianas?

Para responder a essa questão, dou alguns exemplos: no pneumococo, estamos muito melhor do que os espanhóis; nos estafilococos, estamos muito pior do que os nórdicos; na *klebsiella*, estamos pior do que os ingleses e melhor do que os gregos... Depende muito do país e do contexto geográfico. Neste âmbito, diria que o nosso panorama não é brilhante nem catastrófico. ■

## Orientações sobre doença prostática em foco reunião do Colégio



Rui Sousa



Avelino Fraga

Na reunião do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM), que decorre hoje, com início marcado para as 18h30, Rui Sousa, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida, vai apresentar os dados sobre a evidência que suporta o rastreio populacional do cancro da próstata. Tendo por base as persumíveis novas normas de orientação clínica que a União Europeia fará chegar em breve à comunidade urológica nacional, através da Direção-Geral da Saúde (DGS), o orador vai centrar-se num tema que gera alguma controvérsia – o rastreio do cancro da próstata. «A evidência mais recente suporta que o benefício do rastreio deste carcinoma é igual ou superior ao do cancro da mama», refere Rui Sousa.

Segundo este urologista, importa também definir a forma oficial de avançar com o rastreio do cancro da próstata. «Se, hoje em dia, os dados sobre o benefício do rastreio são claros, também é certo que não queremos tratar todos os cancros. Ou seja, devemos privilegiar as determinantes ligadas às formas de alto risco. Não sabemos se o *trigger* que desencadeará todo o processo diagnóstico deverão ser os valores do antígeno específico da próstata

[PSA] ou os determinantes moleculares, mas, à partida, creio que o *cut-off* do algoritmo será mesmo iniciado através dos valores do PSA», explica Rui Sousa.

Avelino Fraga, presidente do CEUOM e diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, sublinha que as novas normas de orientação clínica da DGS que são esperadas «poderão colidir» com as *guidelines* das sociedades médico-científicas de referência, como é o caso da European Association of Urology (EAU).

«As diretrizes sobre o diagnóstico e a terapêutica da doença prostática de sociedades científicas como a APU ou a EAU divergem, em alguns aspetos, das orientações das autoridades europeias, que são transpostas para os vários Estados-membros da União Europeia, como acontece em Portugal através da DGS», afirma Avelino Fraga.

Tendo em conta esta discrepância de orientações, que influencia diretamente a prática clínica e cirúrgica dos urologistas, a reunião do CEUOM deste ano pretende, como diz Avelino Fraga, «colocar a questão em debate, ouvir a opinião dos colegas e alertá-los para o que poderá ocorrer». ■ **Rui Alexandre Coelho**

## Alterações à grelha de avaliação da prova curricular em debate

O Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM) está a ultimar uma proposta de alteração à grelha de avaliação da prova curricular do exame para obtenção do título de especialista em Urologia. Através do Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU), as mudanças propostas foram enviadas aos internos em forma de questionário, com o objetivo de aferir as suas opiniões sobre as mesmas. Os resultados desse inquérito serão apresentados oficialmente na reunião do NIAPU, mais logo, entre as 18h50 e as 19h40.

Antevendo o que será discutido na sessão, **João Lemos Almeida, atual presidente do NIAPU**, considera que «os resultados do inquérito são interessantes», nomeadamente porque «há alterações com as quais a maioria dos internos não concorda». O também interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria desvenda alguns dos resultados: «A maioria dos internos discorda da redução da valorização da avaliação contínua; considera que atividade cirúrgica deveria ser mais valorizada; discorda

do aumento da valorização da publicação de trabalhos escritos, assim como da participação em trabalhos de investigação; e concorda com a valorização do trabalho em urgência.»

Os dados obtidos junto de um universo de 78 internos, com uma taxa de resposta de 74%, tiveram por base a grelha proposta e discutida no Simpósio da APU 2018. Como ressalva João Lemos Almeida, nesta reunião do NIAPU, será feita «uma apresentação apenas em bruto dos resultados obtidos», abrindo-se depois a discussão à assistência. Isto porque «não há uma posição oficial do NIAPU» quanto a este tema. «Estamos apenas a cumprir o nosso papel de consultar os internos, enquanto seus representantes, contribuindo para a fase de discussão pública e enviando ao CEUOM os resultados em bruto que obtivemos.»

Após a apresentação e discussão dos resultados do inquérito sobre as alterações à grelha de avaliação do internato de Urologia, realiza-se o habitual *quiz* NIAPU, que tem por base as normas de orientação da Associação Europeia de Urologia. Com o objetivo de promover a partilha científica e a camaradagem entre os internos, este



concurso realizar-se-á nos moldes habituais: perguntas de escolha múltipla que abrangem todo o espectro da Urologia. Segundo adianta João Lemos Almeida, «a participação no *quiz* é aberta a toda a assistência através de uma aplicação de telemóvel». A seleção do vencedor «será feita pelo *software* desta *app*, com base no número de respostas corretas e na rapidez com que foram dadas». Depois deste momento que conjuga ciência e lazer, a reunião do NIAPU terminará com o também habitual jantar de confraternização entre internos. ■

## O papel central do urologista no transplante renal

Há vertentes da transplantação renal nas quais o urologista deve ser protagonista e que estão a fugir um pouco do seu raio de ação. É deste ponto que irá partir o debate na mesa-redonda que abre o programa científico do dia 28 de setembro (das 9h30 às 10h15). Segue-se uma antevisão do que será transmitido pelos dois oradores.

### Desafios cirúrgicos em transplante renal

«O urologista deve estar envolvido na colheita do enxerto para transplante de rim, nomeadamente em dador vivo, que hoje em dia tem uma indicação plena para ser feita por técnicas minimamente invasivas. Não se justifica, no século XXI, fazer uma nefrectomia no dador vivo com uma técnica aberta: a aposta deve recair sobre as técnicas minimamente invasivas, sobretudo a laparoscopia, eventualmente em 3D. E quem está em melhores condições para fazer essa nefrectomia é, sem dúvida, o urologista. Esse é o primeiro desafio cirúrgico: o da colheita do órgão por técnicas minimamente invasivas. A cirurgia do implante renal também levanta alguns desafios que, para o urologista, podem ser mais fáceis de enfrentar do que para outros especialistas, nomeadamente a transplantação renal em casos complexos, em que o doente apresenta patologia do aparelho urinário baixo. Devemos ter bem presente que o

urologista é o único médico que sabe estudar e preparar estes doentes para o transplante e que, mesmo durante a cirurgia, é o especialista indicado para identificar e tratar algumas intercorrências que podem surgir. Na minha preleção, vou falar sobre esses casos de transplante renal difícil, referindo alguns desafios que o futuro nos vai trazer. Um desses desafios é o transplante com assistência robótica, que já é praticado em alguns países do mundo, sobretudo europeus. Se não for com assistência robótica, o futuro próximo nesta área será, pelo menos, o do transplante com técnicas minimamente invasivas: é incontornável. Há outros desafios que se colocam neste âmbito, nomeadamente a escassez de dadores e de órgãos com qualidade, o que nos vai levar a ter de aproveitar órgãos subótimos e marginais. Nesses casos, também há desafios cirúrgicos específicos, nomeadamente o transplante de enxertos com pequenas massas



tumorais que podem, ou não, ser excisadas na banca e analisadas do ponto de vista histológico. Alguns desses enxertos já são utilizados com segurança e eficácia em alguns centros de transplantação.» **Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

### Estratégias para aumentar a doação



«A medicina da transplantação tem evoluído imenso nos últimos anos. Contudo, apesar de os números a nível mundial serem impressionantes, a verdade é que a lista de espera para transplante continua a ser muito significativa. Ou seja, não conseguimos satisfazer as necessidades atuais. Hoje em dia, o país que serve de exemplo para a Organização Mundial de Saúde, em termos de doação de órgãos, é a Espanha, que atingiu 40 dadores falecidos por milhão de habitantes. Em termos de legislação neste campo, Portugal também está a um bom nível, situando-se entre os primeiros do mundo, e temos potencial para chegar ao nível ideal de doação e transplante que se verifica em Espanha, sem grande dificuldade. Julgo que não serão necessárias grandes mudanças legislativas para que tal aconteça, pois a orgânica que controla o transplante em Portugal já está bem definida e estabelecida, com uma legislação adequada, que é, aliás, bastante semelhante à do nosso país vizinho. Precisamos, isso sim, de alertar os profissionais que, de uma maneira ou de outra, estão envolvidos na doação, para serem mais proativos. É aí que reside a dife-

rença. Essa proatividade consegue-se, desde logo, identificando todos os potenciais dadores, porque de certeza que há imensos que nem sequer são anotados, pelo que passam despercebidos e nunca serão dadores efetivos. Neste ponto, o mais importante é passar a mensagem aos profissionais que trabalham em cuidados intensivos. Há um coordenador de doação em cada hospital com unidade de cuidados intensivos, que tem de estar muito atento e identificar todos os potenciais dadores, porque só com essa identificação é que se pode estabelecer todo o trajeto até à doação. Neste momento, no âmbito da doação e do transplante, é mais importante a formação dos profissionais de saúde do que as mudanças na legislação. Temos muito para evoluir. A transplantação, se correr mal, pode ser um pesadelo, mas, se correr bem, não há dúvida nenhuma de que é a melhor forma de substituição do órgão em termos de qualidade de vida e de sobrevivência do doente.» **João Silva, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto**

# Inovação imagiológica traz novos dilemas ao tratamento do CPRC

O que fazer com a informação fornecida pelos novos meios imagiológicos, nomeadamente a tomografia por emissão de positrões (PET)? Esta é uma questão que se coloca atualmente no tratamento dos doentes com cancro da próstata e que será debatida amanhã, entre as 11h10 e as 12h00, na sessão patrocinada pela Astellas. A discussão passará também pela definição do *timing* ideal e da melhor sequenciação terapêutica, sobretudo no contexto do cancro da próstata resistente à castração (CPRC).

**Luís Garcia**

**S**e o tratamento do CPRC tem evoluído muito nos últimos anos, sobretudo com opções de hormonoterapia que podem ser utilizadas depois da quimioterapia, o mesmo se tem verificado com as técnicas de imagem. Como explica José Manuel Oliveira, preletor nesta sessão e coordenador de Medicina Nuclear/Molecular em Lenitudes Medical Center & Research, em Santa Maria da Feira, até há pouco tempo, os exames imagiológicos utilizados no CPRC eram a tomografia axial computadorizada (TAC) e a cintigrafia óssea. «Nos últimos anos, o paradigma mudou significativamente, com a introdução de novas técnicas de imagem, como a tomografia por emissão de positrões – tomografia computadorizada [PET-CT] com gálio 68-antigénio específico da membrana da próstata [Ga 68-PSMA].»

Segundo este especialista em Medicina Nuclear, apesar de a TAC e a cintigrafia óssea continuarem a ser úteis no contexto do CPRC, a PET-CT com Ga 68-PSMA tem demonstrado «uma grande mais-valia» na deteção de lesões metastáticas em doentes com valores de antigénio específico da próstata (PSA) muito baixos, das quais já se suspeitava, mas que



**Luís Abranches Monteiro**

não era possível detetar com as técnicas de imagem convencionais.

Perante a evolução da terapêutica e da imagiologia, impõe-se uma questão: como enquadrar a informação fornecida pelos novos meios imagiológicos, que são muito mais sensíveis, na estratégia terapêutica? José Manuel Oliveira reconhece que esta dúvida é premente: «Até há pouco tempo, percebíamos que os doentes poderiam ter metástases/recidiva de cancro da próstata porque apresentavam aumento do valor do PSA nas análises, mas as técnicas de imagem então disponíveis não permitiam a deteção de lesões em um número



**José Manuel Oliveira**

significativo de casos. Neste momento, o dilema que se coloca é perceber que medidas terapêuticas deverão ou não ser utilizadas nos casos de doença metastática detetada pelas novas técnicas de imagem.»

Karl Pummer, urologista no Hospital Universitário de Graz, na Áustria, e também palestrante nesta sessão, considera que «o papel da imagiologia molecular é geralmente sobrevalorizado» e defende que «os meios imagiológicos devem ser utilizados apenas quando há motivos para acreditar que os seus resultados podem mudar significativamente o plano terapêutico.»

Em jeito de conclusão e convite à participação nesta sessão, Luís Abranches Monteiro, moderador, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/ Hospital de Egas Moniz e presidente da APU, afirma: «Temos de saber avaliar melhor o doente em cada fase do cancro da próstata, quer em termos de imagem quer bioquímicos, mas também devemos estar preparados para que a informação obtida através desses meios nos possa fazer mudar, a cada momento, as opções terapêuticas, que já são muitas e, no futuro próximo, deverão ser ainda mais.» ■

## ENZALUTAMIDA NO TRATAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA



Na sua intervenção, **Karl Pummer** vai abordar alguma da evidência que demonstra os benefícios da enzalutamida nos contextos metastático e não metastático do cancro da próstata. «A enzalutamida foi avaliada de modo sistemático e com sucesso em ensaios clínicos aleatorizados, como o AFFIRM<sup>1</sup>, o PREVAIL<sup>2</sup> e o PROSPER<sup>3</sup>, incluindo praticamente todos os cenários clínicos do CPRC. Cada um destes estudos confirmou o benefício desta terapêutica como sendo não apenas “estatisticamente significativo”, mas também “cl clinicamente relevante”. Além disso, o perfil de tolerabilidade e efetividade da

enzalutamida faz com que este fármaco seja um elemento-chave no tratamento do CPRC», salienta o urologista austríaco.

Luís Abranches Monteiro também destaca o contributo dos antagonistas dos recetores do androgénio de segunda geração no tratamento do CPRC metastizado e não metastizado. «Estávamos habituados a usar medicamentos antiandrogénicos que, quando deixavam de ser eficazes, nos “obrigavam” a mudar para os citostáticos. Hoje, quando as terapêuticas antiandrogénicas de primeira geração deixam de ser eficazes, ainda temos hipótese de dar qualidade de vida ao doente, sem evidência de doença durante mais alguns anos.»

**Referências:** 1. Scher HI, et al. *Increased Survival with Enzalutamide in Prostate Cancer after Chemotherapy*. N Engl J Med. 2012;367:1187-97. 2. Beer TM, et al. *Enzalutamide in Metastatic Prostate Cancer before Chemotherapy*. N Engl J Med. 2014;371:424-33. 3. Hussain M, et al. *Enzalutamide in Men with Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer*. N Engl J Med. 2018;378:2465-74.

## «O laser de fibra de túlio é quatro vezes mais eficiente e tão ou mais seguro do que o laser de hólmio»

Tão interessante quanto atual, o tema do *laser* no tratamento da litíase renal por via endoscópica é o protagonista da conferência que decorre entre as 10h15 e as 10h45 de amanhã. Depois de quase 30 anos sem surgir nenhuma tecnologia que fizesse frente ao *laser* de hólmio, nos últimos anos, apareceu o *laser* de fibra de túlio, que está a revolucionar o tratamento da litíase e não só, afigurando-se também como solução para a cirurgia da próstata. É exatamente sobre as vantagens do novo sistema que vai falar nesta conferência **Peter Kronenberg, urologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa, e ex-presidente do grupo PETRA (Progress in Endourology, Technology and Research Association).**

Rui Alexandre Coelho



### Qual é o gold standard no tratamento da litíase renal por via endoscópica?

O *laser* de hólmio ganhou notoriedade há cerca de 30 anos e rapidamente conquistou o estatuto ímpar de *gold standard* no tratamento da litíase renal por ureterorrenoscopia. E, de facto, mereceu-o, na medida em que, durante muitos anos, foi o *laser* mais seguro, eficiente e que obteve mais sucesso. Procuraram-se sempre novas tecnologias para melhorar o tratamento da litíase renal, mas, pelo menos até aos anos mais recentes, não surgiu nada que fizesse concorrência ao *laser* de hólmio.

### Essa situação mantém-se atualmente ou, entretanto, surgiu um game-changer?

Nos últimos dois anos, desenvolveu-se muita investigação à volta de um novo *laser* de fibra de túlio. Enquanto, no *laser* de hólmio, existe um cilindro de cristal e uma lâmpada de *flash* que bombeia energia (fotões) para dentro desse cilindro de cristal, gerando assim a radiação *laser*; no *laser* de fibra de túlio existe uma fibra de sílica de aproximadamente 30 metros de comprimento e, em vez de uma lâmpada de *flash*, existem vários díodos de *laser* controlados eletronicamente que bombeiam energia para o interior dessa fibra, gerando, por sua vez, a radiação *laser*, daí o nome peculiar *laser* de fibra de túlio. Trata-se de uma máquina de construção muito mais simples, quatro vezes mais eficiente e tão ou mais segura do que a máquina do *laser* de hólmio.

### Qual a performance do laser de fibra de túlio em termos de consumo energético?

Gasta dez vezes menos energia do que um *laser* de hólmio topo de gama. Isto significa, em termos práticos, que não é preciso colocar na sala do bloco operatório uma tomada especial trifásica que suporte 10 000 watts para utilizar esta máquina. Na verdade, um simples secador de cabelo consome a mesma energia que dois *lasers* de fibra de túlio.

### Em termos de transporte, que vantagens traz este novo laser?

O *laser* de fibra de túlio é sete a oito vezes mais pequeno do que um *laser* de hólmio, que pode pesar 250 a 300 quilos. Estamos a falar de uma máquina que pesa cerca de 30 quilos e que se põe em qualquer canto da sala, até na própria torre de endoscopia. Ou seja, já não precisamos de chamar auxiliares para nos ajudarem a movimentar uma máquina pesadíssima, que necessita de uma instalação elétrica própria

dentro do bloco operatório e que só funciona em determinados espaços.

### Que características mecânicas diferenciam o laser de fibra de túlio?

O arrefecimento é simplesmente a ar, através de uma ventoinha que arrefece todos os componentes da máquina. Não são necessários sistemas óticos de alinhamento nem estruturas do género. Em suma, tudo é mais simples e eficiente no *laser* de fibra de túlio.

### Qual o desempenho ao nível de parâmetros selecionáveis pelo urologista?

Os melhores (e mais caros) *lasers* de hólmio atingem energias de impulso de 0,2 a 6 Joules, frequências de impulso de até 80 ou mesmo 100 Hertz e durações de impulso entre 300 e 1300 microssegundos. O *laser* de fibra de túlio apresenta o mesmo leque de parâmetros que os *lasers* de hólmio topo de gama, mas, além disso, disponibiliza energias de impulso menores (até 0,025 Joules), alcançando frequências acima dos 2000 Hertz e permitindo durações de impulso de até 12 000 microssegundos (10 vezes superior ao hólmio). Esta combinação de baixas energias de impulso aliadas a altas frequências e longas durações de impulso é excelente para procedimentos de *dusting*, transformando os cálculos renais em pó.

### Em conclusão, o laser de fibra de túlio é vantajoso face ao laser de hólmio?

O *laser* de fibra de túlio faz de igual forma ou melhor tudo o que o *laser* de hólmio consegue fazer, superando-o em valores energéticos, de frequência e de duração de impulso. Acresce que é mais versátil, simples de manipular, posicionar e, além da litíase renal, o *laser* de fibra de túlio permite intervenções em tecidos moles como a próstata, os tumores vesicais, os tumores do urotélio alto, etc. ■

## Diagnóstico molecular na prática clínica

Entre as 15h20 e as 16h20 de amanhã, a mesa-redonda «Diagnóstico molecular na prática clínica» conta com preleções sobre a utilização de biópsias líquidas no cancro do testículo, a influência das mutações germinativas no cancro da próstata e o aconselhamento genético aos doentes com cancro do rim. Fique desde já a par de algumas das ideias que serão discutidas pelos oradores.

**Pedro Bastos Reis e Rui Alexandre Coelho**



**Ricardo Leão**

Abrir a mesa-redonda, Ricardo Leão, urologista no Hospital de Braga, vai começar por apresentar as principais dificuldades de diagnóstico, prognóstico e *follow-up* com os atuais marcadores de cancro do testículo, tendo em conta que «há pouco investimento em termos de investigação, sobretudo na área do diagnóstico molecular». Tal deve-se ao facto de esta ser uma neoplasia «com alta taxa de cura, mas isso não quer dizer que os marcadores existentes são eficazes». Pelo contrário, «a especificidade e a sensibilidade dos marcadores disponíveis, como a alfafetoproteína e a gonadotropina coriónica humana [HCG], são reduzidas, daí a necessidade de surgirem melhores marcadores», justifica o orador.

Ricardo Leão afirma que, devido à escassez de marcadores, os tumores do testículo são diagnosticados em «apenas 60% dos casos», sendo que o diagnóstico é feito, sobretudo, ao nível clínico, com o tumor a ser detetado após a orquiectomia. No entanto, a investigação dos últimos anos tem colocado as biópsias líquidas no centro do debate e é sobre as novidades nesse âmbito que o urologista vai incidir na sua



**Steven Joniau**

apresentação. «Recentemente, investigadores internacionais descobriram que existe outro tipo de marcadores, sobretudo líquidos e não invasivos, os micro-RNA (ácido ribonucleico), que provaram ser altamente específicos e bastante sensíveis em doentes com cancro do testículo.»

Além disso, é preciso ter em conta os casos dos doentes que já fizeram quimioterapia e têm doença metastizada, desenvolvendo lesões dispersas e sistémicas, cuja origem não está totalmente esclarecida. «Acabamos por operar estes doentes e, em 50% dos casos, percebemos que as lesões são de necrose ou fibrose, ou seja, estes doentes não precisavam da cirurgia. Por isso, é útil recorrer aos novos marcadores nestes casos, pois são altamente sensíveis e específicos, revelando se o doente tem um tumor ativo, mesmo depois da quimioterapia», resume Ricardo Leão.

De seguida, Steven Joniau, urologista no Hospital Universitário de Leuven, na Bélgica, vai abordar a importância dos testes genéticos verificar se existem mutações germinativas nos doentes com cancro da próstata (CP), no-



**André Silva**

meadamente os genes reparadores do ácido desoxirribonucleico (ADN). «Os genes BRCA 1 e BRCA 2 garantem que, quando há danos no ADN, este é reparado, sendo que pequenas mutações ou erros no ADN podem aumentar o risco de os homens desenvolverem CP», contextualiza este orador.

Nesse sentido, Steven Joniau considera «fundamental identificar os homens com alto de risco de desenvolver formas agressivas de CP». Para tal, é recomendável a realização de testes genéticos, sobretudo em doentes com historial de cancro na família. Estes testes de mutações germinativas «devem ser efetuados em todos os homens com formas agressivas de doença localizada ou doença metastática». Além disso, os doentes com CP e certas mutações germinativas podem ser candidatos ideais para diferentes formas de tratamento, nomeadamente a quimioterapia à base de platina, que «não é muito utilizada nesta neoplasia, mas, nestes casos, pode ser uma excelente opção terapêutica, principalmente na doença avançada, quando a hormonoterapia já não funciona».

O urologista belga acrescenta que a imunoterapia e os inibidores de poli (adenosina difosfato-ribose) polimerase (PARP) «podem ser eficazes nos doentes com mutações germinativas». No entanto, a disponibilidade destas terapêuticas ainda não é a ideal, apesar do otimismo quanto ao futuro. «Mesmo que consigamos detetar os doentes que mais poderiam beneficiar destes novos tratamentos, a pesquisa da mutação germinativa ainda não está totalmente implementada na prática clínica, mas certamente que esse cenário vai mudar nos próximos anos», acredita Steven Joniau.

Nesta mesa-redonda, intervém ainda André Silva, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São de João, no Porto, que vai falar sobre o aconselhamento genético aos doentes com cancro do rim. ■

### MENSAGENS-CHAVE

#### **Ricardo Leão:**

- «Devido à sua baixa especificidade, os marcadores existentes atualmente não nos ajudam muito no diagnóstico e no seguimento dos doentes com cancro do testículo.»
- «Recentemente, foram descobertos outros marcadores, sobretudo líquidos e não invasivos, os micro-RNA, que provaram ser altamente específicos e bastante sensíveis em doentes com cancro do testículo.»

#### **Steven Joniau:**

- «Todos os homens com historial de cancro na família e todos os doentes com formas agressivas de cancro da próstata localizado ou metastático devem realizar testes genéticos de mutação germinativa.»
- «Um doente com cancro da próstata e mutações germinativas nos genes reparadores do ADN pode ser candidato a diferentes opções terapêuticas, como a quimioterapia à base de platina, a imunoterapia e os inibidores de PARP.»

# Preservar a saúde sexual dos homens com doença oncológica

Na mesa-redonda de Andrologia e Medicina Sexual, amanhã, entre as 16h50 e as 17h50, três oradores vão debruçar-se sobre o reverso dos avanços técnicos e tecnológicos que têm permitido controlar as doenças oncológicas e diminuir a mortalidade: os efeitos adversos sobre a função sexual. As melhores respostas para a infertilidade, a inatividade peniana sexual após cirurgia radical da próstata e a ejaculação prematura são prioritárias nesta sessão.

## Oncofertilidade no masculino

«**O**s doentes com tumores do testículo ou do foro hematológico são habitualmente jovens, têm bom prognóstico, mas alguns tratamentos interferem na sua fertilidade, como é o caso da quimioterapia, da radioterapia e mesmo das cirurgias. Por isso, é importante sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de, antes de avançar com qualquer tratamento oncológico, neste caso no homem, fazer criopreservação do ejaculado. Assim, ficamos com a garantia de que esse doente tem células viáveis, caso, mais tarde, se verifique uma situação de infertilidade e seja necessário recorrer a técnicas de procriação medicamente assistida. Para os indivíduos jovens que são submetidos a tratamentos oncológicos durante a fase reprodutiva da sua vida, esta opção dá-lhes segurança para o futuro, uma vez que a maior parte deles, como referi, tem bom prognóstico. É essencial oferecer qualidade de vida do ponto de vista reprodutivo a estes doentes. Neste âmbito, realço o documento publicado em 2016 por várias sociedades científicas portuguesas do campo da Medicina, nomeadamente a Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), a Sociedade Portuguesa de Hematologia, a Associação Portuguesa de Fertilidade e a Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução, no qual constam recomendações sobre oncofertilidade masculina e feminina, que são acessíveis a qualquer profissional de saúde.» **Bruno Jorge Pereira, urologista no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã**



## Reabilitação sexual após cirurgia radical pélvica



«**É** evidente que a reabilitação sexual do pénis é importante e existem vários protocolos para o efeito. Uns dão mais ênfase ao uso de inibidores da fosfodiesterase tipo 5; outros à injeção com ou sem dispositivo de ereção por vácuo; mas todos são válidos. Não existe consenso sobre um só protocolo. O que é consensual é que temos de reabilitar, não só o pénis, mas também toda a reabilitação sexual. É preciso tentar que o doente se torne sexualmente ativo novamente. Regra geral, logo após retirar a algália, o doente deve começar a reabilitação sexual com várias armas terapêuticas, como os inibidores da fosfodiesterase tipo 5, que podem ser complementados com o uso de um dispositivo de ereção por vácuo. Esta vertente da reabilitação deve começar ainda antes de o doente ser operado, ou seja, quando se faz o diagnóstico da neoplasia e se propõe a cirurgia. Devemos começar logo a tratar a vertente psicológica nessa fase, porque o próprio diagnóstico vai ter impacto a esse nível, preparando o doente para o que vai acontecer no pós-operatório, sobretudo com uma vida sexual que vai ser diferente. Devemos preparar o casal para a forma como vamos fazer a reabilitação sexual no período indicado, que vai até dois anos, altura em que devemos parar e munir-nos de outras armas terapêuticas, como a colocação de uma prótese peniana, desde que a doença oncológica esteja estável.» **Pepe Cardoso, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora**

## Ejaculação prematura em contexto oncológico

«**V**árias disfunções sexuais estão identificadas como tendo alta prevalência em ambos os sexos quando existe doença oncológica. No homem, os médicos abordam mais a disfunção erétil e a redução do desejo sexual, esquecendo-se, muitas vezes, de uma problemática igualmente importante – a ejaculação prematura. Por isso, durante esta preleção, pretendo alertar para a importância de abordar a ejaculação prematura no doente oncológico e para as terapêuticas disponíveis. Além da necessária abordagem em equipa, com apoio da Psicologia, os fármacos disponíveis no mercado apresentam um bom perfil de eficácia e segurança. Medicamentos como a dapoxetina ou os cremes e *sprays* com lidocaína, que têm efeitos anestésicos locais sobre o pénis são opções válidas no tratamento da ejaculação prematura. No entanto, é importante ressaltar algumas particularidades dos doentes oncológicos, como o facto de estarem já submetidos a grande toxicidade farmacológica prévia e poderem, inclusive, estar sob efeitos medicamentosos que podem contraindicar a utilização das terapêuticas para a ejaculação prematura.» **Sérgio Santos, coordenador do Serviço de Urologia do Hospital CUF Cascais**



## Projeto Uro.pt visa o registo dos tumores urológicos em Portugal



Carlos Silva



Miguel Ramos

A Associação Portuguesa de Urologia (APU), em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), vai concretizar a intenção de longa data de avançar com a elaboração de um registo eletrónico dos tumores renais em Portugal. Trata-se do projeto Uro.pt, que será apresentado amanhã, entre as 17h50 e as 18h10, por Carlos Silva (Centro Hospitalar Universitário de São João e FMUP), coordenador da área uro-oncológica na APU, e Miguel Ramos (Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar), vice-presidente da APU.

Carlos Silva observa que, atualmente, «há poucos dados sobre a caracterização epidemiológica e demográfica das doenças urológicas em Portugal, o que leva os médicos a terem de considerar números de outros países» nos seus trabalhos e apresentações. Inicialmente, a intenção do projeto Uro.pt passará por registar os tumores renais existentes no nosso país, mas o objetivo final é mais abrangente: criar uma plataforma para registo de todos os tumores urológicos em Portugal. «Dependendo da adesão ao registo dos tumores renais, a qual antevejo que será muito positiva, passaremos para outros tumores, nomeadamente o da bexiga e o da próstata.»

Para tal, segundo Carlos Silva, «é necessário envolver os Serviços de Urologia nacionais e

URO.pt



REGISTO ELETRÓNICO DO TUMOR RENAL

chamar a atenção dos urologistas para a importância de serem proativos e colaborarem neste projeto ambicioso, mas necessário de registo nacional de tumores urológicos. A recolha dos dados e a sua análise farão emergir números específicos da nossa realidade. O Uro.pt é um projeto da APU e, seguramente, terá uma longa duração, pelo que contamos com a colaboração de todos.»

Também se pretende que o Uro.pt possa ter aplicação na prática clínica, sendo usado, por exemplo, no *follow-up* dos doentes, pois um dos objetivos deste projeto é a compatibilidade com as plataformas de registo clínico usadas atualmente. Carlos Silva também adianta que o Uro.pt «poderá servir de base para a investigação sobre o que acontece aos doentes com tumor renal localizado ou metastizado». Depois da apresentação oficial neste Congresso da APU, segue-se a fase de implementação do projeto, que se prevê estar completa a partir de janeiro de 2020. ■

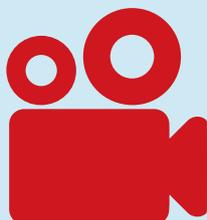
## Trabalhos do Congresso APU 2019 em números



**126** cartazes submetidos e selecionados

**24** apresentados em comunicação oral (sábado, das 8h30 às 9h30 e das 14h30 às 15h20)

**102** em exposição permanente



**28** vídeos submetidos para apresentação

**12** foram selecionados para apresentar em sala (sexta-feira, das 17h30 às 18h30, e sábado, das 12h00 às 13h00)

## O lugar da endourologia na atualidade

Na mesa-redonda dedicada à endourologia, no domingo, das 8h30 às 9h30, vai falar-se sobre a introdução cada vez mais sólida do *laser* de fibra de túlio para o tratamento da litíase por via endoscópica; o papel crescente da cirurgia laparoscópica e robótica neste contexto; e o estado atual do tratamento conservador dos tumores do urotélio superior.

### Princípios básicos da litotricia com *laser*



«Os litotritores a *laser* clássicos só nos permitem fazer litotricia com uma única duração de impulso, a curta, ou *standard*. Nos últimos anos, surgiram novos litotritores que, além disso, possibilitam a litotricia de alta frequência. Mais recentemente, apareceram ainda outros litotritores que permitem selecionar a duração do impulso: em cada impulso *laser*, a mesma quantidade de energia é emitida durante mais tempo do que os 300 microssegundos ( $\mu$ s) da litotricia *standard*, por exemplo durante 600, 900 ou 1200  $\mu$ s. Em suma, ganhámos litotritores com duração de impulso curta, média e longa. Na minha intervenção, vou explorar alguns conceitos básicos e práticos, truques na preparação da fibra a *laser*, quando se utilizam fibras reutilizáveis, e também apresentar a tecnologia Moses, que resultou num novo litotritor já disponível no mercado, que otimiza a litotricia a *laser* por via da redução dos efeitos indesejáveis da retro-pulsão. Neste âmbito, é importante distinguir os conceitos de pulverização e fragmentação dos cálculos renais. No caso da fragmentação, há fragmentos maiores que é preciso remover, o que demora bastante tempo. Em alternativa, utilizamos certos parâmetros para pulverizar o cálculo, reduzindo-o a poeiras, que depois são eliminadas naturalmente pelo doente, sem que tenhamos de remover ativamente cada um dos fragmentos.»

**Peter Kronenberg, urologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa, e membro do grupo PETRA**

### Cirurgia laparoscópica na litíase

«Apesar de as técnicas endourológicas terem praticamente abolido outro tipo de cirurgia no tratamento da litíase, atualmente, em alguns centros, as técnicas clássicas começam a ganhar novamente protagonismo, devido, sobretudo, à disseminação da cirurgia minimamente invasiva. Este tipo de procedimento permite a redução do tamanho das incisões, minimiza a dor, facilitando o pós-operatório e acelerando a recuperação. Nos próximos tempos, poderemos assistir a um aumento do número de centros a realizar cirurgias minimamente invasivas.

No passado, depois do advento da cirurgia endoscópica, a cirurgia não endourológica estava praticamente só indicada em doentes com alterações anatómicas. No entanto, hoje em dia, mesmo em doentes sem essas alterações, mas com elevada e complexa carga litíásica, a cirurgia laparoscópica ou robótica poderá ser uma alternativa válida para remoção do(s) cálculo(s) num único procedimento, evitando, assim, cirurgias realizadas em dois ou três tempos, ou o uso de múltiplos acessos no mesmo ato cirúrgico. São já alguns os centros europeus e americanos que o fazem por rotina em doentes com cálculos renais de elevada complexidade, com bons resultados publicados. Assim, para algumas situações em que os métodos endourológicos são consideradas atualmente como o tratamento *standard*, a cirurgia laparoscópica ou robótica pode ser uma ferramenta igualmente útil ou, quem sabe, até melhor.»

**Paulo Mota, urologista no Hospital de Braga**



### Tratamento conservador dos carcinomas do urotélio superior

«O risco de subtratamento oncológico quando optamos pela terapêutica conservadora dos tumores do urotélio superior deve ser sempre balanceado com o risco de induzirmos insuficiência renal ao doente pelo facto de removermos um dos rins. As mais-valias do tratamento conservador são a preservação das unidades renais e o aumento da sobrevida do doente por evitar uma eventual progressão para insuficiência renal. Hoje em dia, verifica-se um aumento do interesse pelo diagnóstico histológico, através de novos métodos de imagem, para podermos ver como se organizam as células tumorais, a arquitetura do tumor e, assim, conseguirmos prever, com mais exatidão, se o tumor é agressivo e infiltrativo. As novas modalidades de imagem podem aumentar a capacidade diagnóstica e melhorar a amostragem das biópsias. Infelizmente, na maioria das vezes, quando detetamos um tumor do urotélio superior, ele já está numa fase avançada, o que nos obriga a optar pelo tratamento radical, a nefroureterectomia. Por isso, importa alertar que, nos tumores que não são invasivos e ainda estão numa fase em que é possível tratá-los de forma conservadora, devemos tentar esta opção, porque há um número não negligenciável de doentes que são tratados por excesso quando se remove um rim, o que pode induzir problemas de insuficiência renal no futuro.»

**Vítor Cavadas, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**



# Desafios e diferentes abordagens da cirurgia radical

A última mesa-redonda do Congresso APU 2019, no domingo, entre as 9h45 e as 11h00, vai debater os atuais desafios da cirurgia urológica radical, nomeadamente as novas perspetivas sobre a linfadenectomia nos doentes com cancro da próstata, o estado da arte da nefrectomia citorrredutora e a cistectomia nos indivíduos jovens. Segue-se o resumo dos oradores sobre o que será discutido.



## Novidades da linfadenectomia no cancro da próstata

«O prognóstico dos doentes com carcinoma da próstata e gânglios positivos é pior do que o dos casos de doença localizada e melhor do que o dos doentes com metástases ósseas ou viscerais, pelo que os doentes com metastização ganglionar estão algures entre a doença localizada e a doença metastizada. Por outro lado, continua a ser muito difícil diagnosticar estas adenopatias positivas com recurso a técnicas de imagem, portanto, a maneira mais eficaz continua a ser a linfadenectomia. E é aqui que começa a controvérsia, porque este procedimento acarreta vários riscos e, por si só, não é certo que altere o prognóstico destes doentes. No entanto, também acredito que a linfadenectomia, aplicada em doentes muito bem selecionados, pode ser vantajosa. Existem estudos que demonstram que se deve erradicar os gânglios pélvicos e prescrever um tratamento hormonal para esses doentes durante algum tempo, o que irá melhorar os resultados. Portanto, é essencial sabermos se o doente tem ou não gânglios positivos e a melhor forma de o conseguirmos é continuar a retirá-los através da linfadenectomia. Isto poderia mudar com melhores técnicas de imagem, mas ainda não estão ao nosso dispor, pelo que conhecer o *status* ganglionar do doente é a chave para um melhor prognóstico.»

**Steven Joniau, urologista no Hospital Universitário de Leuven, na Bélgica**

## Nefrectomia citorrredutora em 2019

«O carcinoma do rim, apesar de ser menos comum do que o da próstata ou o do urotélio, ocupa parte importante da atividade do urologista. Durante muito tempo, a única opção terapêutica para esta neoplasia era a cirurgia, fosse curativa ou paliativa. Estudos com recurso ao interferão serviram de suporte à recomendação da nefrectomia citorrredutora na presença de metástases, pois associava-se a vantagens em termos de sobrevivência. O aparecimento de novas terapêuticas sistémicas mais eficazes, nomeadamente os inibidores da tirosina-cinase, vieram pôr em causa essa indicação, tendo-se verificado que, na doença metastizada, uma percentagem significativa de doentes não beneficia da nefrectomia. Por conseguinte, os critérios para a sua utilização têm de ser muito bem ponderados. Inclusive, com base em análises mais precipitadas, apareceram correntes a defender que a nefrectomia não estaria nunca indicada na doença metastizada. Mas não é bem assim! É necessária uma visão crítica, caso a caso, para selecionar os doentes nos quais este procedimento continua a ser uma boa indicação. Ou seja, à luz dos conhecimentos atuais, a nefrectomia citorrredutora deve ser utilizada de forma mais crítica e com indicações mais precisas. Certamente que não é aplicável a todos os doentes, mas é importante considerá-la naqueles que dela possam beneficiar.»

**Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**



## Cistectomia no indivíduo jovem

«A cistectomia para remoção de tumores, tanto em doentes do sexo masculino como do sexo feminino, é uma das maiores intervenções em Urologia. Esta é a técnica-padrão no tratamento dos doentes com cancro da bexiga músculo-invasivo, sendo que a maioria dos doentes que necessitam de uma cistectomia radical situa-se entre os 65 e os 75 anos. A substituição ortotópica da bexiga, a continência urinária, a potência e atividade sexual, o aspeto corporal, o regresso ao trabalho e às atividades diárias e uma sobrevida livre de complicações a longo prazo são aspetos a considerar. Já em termos oncológicos, a margem da ressecção do tumor é de extrema importância. A linfadenectomia pélvica é parte integrante da intervenção, mas a sua extensão continua em debate. Um aspeto a ter em conta nos doentes mais jovens é a derivação urinária sem estoma. No passado, isso era alcançado derivando os ureteres para o retossigmoide ou derivando os ureteres através de uma bolsa intestinal para um mecanismo de continência umbilical. Contudo, nas últimas duas décadas, a técnica cirúrgica avançou para a substituição ortotópica da bexiga, ligando a "nova bexiga" à uretra. No entanto, isto requer um esfíncter funcional e que o doente esteja motivado e tenha uma função esfíncteriana satisfatória sem envolvimento do tumor.»

**Arnulf Stenzl, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Tübingen, na Alemanha**