



Aceda à versão digital

EDIÇÃO ESPECIAL DIÁRIA

CONGRESSO
APU 2015

24 a 27 de setembro de 2015



25
SETEMBRO
sexta-feira

UROLOGIA ACTUAL



TRANSMISSÃO EM DIRETO DE CIRURGIAS REALIZADAS POR EXPERTS INTERNACIONAIS

Do bloco operatório do Serviço de Urologia do Hospital de Braga para o auditório Zulmira Simões da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho foram ontem transmitidas quatro cirurgias em tempo real. Abordagem retroperitoneal *versus* transperitoneal foi a primeira controvérsia executada em dois atos – Francesco Porpiglia (Itália) liderou a realização de uma nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia e Burak Turna (Turquia) uma nefrectomia parcial laparoscópica transperitoneal. Seguiu-se a execução de duas técnicas de tratamento minimamente invasivo da litíase renal – a nefrolitotomia por minipercutânea em posição supina, coordenada por Marco de Sio (Itália) e Rocco Damiano (Itália), e a ureterorenoscopia flexível digital, liderada por Alberto Breda (Espanha).

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

EXCELÊNCIA DO HOSPITAL DE BRAGA DESTACADA NA SESSÃO DE ABERTURA

INTERVENIENTES (da esq. para a dta.): Alberto Bessa Peixoto (diretor clínico do Hospital de Braga - HB); João Ferreira (presidente da Comissão Executiva do HB); Estêvão Lima (presidente da Comissão Organizadora do Congresso); Miguel Guimarães (presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos); Arnaldo Figueiredo (presidente da APU); Álvaro Almeida (presidente da Administração Regional de Saúde Norte); Jorge Pedrosa (presidente do Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho - ECSUM); e Nuno Sousa (diretor do Curso de Medicina da ECSUM)

A qualidade do trabalho do Hospital de Braga, em articulação com a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (ECSUM), esteve em foco na Sessão de Abertura, ontem à tarde. O presidente da Comissão Organizadora do Congresso, Estêvão Lima, referiu que a organização do evento resultou «de anos de trabalho e desenvolvimento por parte de todos os urologistas, com apoio da Comissão Executiva, do Hospital de Braga», além de destacar a qualidade das instalações da ECSUM, «apenas comparável à de alguns centros europeus».

João Ferreira, presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga (HB), salientou o facto de, nesta instituição e no Serviço de Urologia em particular, «se fazer muito com os recursos que são disponibilizados». O responsável assinalou também o facto de esta ser «uma semana particularmente feliz», dado que, além de receber o Congresso APU 2015, o HB foi distinguido como o melhor hospital de média/grande dimensão do Serviço Nacional de Saúde pela empresa multinacional de *benchmarking* hospitalar IASIST.

O modelo de organização do HB, em relação estreita com a ECSUM, também foi apresentado nesta sessão. Jorge Pedrosa, presidente do Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS) da

ECSUM, salientou a colaboração estreita entre o Hospital, o ICVS, o Grupo de Investigação 3B's (Biomateriais, Biodegradáveis e Biomiméticos) e o Centro Clínico Académico de Braga. «Tentamos fazer um trajeto completo, desde o tubo de ensaio, passando pelo ensaio em modelos animais e, por vezes, o teste em doentes voluntários que pretendam participar em ensaios clínicos», sublinhou este interveniente. ■



No decurso da sessão de abertura, Emanuel Carvalho-Dias (à esquerda), interno de Urologia no Hospital de Braga, recebeu da empresa José de Mello Saúde uma bolsa de doutoramento para investigação clínica no valor de 20 mil euros, que lhe foi entregue por João Ferreira (à direita)



BOAS-VINDAS NOS PAÇOS DO CONCELHO

Foi no Salão Nobre dos Paços do Concelho de Braga que o presidente da Câmara Municipal, Ricardo Rio (à direita), deu as boas-vindas aos congressistas, no final do dia. Depois de ouvirem o autarca elogiar o trabalho dos profissionais do Hospital de Braga, Arnaldo Figueiredo e Estêvão Lima agradeceram a colaboração da Câmara Municipal de Braga na logística do Congresso. Seguiu-se um momento social, acompanhado pelo Verde de Honra que foi oferecido aos presentes.

Ficha Técnica

Depósito Legal: N.º 338826/12

Propriedade:



Associação
Portuguesa
de Urologia

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

Edição:



esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Campo Grande, n.º 56, 8.º B, 1700 - 093 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815/ Fax: (+351) 218 155 107 | geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt | EsferaDasIdeiasLda
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação: Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)
Redação: Ana Rita Lúcio, Luís Garcia e Marisa Teixeira
Fotografia: Rui Jorge Design/paginação: Susana Vale

Patrocinadores desta edição:

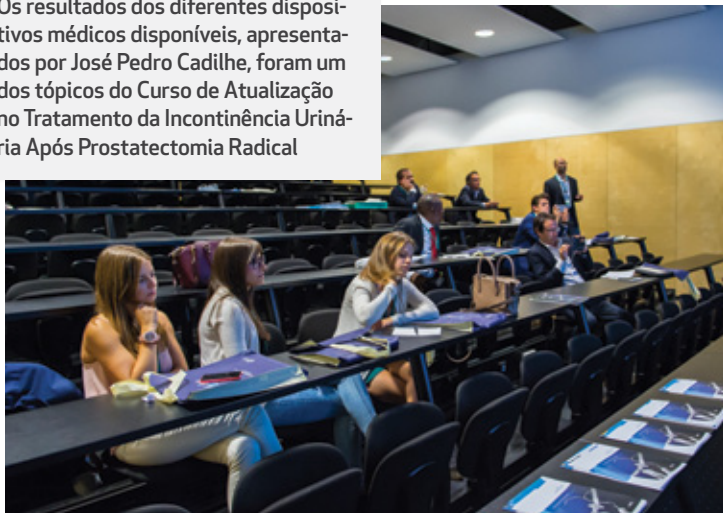


Nota: Os textos deste jornal estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.

CURSOS COM FORTE COMPONENTE PRÁTICA

A aposta na formação dominou o primeiro dia deste Congresso, com a realização de três cursos *hands-on training* e um outro de atualização de conhecimentos, que decorreram durante toda a manhã e grande parte da tarde.

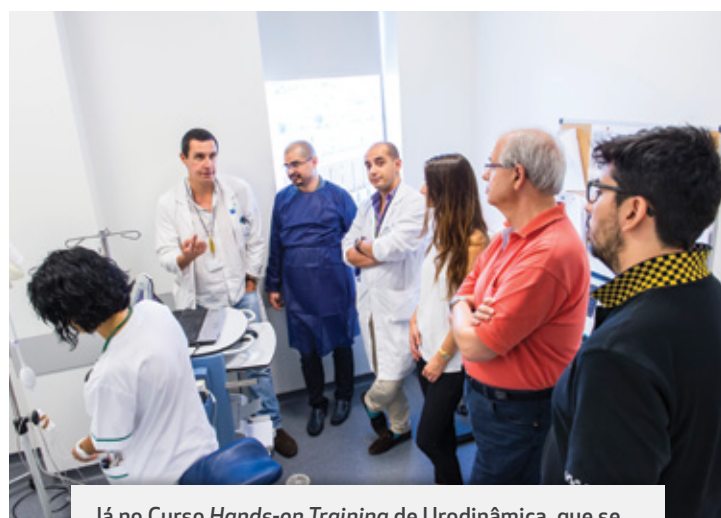
Os resultados dos diferentes dispositivos médicos disponíveis, apresentados por José Pedro Cadilhe, foram um dos tópicos do Curso de Atualização no Tratamento da Incontinência Urinária Após Prostatectomia Radical



Sutura, orientação espacial, bissecção e corte foram as competências treinadas no Curso *Hands-on Training* de Laparoscopia, que decorreu num dos laboratórios de cirurgia experimental da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (ECSUM)



No Curso *Hands-on Training* de Microcirurgia, que teve também lugar num laboratório de cirurgia experimental da ECSUM, foi realizado o treino com tubos de silicone e com coaias



Já no Curso *Hands-on Training* de Urodinâmica, que se realizou na Consulta Externa de Urologia do Hospital de Braga, os coordenadores Vítor Hugo Nogueira e Mário Cerqueira transmitiram aos formandos várias dicas práticas sobre o modo de realizar este estudo

CIRURGIAS AO VIVO MARCARAM ARRANQUE DO CONGRESSO

Uma aposta inovadora da Comissão Organizadora do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2015 foram as cirurgias ao vivo, realizadas ontem no bloco operatório do Serviço de Urologia do Hospital de Braga (SUHB) e transmitidas em direto para o auditório da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho. Aqui, onde se encontrava a assistência, os quatro moderadores – Miguel Carvalho, Kris Maes, Pedro Vendeira e José Palma dos Reis – iam fazendo perguntas aos cirurgiões sobre os diferentes procedimentos, que foram escolhidos por suscitarem alguma controvérsia quanto à técnica mais adequada. Os especialistas estrangeiros que lideraram cada uma das cirurgias foram apoiados por colegas das suas unidades e também por urologistas e internos do SUHB.



Francesco Porpiglia (ao centro), diretor do Serviço de Urologia do Hospital San Luigi di Orbassano, em Turim, Itália, liderou a equipa que realizou a nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia

A técnica alternativa – nefrectomia parcial laparoscópica transperitoneal – foi executada sob a coordenação de Burak Turna (segundo a contar da esq.), professor de Urologia na Escola de Medicina da Universidade de Ege, em Esmira, Turquia

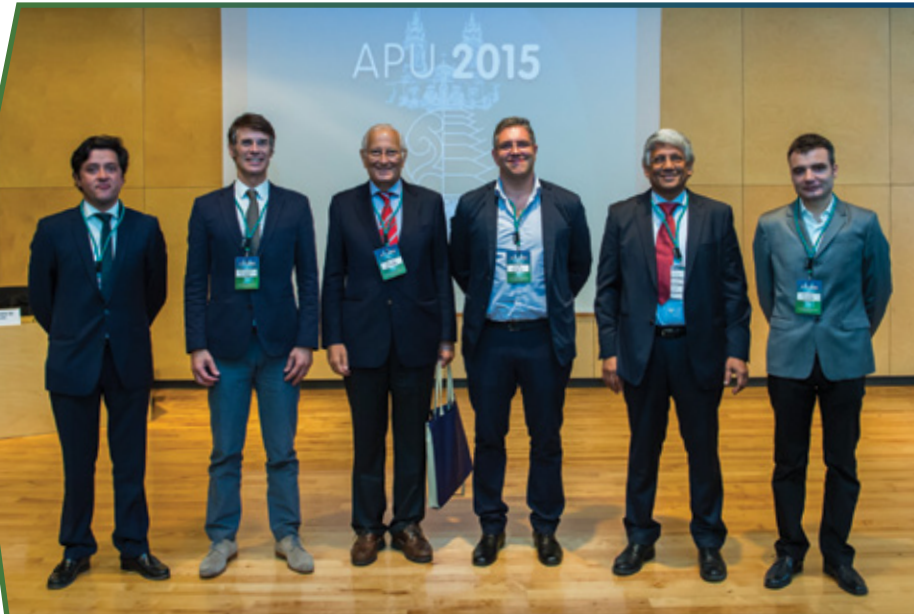


Já no âmbito das técnicas de tratamento minimamente invasivo da litíase renal, a nefrolitotomia por minipercutânea em posição supina foi executada pela equipa liderada por Marco de Sio (na foto), diretor do Serviço da Clínica de Urologia da Universidade de Nápoles, em Itália, e Rocco Damiano, diretor do Departamento de Urologia da Universidade «Magna Graecia» de Catanzaro, em Itália



Por sua vez, Alberto Breda (ao centro), chefe da Equipa Cirúrgica de Transplante Renal da Fundació Puigvert, em Barcelona, foi o «comandante» da execução da ureterorrenoscopia flexível digital

PAÍSES DIFERENTES, CENÁRIOS UROLÓGICOS DISTINTOS



Ricardo Leão, Arnaldo Figueiredo, Manuel Mendes Silva, Pedro Nunes, Igor Vaz e Mário Oliveira
(da esq. para a dta.)

Quatro médicos de língua portuguesa partilharam as suas experiências urológicas em outros países no Simpósio da Associação Lusófona de Urologia (ALU), que se realizou ontem. Em discussão estiveram as principais semelhanças e diferenças entre a prática clínica e de investigação na América do Norte, em Moçambique, Espanha e Portugal.

Marisa Teixeira

Possivelmente, a realidade que mais difere das que foram apresentadas neste Simpósio da ALU é a vivenciada por Igor Vaz, urologista no Hospital Central de Maputo, em Moçambique. «Ao longo dos anos, os poucos progressos que ocorreram estão muito longe do que gostaríamos de ter alcançado. Os fatores políticos têm interferido no desenvolvimento técnico e o orçamento para a área da Saúde é cada vez menor, o que dificulta a formação e a qualidade da assistência aos doentes», lamentou. Este especialista comentou o cenário com que se depara todos os dias, que é bastante distinto do que acontece na maioria dos países europeus, nos EUA ou no Canadá. «Enquanto em Portugal, por exemplo, se aposta em cirurgias laparoscópicas e até robóticas, em Moçambique ainda não demos esse passo, até porque as circunstâncias são completamente díspares.»

Igor Vaz ressaltou ainda que as condições de rastreio e de deteção precoce são más, pela falta de médicos, de acesso a unidades sanitárias e de capacidades para um diagnóstico referencial, entre outros fatores, «o

que leva a que os doentes apareçam já com tumores enormes». «Neste contexto, efetuamos muitas cirurgias reconstrutivas. As fístulas com que lidamos são maioritariamente de causa obstétrica, algo também raro em Portugal», acrescentou este orador. Outro grande desafio é a falta de recursos humanos. «Embora existam urologistas em todo o país, são poucos e a maioria é de nacionalidade estrangeira. Já houve mais intercâmbio entre Portugal e Moçambique, mas, com a crise económica, a situação complicou-se. Porém, continuamos a enviar alguns internos para formação», referiu Igor Vaz. E aproveitou para lançar o repto: «Também seria interessante recebermos em Moçambique internos portugueses, pois teriam contacto com cirurgias que nunca viram em Portugal.»

Já Filipe La Fuente de Carvalho contou, através de um vídeo apresentado pelo seu pai, o urologista José La Fuente de Carvalho, como tem sido o seu percurso desde que entrou no internato em Urologia no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. «Interrompi o 2.º ano para fazer o

doutoramento na área do cancro da próstata na Johns Hopkins University [em Baltimore, EUA]. O tempo que lá passei foi extremamente estimulante e deu-me a oportunidade de estudar diferentes aspetos das vias moleculares que contribuem para a progressão do cancro da próstata. Grande parte do meu trabalho consistiu em perceber que diferenças moleculares existem entre os tumores indolentes e os agressivos, que, apesar dos tratamentos modernos, são letais.»

Entretanto, este jovem médico concorreu ao internato nos EUA e, depois de um longo período de entrevistas em diferentes instituições académicas norte-americanas, obteve uma oportunidade na Georgetown University, em Washington. «Comecei o internato há menos de um ano e a experiência tem sido extraordinária», revelou Filipe La Fuente de Carvalho, adiantando que continua a desenvolver, em simultâneo, projetos de investigação em Uro-Oncologia, embora sejam de caráter principalmente clínico e focados em tumores do rim.

Fellowships em Toronto e Barcelona

Ricardo Leão trocou Portugal pelo Canadá, por um período de, no mínimo, dois anos, para realizar um *fellowship* em Uro-Oncologia na Universidade de Toronto, promovido pela Society of Urologic Oncology da American Urological Association. Enquanto o primeiro ano desta formação é sobretudo dedicado à investigação, o segundo é orientado para a cirurgia. «Inicialmente, os *fellows* têm 80% do tempo para desenvolverem projetos, sendo a atividade clínica limitada à realização de consultas. No ano seguinte, desenvolvem as suas capacidades em diferentes abordagens (cirurgia robótica) e técnicas cirúrgicas. Os *fellows* são autónomos nos seus atos médicos e trabalham no serviço de urgência com o *staff*, passando por quatro unidades: Princess Margaret Hospital, Toronto General Hospital, Mount Sinai Hospital e Sunnybrook Health Sciences Center.»

Em comparação com Portugal, este urologista destacou várias diferenças, como, por exemplo, as referentes ao volume assistencial e aos ensaios clínicos. «Semanalmente, são seguidos em consulta, no Departamento de Urologia da Universidade de Toronto, 30 a 40 doentes com tumores do testículo, realidade que proporciona uma extraordinária exposição clínica, transversal a outras patologias», referiu Ricardo Leão. E adiantou: «Deste modo, o número de doentes obser-



vados em consulta que se encontram em ensaios clínicos é significativo. Isto permite um contacto com a eventual nova realidade do tratamento de algumas patologias, perceber *in loco* efeitos benéficos e secundários de novos tratamentos, e fornecer aos doentes as mais recentes modalidades terapêuticas.» Desde março de 2014, Ricardo Leão é *research fellow* no The Arthur and Sonia Labbat Brain Tumour Research Center do The Hospital for Sick Children, onde se dedica ao estudo dos mecanismos de manutenção dos telómeros em tumores urológicos.

Por sua vez, Mário Oliveira rumou à Catalunha. «Após concluir a especialidade e o doutoramento em Portugal, surgiu a possibilidade de realizar um *fellowship* de um ano na Unidade de Uro-Oncologia da Fundació Puigvert, em Barcelona, e continuei como especialista na Unidade de Urodinâmica da mesma instituição, ao longo de seis meses, até à atribuição de vaga no Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, onde estou agora a exercer», começou por explicar o orador.

Este urologista dedica-se especialmente ao tratamento da urolitíase e à cirurgia prostática laparoscópica, estando a participar num projeto de investigação translacional sobre BCG (bacilo de Calmette-Guérin) e tumor vesical não músculo-infiltrante. Além disso, colabora com o Instituto Guttmann de Neuroreabilitação e exerce Medicina privada. Embora as semelhanças entre Portugal e Espanha sejam muitas, Mário Oliveira ressaltou como aspeto diferenciador «a dimensão do país vizinho, que permitiu a criação de centros de grande volume e com grande experiência em cirurgia minimamente invasiva e, por outro lado, a existência de uma associação urológica influente, com grupos de trabalho especializados e bastante participados, capazes de gerar consensos e guias de recomendação».

Esta sessão, dedicada ao tema «Realidades e experiências urológicas vividas além-fronteiras por lusófonos», foi moderada por Arnaldo Figueiredo, presidente da APU; Pedro Nunes, vice-presidente da ALU e secretário-geral da APU; e Manuel Mendes Silva, presidente da Assembleia-Geral da ALU. ■



OPINIÃO

Domenico Veneziano

Urologista e perito em tecnologias de simulação e educação no Ospedali Riuniti, em Reggio Calabria, Itália | Orador da conferência «Que técnicas cirúrgicas deveriam ser treinadas em animal ou simuladores antes da prática clínica», que decorreu ontem

IMPORTÂNCIA DO TREINO CIRÚRGICO

A simulação e as tecnologias de educação cirúrgica são tópicos recentes na cirurgia em geral e não apenas na Urologia. É muito importante, tanto para internos como para especialistas, estruturar bem o treino cirúrgico antes da intervenção nos doentes. Dispomos, hoje em dia, de muitas ferramentas, de muitos «pequenos jogos», mas cada um pode ser utilizado para ensinar algo e o seu contrário. Por isso, a importância do tutor é grande: ele tem a responsabilidade de dar um sentido aos «jogos», de usá-los da forma mais correta.

Mais do que as ferramentas que se utilizam – se são virtuais, se é um modelo animal ou um cadáver –, importa definir um objetivo e dar uma estrutura ao currículo. Caso contrário, corremos o risco de ensinar procedimentos errados. Penso que isto ainda não é muito compreendido: os tutores têm um papel importante, porque os seus ensinamentos vão ser aplicados ao longo da carreira futura dos seus treinados.

Antigamente, os tutores não queriam saber dos tipos que «brincavam» com os instrumentos. Agora, estamos a mudar lentamente e começamos a seguir protocolos *standard*, a estudar os resultados das técnicas que ensinamos. As pessoas estão a perceber que o *hands-on training* é realmente crítico para se ser um bom cirurgião. Os doentes não querem ser tratados por um cirurgião em treino, querem um perito. As seguradoras também exigem

certificados de competências e, para isso, precisamos de estudar e treinar, em modelos simples, não em doentes.

Aquilo que antes era feito no doente está agora a ser reproduzido noutro cenário. O tutor deve colocar o formando em posição de estar pronto para o bloco cirúrgico. As tecnologias emergentes estão a dizer-nos que este é um dos campos que terão mais desenvolvimentos nos próximos anos. Na educação, ainda estamos no ponto em que sabemos como ensinar a parte teórica, mas não existem quaisquer *guidelines* ou documentos escritos para ensinar a parte prática. Com o aparecimento de novas tecnologias, precisaremos de as ensinar. Portanto, quanto mais avançarmos, mais vamos ter de ensinar.

Este é um campo que nunca terminará. Estamos a ensinar laparoscopia, a começar a ensinar o tratamento da litíase com as técnicas mais atuais, etc. – tudo o que já devia ter sido ensinado pelas universidades, mas que não foi, porque requer dinheiro e conhecimento que ainda não estava disponível há alguns anos. Os Estados Unidos foram dos primeiros a apostar nas tecnologias de treino cirúrgico, mas estão a andar devagar, porque enfrentam modelos de certificação e questões legais mais burocráticas. Na Europa, começamos a ir mais depressa, até porque a European Association of Urology está a tentar estabelecer *standards* de atuação neste campo. ■

UPDATE EM UROLOGIA ONCOLÓGICA

O tema da Oncologia em Urologia é abordado hoje numa sessão dividida em duas partes (das 9h30 às 10h30 e das 15h30 às 16h30). A primeira parte conta com a moderação de Avelino Fraga e Jorge Oliveira, respetivamente diretores dos Serviços de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e do Instituto Português de Oncologia do Porto. A segunda parte terá Hélder Monteiro, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, e Fernando Calais da Silva, coordenador do Grupo Português Génito-Urinário, como moderadores. Segue-se o resumo das comunicações dos oradores.

Biópsias de tumores renais: poderemos eliminar as nefrectomias em tumores benignos e indolentes?

«**N**as últimas décadas, aumentou significativamente a deteção incidental de pequenos tumores renais. Estima-se que estes sejam benignos em cerca de 30% dos casos, sendo, no entanto, impossível identificar a sua natureza apenas através de estudos imagiológicos convencionais. Mesmo dentro das massas malignas detetadas incidentalmente, existe uma considerável heterogeneidade biológica, aceitando-se que um número significativo represente neoplasias indolentes e passíveis de serem submetidas a terapêuticas não extirpativas (vigilância ativa ou termoablação). Destes factos resulta o sobretratamento de um número significativo de pequenas massas renais (PMR), existindo um reconhecimento crescente da necessidade da caracterização histológica das PMR para definir tratamentos individualizados.

As biópsias percutâneas de massas renais foram criticadas no passado, com base em preocupações quanto à segurança, à acuidade diagnóstica e à capacidade de distinção entre os vários subtipos histológicos e graus de Fuhrman. No entanto, a adoção pelos

urologistas de técnicas modernas de biópsia, conjugada com o aumento da experiência dos patologistas na interpretação de amostras – com o crescente uso de sofisticadas técnicas de imuno-histoquímica, citogenética e análise molecular – configura, atualmente, a biópsia de massas renais como um procedimento seguro e com elevada acuidade diagnóstica para a determinação de malignidade e do subtipo histológico do carcinoma de células renais (CCR).

Um aprofundar do conhecimento da história natural dos tumores renais benignos e malignos, bem como da genética e da proteómica do CCR, conduzirá a um progressivo aumento da confiança na utilização da biópsia no suporte de estratégias terapêuticas.»

Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)



Nefrectomia parcial em tumores grandes. Estaremos a comprometer a cura a longo prazo?

«**N**o passado, o tratamento para o tumor renal, independentemente da sua localização e tamanho, era a nefrectomia radical. À medida que o conhecimento foi progredindo, começou a defender-se a nefrectomia parcial em tumores com menos de 4 cm e, hoje em dia, isso é inequívoco.

Com o ampliar de indicações para tumores mais volumosos coloca-se a questão: será que estamos a ir longe de mais? Poderíamos afirmar que sim por dois motivos: ou porque não se estavam a conseguir obter bons resultados, ou porque estes poderiam ser atingidos à custa de taxas de complicações elevadas. Todavia, vários estudos revelam que, mesmo para tumores volumosos, a nefrectomia parcial é uma boa solução, com bons resultados

oncológicos a longo prazo e taxas de complicações aceitáveis.

Estamos a comprometer a cura a longo prazo com a nefrectomia parcial para tumores de maior volume? A minha resposta é não, desde que este procedimento seja realizado com a ponderação de vários aspetos, identificando e minimizando fatores de risco para complicações, em Serviços de Urologia com experiência, cujos resultados comprovem a eficácia e a segurança dessa abordagem.»

Belmiro Parada, urologista no CHUC



Atualização no tratamento médico da neoplasia do rim

«**A** terapêutica de que irei falar não é curativa, mas sim destinada a doentes já metastizados ou com neoplasia já localmente muito avançada, sem tratamento cirúrgico possível. Apesar de ainda não se ter conseguido provar que os tratamentos paliativos aumentam a sobrevida dos doentes, exceto no caso do temsirolimus, acreditamos que todos eles fazem com que o doente viva mais e, sobretudo, com maior qualidade de vida. Quanto ao temsirolimus, utilizado logo de início apenas nos doentes com mau prognóstico, já se provou que, quanto mais precocemente se inicia essa terapêutica, maior é a sobrevida do doente.

Além disso, vou também falar de algumas novidades promissoras para o futuro, nomeadamente o ressurgimento da imunoterapia. Uma ideia já considerada há 30 anos para o tratamento do tumor do rim, mas que, na altura, apresentava um alto nível de toxicidade, principalmente com a interleucina 2 em doses altas, tolerada apenas em doentes com 30 a 40 anos de idade. Recentemente, conseguiu-se o refinamento desta terapêutica, com o aparecimento do nivolumab e do ipilimumab, que impedem a resposta inibitória que o tumor causa no sistema imunitário. Já existem estudos de fase II bastante promissores com estas terapêuticas.»

André Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto

Massas residuais em tumores do testículo – o que fazer?

«A exérese cirúrgica das massas residuais (MR) retroperitoneais e dos depósitos viscerais metastáticos pós-quimioterapia representa um componente fundamental da terapêutica multimodal dos doentes com tumores testiculares avançados. A remoção em cerca de 30 a 40% dos casos de resíduos de teratoma e de 10 a 20% de tumor viável presente nestas lesões melhora significativamente o prognóstico destes doentes.

Mais de 90% das MR pós-quimioterapia em seminomas são constituídas por necrose. As lesões com menos de 3 cm de diâ-

«Nos tumores de células germinativas não seminomatosos, a exérese das massas renais está indicada em todos os casos com mais de 1 cm»

metro devem ser apenas vigiadas, mas as maiores devem ser estudadas com PET-TAC/FDG (tomografia por emissão de positrões-tomografia axial computadorizada/fluorodeoxiglucose). Nos tumores de células germinativas não seminomatosos, a exérese das massas renais está indicada em todos os casos com mais de 1 cm. Na extensão da linfadenectomia, aconselha-se que sejam realizados *templates* do lado do tumor primário e em todas as áreas onde existam MR. A histologia das massas retroperitoneais e pulmonares é discordante em 25% dos casos, logo, as lesões pulmonares com mais de 1 cm devem ser sempre removidas.»

Pedro Nunes, urologista no CHUC



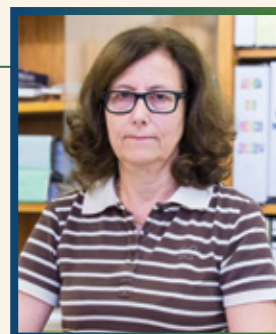
Tumores da suprarrenal – o que há de novo?

«As novidades no que se refere aos tumores da suprarrenal decorrem do aumento “explosivo”, nos últimos anos (por maior definição e acessibilidade dos exames imagiológicos) dos chamados “incidentalomas” – nódulos descobertos em exames ao abdómen ou ao tórax; da melhoria das técnicas de estudo; e da evolução da abordagem cirúrgica.

A indicação cirúrgica decorre da existência de secreção hormonal autónoma ou da suspeita de malignidade. O esclarecimento do tipo de tumor é indispensável para a preparação pré-operatória e para o seguimento pós-operatório do doente, mantendo-o ao abrigo de episódios agudos de insuficiência de cortisol (*cushing*), de alterações eletrolíticas (hiperaldosteronismo) ou de crises de hipertensão arterial (HTA) e choque hipovolémico (FEO [feocromocitomas] com ou sem HTA prévia).

A pesquisa de sinais clínicos ou radiológicos de malignidade permite adequar todos os cuidados, quer os relativos à secreção hormonal quer à escolha da técnica cirúrgica, prevenindo remoção sem rutura da cápsula, excisão de adenopatias e trombos venosos, ou eventual remoção “em bloco” de estruturas invadidas. Em todos os casos, é necessário o seguimento endócrino a longo prazo: para eventuais terapêuticas de substituição, para terapêuticas adjuvantes ou diagnóstico de metástases. Este é o caso dos FEO, cuja benignidade só é garantida na ausência de metástases.»

Isabel Paiva, endocrinologista no CHUC



Gânglio sentinela na Urologia

«O gânglio sentinela é uma técnica que serve para estadiar determinadas patologias oncológicas. É usada, por rotina, no cancro da mama, no melanoma e no carcinoma espinocelular do pénis. Hoje em dia, há interesse em utilizar o gânglio sentinela nos cancros da próstata e da bexiga. Esta técnica consiste na injeção de um ou de vários produtos no órgão-base, que são transportados, posteriormente, para os gânglios linfáticos. Por intermédio da linfocintigrafia, ou de uma tomografia computadorizada por emissão de fóton (SPECT, na sigla em inglês),

«O gânglio sentinela permite-nos um estadiamento ganglionar mais eficaz comparativamente às técnicas clássicas, como a tomografia axial computadorizada (TAC) e a ressonância magnética»

observam-se quais os gânglios que captam o referido produto no órgão primário em questão, com a utilização de marcadores. Depois de detetados, os gânglios são removidos e enviados para exame histológico. Se forem alvos da doença, estamos perante uma patologia já com atingimento ganglionar; se não, trata-se de uma doença estritamente local, o que, do ponto de vista do prognóstico, faz toda a diferença.

O gânglio sentinela permite-nos um estadiamento ganglionar mais eficaz comparativamente às técnicas clássicas, como a tomografia axial computadorizada (TAC) e a ressonância magnética (RM). Estas baseiam-se em critérios de tamanho que não permitem a deteção precoce da metastização ganglionar.»

José Sanches Magalhães, urologista no Instituto Português de Oncologia do Porto



TRATAMENTO DO CPRCm PERANTE UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

O aparecimento da enzalutamida, entre outros fármacos, trouxe uma nova esperança para o tratamento do cancro da próstata metastático resistente à castração (CPRCm), pois beneficia o doente em vários aspetos, nomeadamente na sua qualidade de vida. Este assunto vai ser aprofundado hoje, entre as 12h30 e as 13h15, no simpósio-satélite organizado pelas Astellas.

Marisa Teixeira



JOSÉ PALMA DOS REIS



CARLOS SILVA

O cancro da próstata metastático resistente à castração é uma fase avançada a que a maioria dos doentes não chega. Todavia, estes casos «têm de ser encarados como os mais importantes, pois são os que mais sofrem com a doença e os que frequentemente vêm a falecer em consequência direta da mesma», sublinha José Palma dos Reis, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e moderador deste simpósio-satélite.

«Ainda não existe cura para o CPRCm, mas, até ao aparecimento da quimioterapia com o docetaxel, há cerca de dez anos, não havia terapêutica nenhuma que prolongasse a sobrevivência dos doentes», lembra o urologista. Entretanto, nos últimos anos, com o aparecimento de fármacos como a enzalutamida, «além de prolongar a vida ao doente, é possível adiar o tratamento com quimioterapia, aumentando o seu bem-estar».

Desta forma, acrescenta Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e orador neste simpósio, «o paradigma alterou-se completamente». Incidindo a sua apresentação no tema «Tratar a doença e o doente», este especialista frisa que «os doentes com CPRCm deixaram de necessitar meramente de cuidados paliativos, para serem tratados com esta recente arma terapêutica que os urologistas têm à sua disposição». É de referir que a enzalutamida foi inicialmente utilizada em pós-quimioterapia, mas, hoje em dia, está também aprovada para uma fase mais precoce, depois de reconhecidas as suas vantagens.

Mais-valias da enzalutamida

A enzalutamida é uma terapêutica oral, que o doente pode fazer no domicílio e tem um perfil de segurança e tolerabilidade favorável. «Não provoca, por exemplo, diarreia nem anemia com tanta frequência como a quimioterapia», afirma Carlos Silva, acrescentando que, com esta solução, a quimioterapia passa para segundo plano. «Neste momento, o desafio é perceber quais os do-



ANTONIO ALCARAZ

entes que vão, de facto, melhorar com esta medicação.»

Além disso, Carlos Silva salienta que, hoje em dia, muito mais importante do que tratar o cancro é proporcionar qualidade de vida ao doente, e não tratar a patologia a qualquer custo. «Não podemos pensar apenas nos ganhos de vida, mas também na qualidade. Ao optarmos por terapêuticas como a enzalutamida, estamos a pensar realmente no doente.»

Da mesma opinião é Antonio Alcaraz, também orador neste simpósio-satélite, que versará sobre o tema «O lugar das novas opções terapêuticas». Este urologista no University Hospital Clinic of Barcelona acrescenta que «a enzalutamida é uma das melhores opções para tratar os doentes com CPRCm, devido à baixa toxicidade e aos muito bons resultados que tem demonstrado». Contudo, este especialista ressalva que, «atualmente, existem seis tratamentos para este tipo de cancro da próstata que aumentam a sobrevivência, por isso, os médicos têm de saber selecionar a terapêutica adequada aos diferentes perfis de cada doente». ■

ENSAIO CLÍNICO PREVAIL COM BONS RESULTADOS

Ao longo da sua intervenção, Antonio Alcaraz vai apresentar resultados do PREVAIL (*A safety and efficacy study of oral MDV3100 in chemotherapy-naïve patients with progressive metastatic prostate cancer*). Este é um ensaio clínico internacional, aleatorizado e controlado por placebo, que comprova a eficácia da enzalutamida em homens adultos com cancro da próstata metastático resistente à castração, assintomáticos ou pouco sintomáticos, após falha do tratamento por privação de androgénio e para quem a quimioterapia ainda não é clinicamente indicada.

Os resultados deste ensaio clínico de fase III – publicados no *New England Journal of Medicine*, em junho de 2014 – mostram que a enzalutamida reduz o risco de morte em 29% e o risco de progressão radiográfica ou morte em 81%, comparativamente a placebo. Além disso, os homens tratados com este fármaco obtiveram um atraso de 17 meses no tempo até início da quimioterapia.

Antonio Alcaraz vai ainda apresentar dados de outros ensaios clínicos de fase II, como o TERRAIN (*A safety and efficacy study of MDV3100 versus bicalutamide in castrate men with metastatic prostate cancer*) e o STRIVE (*A safety and efficacy study of enzalutamide versus bicalutamide in men with prostate cancer*), que «complementam a informação adquirida pelo estudo PREVAIL».



MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM CPmRC



CARLOS RABAÇA



JOSÉ PALMA DOS REIS E ESTÊVÃO LIMA (moderadores)

O acetato de abiraterona foi o primeiro fármaco aprovado para a fase pré-quimioterapia (com docetaxel) no tratamento do cancro da próstata metastático resistente à castração (CPmRC), tendo mostrado excelentes resultados, tanto no aumento da sobrevida do doente, como na melhoria da sua qualidade de vida. Este fármaco vai estar em foco no simpósio-satélite promovido pela Janssen, entre as 17h45 e as 18h30.

Marisa Teixeira

Com a introdução da quimioterapia com docetaxel no tratamento do CPmRC, em 2004, a sobrevida destes doentes sofreu um acréscimo significativo. Todavia, como explica Carlos Rabaça, urologista no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e orador neste simpósio-satélite, esta melhoria foi obtida «à custa de uma diminuição importante da qualidade de vida do doente». Entretanto, o aparecimento de novos fármacos – aprovados inicialmente apenas para o período pós-quimioterapia, mas agora também com indicação para a fase pré-quimioterapia – trouxe vários benefícios para estes doentes.

«Um desses medicamentos é o acetato de abiraterona, que aumenta significativamente a sobrevivência dos doentes, proporcionando-lhes também melhoria significativa da qualidade de vida, com um perfil de eventos adversos favorável, comparativamente aos verificados nos doentes que são submetidos logo à quimioterapia», sublinha Carlos Rabaça.

Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga e um dos moderadores deste simpósio, concorda e acrescenta: «O acetato de abiraterona é um fármaco desenvolvido para inibir seletiva e irreversivelmente a enzima CYP17A1, conduzindo assim à diminuição da síntese de androgénios na glândula adrenal, nos testículos e nas próprias células tumorais.» A eficácia clínica

deste fármaco foi demonstrada em vários estudos, nomeadamente nos ensaios de fase III COU-AA-301 e COU-AA-302.

José Palma dos Reis, também moderador deste simpósio-satélite, ressalva que «o acetato de abiraterona tem um papel fundamental nesta área, pois está a contribuir para um cenário de maior otimismo no combate ao CPmRC». Segundo o urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, subsistem, contudo, dúvidas quanto à melhor sequenciação a seguir no tratamento dos doentes com CPmRC. «Cada vez mais

me parece que não encontraremos a sequência terapêutica ideal, mas iremos, sim, perceber qual a mais indicada para uma ou outra situação», afirma Palma dos Reis.

Este urologista admite mesmo a eventualidade de, «dentro de algum tempo, se poder optar por uma associação de fármacos, via que já está a ser investigada». Apesar de tudo, modelos biológicos do cancro da próstata apontam, de acordo com Carlos Rabaça, para que a utilização primária do acetato de abiraterona seja uma terapêutica adequada para os doentes com CPmRC. ■

NOVAS OPÇÕES EM ESTUDO

A Janssen tem feito um investimento significativo na área oncológica, particularmente em relação ao tratamento do cancro da próstata. Segundo Carlos Rabaça, «há outros fármacos em pipeline, nomeadamente em estudos de fase II de um novo antiandrogénico que funcionaria por um mecanismo diferente, mas complementar aos da terapêutica já disponível, inibindo os recetores androgénicos». Tanto estes como outros estudos, particularmente com o acetato de abiraterona, estão a ser dirigidos para as fases mais precoces da doença.

Tal como indica Estêvão Lima, outra opção futura, que está a ser avaliada em ensaios clínicos de fase I, é a combinação do acetato de abiraterona com a enzalutamida. «Tem sido demonstrado, em estudos com células cancerosas de próstata humana, que a administração de glicocorticoides com acetato de abiraterona poderá ativar os recetores androgénicos mutantes que, por sua vez, seriam inibidos pela enzalutamida.» Além disso, o presidente da Comissão Organizadora do Congresso APU 2015 avança que «combinações deste fármaco com outras terapêuticas poderão intensificar a eficácia clínica».