

# ORIENTAÇÕES SOBRE HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

(Texto actualizado 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

## Contexto

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma das doenças benignas mais comuns nos homens, que pode conduzir ao aumento do volume da próstata (BPE - *benign prostatic enlargement*), obstrução da próstata (BPO - *benign prostatic obstruction*) e/ou sintomas do tracto urinário inferior (LUTS - *lower urinary tract symptoms*). Os LUTS incomodativos ocorrem em cerca de 30% dos homens com mais de 65 anos.

Existem múltiplos factores etiológicos, sendo a idade, o PSA e o volume da próstata os verdadeiros factores relacionados com o desenvolvimento da doença. Com base nestes factores de risco específicos, é possível identificar grupos de doentes em risco elevado de progressão, e para os quais poderá ser apropriado iniciar-se um tratamento precoce. A necessidade de se recorrer à cirurgia para tratar a HBP aumenta com a idade e com o grau dos sintomas clínicos de base. A noctúria e as alterações do fluxo urinário parecem ser os sintomas mais indicativos.

## Avaliação de homens com HBP

Estas recomendações aplicam-se apenas a homens com idade superior a 50 anos sem risco significativo de LUTS com origem não relacionada com a HBP. Os homens com doenças neurológicas concomitantes, idade inferior a 50 anos, doença ou cirurgia prévias do tracto urinário inferior, geralmente exigem uma avaliação mais intensiva. O diagnóstico precoce e preciso de HBP conduz a melhores resultados do tratamento e pre-determina a opção do mesmo. Os testes de diagnóstico estão divididos em 3 categorias (Tabela 1):

1. **Recomendados:** as evidências sustentam o uso destes testes e por isso devem ser efectuados em todos os doentes com HBP.
  - História clínica: deve ser obtida de modo a determinar se as causas de LUTS se devem a HBP.
  - Pontuação dos sintomas: deve efectuar-se a avaliação dos sintomas porque contribui para a decisão terapêutica e monitorização da resposta. Recomenda-se o uso do questionário IPSS devido à sua distribuição e utilização a nível mundial.
  - Exame físico: o toque rectal (DRE - *Digital Rectal Examination*) e exame neurológico sumário são os requisitos mínimos. O DRE permite determinar o tamanho da próstata e identificar outras patologias da mesma.
  - Antígeno específico da próstata (PSA): além de diagnosticar o cancro da próstata, o PSA (como parâmetro aproximado do volume próstata) pode ser usado para avaliar o risco de retenção urinária aguda e a necessidade de cirurgia prostática.

- Determinação da creatinina: a HBP pode provocar dilatação do tracto urinário superior e insuficiência renal, embora aparentemente o risco tenha sido sobrestimado no passado. O requisito mínimo para avaliar a função do tracto urinário superior é a determinação de creatinina ou, em alternativa, a realização de ecografia renal.
  - Análise da urina: devem ser excluídas causas de LUTS além da HBP (ex. infecção do tracto urinário ou cancro da bexiga).
  - Urofluxometria: pode detectar esvaziamento anormal da urina. Recomendam-se dois ou mais fluxos com um volume urinado  $\geq 150$  ml para obter um teste de fluxo representativo.
  - O resíduo urinário pós-miccional indica disfunção da bexiga. Devem efectuar-se duas ou mais determinações, de preferência através de ecografia. Grandes volumes de urina residual ( $>200$  ml) são indicativos de resultados de tratamento menos favoráveis.
2. **Opcionais:** estes exames não são necessários para o diagnóstico ou avaliação inicial mas podem ajudar no processo de tomada de decisão.
- Estudo pressão/fluxo: é o único teste que permite distinguir entre obstrução infravesical e hipocontractilidade do músculo detrusor e deve ser efectuado antes da cirurgia, em determinadas circunstâncias:
    - volume urinado  $<150$  ml em medições repetidas do fluxo urinário
    - $Q_{\max} >15$  ml/s em urofluxometria livre
    - LUTS em homens  $>80$  anos
    - resíduo urinário pós-miccional  $>300$  ml
    - suspeita de disfunção vesical neurogénica

- após cirurgia pélvica radical
  - após tratamento invasivo da HBP sem êxito.
  - Endoscopia: recomenda-se a realização de uretrrocistoscopia antes de cirurgia (minimamente invasiva) para avaliar a forma e o tamanho da próstata, que pode ter impacto na modalidade de tratamento. Além disso, a uretrrocistoscopia está indicada para excluir outras patologias de LUTS em homens com história de hematúria, estenose da uretra, cancro da bexiga ou cirurgia do tracto urinário inferior.
  - Imagiologia do tracto urinário: deve efectuar-se – de preferência por ecografia – em todos os homens que não efectuaram análises dos níveis de creatinina. Além de diagnosticar a dilatação do tracto urinário superior, a ecografia também pode identificar tumores renais, avaliar a bexiga e medir o resíduo urinário pós-miccional, bem como o volume da próstata. Deve efectuar-se ecografia transabdominal ou transrectal (preferencial) para determinar o tamanho e a forma da próstata para a selecção da cirurgia (ITUP, RTUP ou prostatectomia aberta), antes de terapêutica minimamente invasiva ou terapêutica médica com inibidores da 5 $\alpha$ -reductase.
  - Carta miccional: para obter informações objectivas sobre a frequência e o volume miccional, o diário miccional de 24 horas é geralmente suficiente.
3. Não recomendados: não existem evidências que sustentem o uso dos seguintes testes no diagnóstico do doente médio: urografia endovenosa, cistometria de enchimento, uretrografia retrógrada, tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

## Tratamento da HBP

O objectivo do tratamento é a melhoria dos LUTS e da qualidade de vida do doente, bem como prevenir complicações relacionadas com a HBP.

1. **Vigilância activa (WW - *Watchful Waiting*):** recomenda-se em caso de doentes com sintomas ligeiros ou com sintomas moderados/graves mas com impacto mínimo ou inexistente na qualidade de vida. Para otimizar a vigilância activa recomenda-se o aconselhamento, a educação para a saúde, a monitorização periódica e alterações no estilo de vida.
2. **Terapêutica médica:**
  - Os alfa bloqueantes são uma opção de tratamento para doentes com LUTS moderados/graves. Os alfa bloqueantes (alfuzosina, doxazosina, tansulosina, terazosina) têm todos eficácia clínica semelhante, embora o perfil dos efeitos secundários pareçam favorecer a alfuzosina e a tansulosina.
  - Os inibidores da  $5\alpha$ -reductase (finasterida ou dutasterida) são uma opção de tratamento para doentes com LUTS moderados/graves e próstata aumentada (>30-40 ml). Ambos reduzem o volume da próstata em 20-30% e parecem ter eficácia clínica idêntica. Os inibidores da  $5\alpha$ -reductase podem prevenir a progressão de HBP. Devem discutir-se questões específicas com o doente (medicação a longo prazo, efeitos secundários, custos, cancro da próstata).
  - A terapêutica combinada de alfa bloqueantes e inibidores da  $5\alpha$ -reductase parece ser mais benéfica e duradoura do que a monoterapia de qualquer uma das substâncias. Os dados sobre a terapêutica combinada estão limitados aos

resultados do estudo MTOPS em que se analisou a finasterida e a doxazosina.

- Os extractos de plantas ainda não podem ser recomendados para o tratamento dos LUTS em doentes com HBP. Devem ser realizadas investigações adicionais para avaliação destes fármacos, em ensaios aleatorizados e controlados com placebo, de longa duração.

### 3. Terapêutica cirúrgica:

- As opções de tratamento de primeira linha são a incisão transuretral da próstata (ITUP) em próstatas <30 ml e sem lobo médio, a ressecção transuretral da próstata (RTUP) em próstatas de 30-80 ml, e a prostatectomia aberta se >80 ml. Deve optar-se pelo tratamento cirúrgico para os doentes que:
  - não melhoraram após terapêutica médica
  - não querem terapêutica médica mas necessitam de tratamento activo
  - se apresentam com uma forte indicação para terapêutica (retenção urinária refractária, insuficiência renal devido a HBP, litíase vesical, infecções urinárias recorrentes, hematuria recorrente refractária aos inibidores da 5 $\alpha$ -reductase).
- A electrovaporização transuretral (VTUP) é uma alternativa à RTUP, principalmente para doentes de alto risco com próstatas pequenas.
- Os tratamentos com laser (tais como VLAP, ILC ou ressecção com laser de hólmio) são geralmente indicados para doentes de alto risco que necessitam de tratamento invasivo para a HBP. A ressecção com laser de hólmio é uma alternativa à RTUP e à prostatectomia aberta independentemente da configuração anatómica.
- A termoterapia transuretral (TUMT - *Transurethral microwave thermotherapy*) deve ser reservada para doentes que

preferem evitar a cirurgia, que já não respondem à medicação ou que não querem medicação a longo prazo. A TUMT é também adequada para doentes que apresentam retenção urinária recorrente.

- A ablação por radiofrequência (TUNA - *transurethral needle ablation of the prostate*) está indicada em doentes de alto risco inaptos para cirurgia.
4. “Stents” prostáticos: estão indicados apenas em doentes de alto risco que sofram de retenção urinária recorrente, como alternativa à cateterização, e nos que não são aptos para outros tipos de cirurgia. Ocorrem frequentemente complicações como incrustação, infecção do tracto urinário ou dor crónica.
  5. **Técnicas emergentes:** Ultra-sons focados de alta intensidade (HIFU - *High-intensity focused ultrasound*), ablação química da próstata, termoterapia induzida pela água (WIT - *water induced thermotherapy*) e energia plasmática em meio salino (PlasmaKinetic®) devem ser usados apenas em ensaios clínicos.
  6. **Técnicas obsoletas:** a dilatação com balão e a hipertermia transrectal/transuretral já não são recomendadas no tratamento da HBP.

## Seguimento

Todos os doentes que recebem tratamento para a HBP requerem acompanhamento (incluindo WW). Os planos de acompanhamento dependem do tipo de tratamento administrado. A Tabela 2 pode ser usada como referência para planear o acompanhamento.

**Tabela 1: Avaliação de homens com HBP**

Recomendados	Opcionais	Não recomendados
História clínica	Estudo pressão/ /fluxo	Urografia endovenosa
Pontuação dos sintomas	Endoscopia	Cistometria de enchimento
Exame físico	Imagiologia do tracto urinário	Uretrografia
Laboratório (PSA, creatinina)	Carta miccional	TAC
Análise da urina		RMN
Urofluxometria		
Resíduo urinário pós-miccional		

**Tabela 2: Testes de seguimento recomendados após tratamento da HBP**

Modalidade de tratamento	Primeiro ano após tratamento			Uma vez por ano subsequentemente
	6 semanas	12 semanas	6 meses	
WW	-	-	+	+
Inibidores da 5 $\alpha$ -reductase	-	+	+	+
Alfa bloqueantes	+	-	+	+
Cirurgia ou tratamento minimamente invasivo	+	+	+	+

O texto deste folheto é baseado nas orientações publicadas (Eur. Urol. 2004; 46:547-554) e nas orientações mais abrangentes da EAU (ISBN 90-70244-19-5), disponíveis para todos os membros da Associação Europeia de Urologia no sítio - <http://www.uroweb.org>.