

DIRETRIZES SOBRE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

(Texto atualizado em março de 2005)

M. Oelke (presidente), G. Alivizatos, M. Emberton, S. Gravas, S. Madersbacher, M. Michel, J. Nordling, C. Rioja Sanz, J. de la Rosette

Fundamentos

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma das doenças benignas mais comuns em homens e pode causar o aumento benigno da próstata, obstrução prostática benigna e/ou sintomas do trato urinário inferior ("*lower urinary tract symptoms*" - LUTS). LUTS com queixas ocorrem em cerca de 30% dos homens acima de 65 anos.

A etiologia é multifatorial, sendo a idade, o PSA e o volume prostático os verdadeiros fatores relacionados ao desenvolvimento da doença. Baseando-se nesses fatores de risco específicos, é possível identificar-se um grupo de pacientes com risco aumentado de progressão e para os quais deve ser apropriado o início precoce do tratamento. A necessidade de cirurgia para tratar HPB aumenta com a idade e com o grau de sintomas no início da doença. Noctúria e alterações do fluxo do jato urinário parecem ser os sintomas preditivos mais importantes

Avaliação de homens com HPB

Estas recomendações aplicam-se apenas a homens acima de 50 anos de idade sem risco significativos de LUTS de origem não relacionada a HPB. Homens com doenças neurológicas concomitantes, com menos idade, com doenças do trato urinário inferior prévias ou cirurgias geralmente necessitam de uma avaliação mais ampla. O diagnóstico preciso e precoce da HPB leva a um melhor resultado de tratamento e pre-determina o tratamento de escolha. Os exames diagnósticos são divididos em três categorias (Tabela 1).

- 1. Recomendados:** As evidências corroboram a utilização destes exames e devem conseqüentemente ser realizados em todos os pacientes com HPB.

- História clínica: Deve ser realizada para verificar causas de LUTS outras que não HPB
 - Escore de sintomas: a avaliação dos sintomas deve ser realizada, pois contribui para a escolha do tratamento e monitorização da resposta. O questionário IPSS é recomendado devido a seu uso e distribuição mundiais.
 - Exame físico: o mínimo necessário é a realização do exame de toque retal digital (TR) e o exame neurológico básico. TR pode estimar o tamanho da próstata e identificar outras patologias prostáticas.
 - Antígeno prostático específico (PSA): além do diagnóstico de câncer de próstata, o PSA (como um parâmetro aproximado do volume da próstata) pode ser utilizado para avaliar o risco de retenção urinária aguda e a necessidade de cirurgia da próstata
 - Dosagem de creatinina: HPB pode causar dilatação do trato urinário superior e insuficiência renal, mesmo que este risco tenha sido superestimado no passado. O mínimo necessário para avaliar a função do trato urinário superior é a dosagem de creatinina ou, alternativamente, um exame de ultrassom dos rins.
 - Exame de urina: outras causas de LUTS além de HPB (por exemplo, infecção do trato urinário ou câncer de bexiga) devem ser excluídas
 - Urofluxometria: pode detectar anormalidades da micção. Dois ou mais jatos com volume miccional $\geq 150\text{mL}$ são recomendados para obtenção de um teste de fluxo representativo.
 - Volume residual pós miccional: indica disfunção vesical. Devem ser realizadas duas ou mais medidas preferencialmente com o uso de aparelho de ultrassom. Grandes volume residuais urinários ($>200\text{mL}$) predizem um pior resultado do tratamento.
- 2. Opcionais:** estas investigações não são necessárias para o diagnóstico ou para a avaliação inicial, porém podem ser úteis no processo de tomada de decisão
- Estudo fluxo-pressão: é o único exame que pode diferenciar a obstrução do colo vesical da hipocontratilidade do detrusor e deve ser realizado antes da cirurgia em certas circunstâncias:

- volume urinado <150mL em medidas repetidas de urofluxometria
 - Qmax da urofluxometria livre >15mL/s
 - LUTS em homens >80 anos
 - volume urinário residual após micção >300mL
 - suspeita de disfunção vesical neurogênica
 - após cirurgia pélvica radical
 - após tratamento sem sucesso de HPB.
- Endoscopia: a uretrocistoscopia é recomendada antes da cirurgia (minimamente invasiva) para avaliar a forma e o tamanho da próstata, que podem ter impacto sobre a modalidade do tratamento. Adicionalmente, a uretrocistoscopia está indicada para excluir outras patologias causadoras de LUTS em homens com história de hematúria, estenose uretral, câncer de bexiga ou cirurgias do trato urinário inferior.
 - Exames de imagem do trato urinário: devem ser realizados - preferencialmente ultrassonografia - em todos os homens que não realizaram dosagem de creatinina. Além do diagnóstico de dilatação do trato urinário superior, o ultrassom também pode identificar tumores renais, avaliar a bexiga e medir o volume residual urinário pós-miccional, assim como o volume da próstata. O ultrassom transabdominal ou transretal (preferencialmente) para determinar o tamanho e a forma da próstata deve ser realizado para selecionar a cirurgia (RTUP – ressecção transuretral da próstata, ITUP – incisão transuretral da próstata ou prostatectomia aberta), antes do tratamento minimamente invasivo ou do tratamento clínico com inibidores da 5 α -redutase.
 - Diários miccionais: para se obter informações objetivas sobre a frequência e o volume miccional, um diário miccional de 24 horas em geral é suficiente.
- 3. Não recomendados:** Não existem evidências para a indicação dos seguintes exames diagnósticos para avaliação do paciente habitual: urografia excretora, cistometria com enchimento vesical, uretrografia retrógrada, tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Tratamento da HPB

O objetivo do tratamento é melhorar os LUTS e a qualidade de vida do paciente, assim como prevenir as complicações relacionadas a HPB.

1. Aguardar e observar (“watchful waiting”): deve ser recomendado para pacientes com sintomas leves ou nos que apresentam sintomas moderados/graves com impacto mínimo ou nenhum sobre a qualidade de vida. Para otimização desta opção de tratamento, recomenda-se reavaliação, educação, monitorização periódica e modificações do estilo de vida.

2. Tratamento clínico:

- Os α -bloqueadores são uma opção de tratamento para pacientes com LUTS moderados a graves. Todos os α -bloqueadores (alfuzosin, doxazosin, tamsulosin, terazosin) apresentam eficácia clínica semelhante, embora os efeitos colaterais observados tendam a favorecer o alfuzosin e o tamsulosin.
- Os inibidores de 5- α -redutase (finasterida ou dutasterida) são opções de tratamento para pacientes com LUTS moderados a graves e próstata aumentada (>30-40 mL). Ambas as drogas reduzem o volume da próstata em cerca de 20-30% e parecem ter eficácia clínica semelhante. Os inibidores da 5- α -redutase podem prevenir a progressão da HPB. Aspectos especiais (medicação a longo prazo, efeitos colaterais, custos, câncer de próstata) devem ser discutidos com o paciente..
- O tratamento combinado com um α -bloqueador e um inibidor de 5- α -redutase parece ser mais benéfico e duradouro do que a monoterapia com qualquer uma das substâncias. Os dados do tratamento combinado são restritos aos resultados do estudo MTOPS que analisou a finasterida e a doxazosina.
- Extratos vegetais ainda não podem ser recomendados para o tratamento de LUTS em pacientes com HPB. Deve-se realizar mais investigações para avaliar estas drogas em estudos randomizados, controlados, com placebo e de longa duração.

- **3.Tratamento cirúrgico**

- As opções de tratamento de primeira linha são a incisão transuretral da próstata (ITUP) para próstatas com <30mL e sem lobo médio, a ressecção transuretral da próstata (RTUP) para próstatas entre 30-80mL , e a prostatectomia aberta para próstatas maiores do que 80mL. O tratamento cirúrgico deve ser utilizado para pacientes que:
 - não melhoraram após tratamento clínico
 - não aceitam o tratamento clínico e solicitam um tratamento ativo
 - apresentam uma indicação importante para o tratamento (retenção urinária refratária, insuficiência renal devido a HPB, cálculos na bexiga, infecções recidivantes do trato urinário, hematúria recidivante refratária ao tratamento com inibidores de 5- α –reductase.
- Eletroevaporização transuretral (EVTU ou TVUP – “*transurethral electrovaporisation*”) é uma alternativa a RTUP especialmente para pacientes de alto risco com próstatas pequenas.
- Os tratamentos com laser (como VLAP, ILC ou ressecção com Holmium laser) são geralmente indicados para pacientes de alto risco como uma alternativa a RTUP e prostatectomia aberta, independentemente da configuração anatômica.
- Termoterapia transuretral com microondas (“*transurethral microwave thermotherapy*” - TUMT) deve ser reservada a pacientes que preferem evitar a cirurgia, e que não respondem mais a medicamentos ou não querem mais utilizar medicamentos a longo prazo. TUMT também é adequada para pacientes de alto risco apresentando retenção urinária recidivante.
- Ablação transuretral da próstata com agulha (“*transurethral needle ablation of the prostate*” - TUNA) é indicada para pacientes de alto risco que não estão aptos ao procedimento cirúrgico.

4. Cateter prostático (“stents”)

Os cateteres prostáticos (“stents”) são indicados apenas para pacientes de alto risco que apresentam retenção urinária recidivante, como alternativa a cateterização e para aqueles que não podem ser submetidos a outros tipos de cirurgia. As complicações como encrustação, infecção do trato urinário e dor crônica ocorrem frequentemente.

5. Técnicas de emergência

Ultrassom focalizado de alta intensidade (“*high-intensity focused ultrasound*” - HIFU) , quimioablação da próstata, termoterapia induzida por água (“*water induced thermotherapy*” - WIT) e energia do plasma em ambiente salino (PlasmaKinectic®) devem ser utilizados apenas em estudos clínicos.

6. Técnicas obsoletas:

Dilatação com balão e hipertermia transretal/ transuretral não são mais recomendadas no tratamento da HPB.

Seguimento

Todos os pacientes que recebem tratamento para HPB necessitam de seguimento (incluindo os submetidos a vigilância). Os esquemas de seguimento dependem do tipo de tratamento administrado. A Tabela 2 pode ser utilizada como sugestão para o momento do seguimento.

Recomendado	Opcional	Não recomendado
<ul style="list-style-type: none">• História clínica• Escore de sintomas• Exame físico• Exames laboratoriais (PSA, creatinina)	<ul style="list-style-type: none">• Estudo fluxo-pressão• Endoscopia• Exames de imagem do trato	<ul style="list-style-type: none">• Urografia excretora• Cistometria por enchimento• Uretrografia

<ul style="list-style-type: none"> • Exame de urina • Urofluxometria • Volume residual urinário pós miccional 	urinário <ul style="list-style-type: none"> • Diário miccional 	retrógrada <ul style="list-style-type: none"> • TC • RNM
--	---	--

Tabela 2: Exames de seguimento recomendados após tratamento para HPB				
Modalidade de tratamento	Primeiro ano após o tratamento			Anualmente a seguir
	6 semanas	12 semanas	6 meses	
Aguardar e observar	-	-	+	+
Inibidores de 5- α -redutase	-	+	+	+
Alfa-bloqueadores	+	-	+	+
Tratamento cirúrgico ou minimamente invasivo	+	+	+	+

Este texto resumido baseia-se nas diretrizes mais abrangentes da EAU (ISBN 978-90-70244-19-5), disponíveis para todos os membros da European Association of Urology no website-<http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>.