

Aceda à versão digital

UROLOGIA ACTUAL

APU e AEU – uma parceria
de sucesso e com vários
laços científicos

Arnaldo Figueiredo
(presidente da APU)

Hendrik Van Poppel
(vice-presidente da EAU)

Avelino Fraga (presidente da comissão
organizadora do Congresso APU 2017)

Já não há dúvidas de que a Associação Portuguesa de Urologia (APU) tem uma relação estreita com a European Association of Urology (EAU), facto que se comprova com o crescente número de urologistas portugueses que ocupam os mais diferentes cargos na EAU, desde o comité científico, a presidência de secções, os painéis de *guidelines*, os comités de trabalho até ao jornal *European Urology*, entre outros. Além disso, é cada vez maior o número de portugueses que assistem, apresentam trabalhos, moderam sessões e fazem preleções no congresso anual da EAU. No «reverso da medalha», a presença de representantes da sociedade europeia no congresso/simpósio anual da APU tem sido constante nos últimos anos. Nesta edição, a Mesa EAU, que decorre hoje à tarde, recebe Hendrik Van Poppel, vice-presidente da EAU, e James N'Dow, presidente do seu *Guidelines Office* **P.10e11**

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

Instantes





Ficha Técnica

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

Depósito Legal: N.º 338826/12

Edição:



esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Campo Grande, n.º 56, 8.º B, 1700-093 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815 | geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt | f EsferaDasIdeiasLda

Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)

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

Coordenação editorial: Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)

Redação: Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo

Fotografia: João Ferrão ■ **Design/paginação:** Susana Vale

Patrocinadores desta edição:



Update em neoplasia do urotélio/bexiga

A mesa-redonda que decorre entre as 9h45 e as 11h00 abre espaço à discussão das estratégias disponíveis para o tratamento do cancro do urotélio/bexiga, mas também das opções alternativas que começam a demonstrar evidência científica. Segue-se uma síntese do que será abordado por cada orador.



Belmiro Parada, Estêvão Lima e Manuel Oliveira

Terapêutica da neoplasia não músculo-invasiva de alto risco

«A abordagem da neoplasia vesical de alto risco é sempre um tema complexo, pois corremos o risco de perda de oportunidade de cura se optarmos pela atitude conservadora ou de sobretratamento se avançarmos para cirurgia radical. Outra dificuldade reside no facto de ainda não termos indicadores de prognóstico suficientemente eficazes para nos auxiliarem nessa decisão.

É um facto que a imunoterapia intravesical diminui o risco de recidiva. No entanto, em termos de progressão, os resultados são um pouco controversos. Além disso, esta terapêutica necessita que haja uma vigilância endoscópica apertada e os seus efeitos adversos são significativos, fazendo com que seja abandonada em 30 a 40% dos casos.

Por outro lado, para este tipo de doentes, a cistectomia é, sem dúvida, a terapêutica mais eficaz, mas, além do risco de sobretratamento, temos de ter presente que é a cirurgia mais complicada em Urologia, com alto índice de complicações e significativo impacto na qualidade de vida dos doentes, a quem obriga, pelo menos numa fase inicial, a uma readaptação nas suas atividades de vida diária.

Atualmente, começam a surgir outras possibilidades terapêuticas, como a quimioterapia intravesical assistida por termoterapia, que, dentro das várias alternativas em caso de insucesso do tratamento com bacilo de Calmette-Guérin (BCG), é a que apresenta os resultados mais promissores. Apesar de ainda estar em estudo, já começa a ser

reconhecida como uma das opções alternativas nas linhas de orientação da Associação Europeia de Urologia.

Assim, nos doentes de alto risco, devemos começar pelo tratamento conservador com BCG. Nos doentes de muito alto risco, a indicação é para avançar para a cistectomia radical. Em caso de fracasso do tratamento com BCG, a solução será a cistectomia. No entanto, em doentes que recusem ou nos quais esteja contraindicado este procedimento, poderemos experimentar a termoquimioterapia, que promete ter um papel importante no tratamento dos doentes com cancro da bexiga no futuro.»

Manuel Oliveira, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António

► Centralizar a cistectomia

«Há uma tendência internacional no sentido de centralizar a realização de cistectomias. Em determinados países, como Inglaterra ou Itália, esses centros de referência já estão definidos. A verdade é que, em alguns estudos, nomeadamente os realizados em Inglaterra, onde o processo é até mais antigo, já foi demonstrado o benefício em termos de redução de morbilidade e mortalidade com a implementação desta

centralização. Uma questão interessante para o debate é perceber se o benefício decorre apenas da centralização nos hospitais ou se é resultante da concentração em determinadas pessoas.

Nesse sentido, urge perceber se será possível certificar cirurgiões individualmente, partindo da premissa de que um profissional com um volume de doentes muito elevado tem mais experiência e maior capacidade de fazer

o procedimento da melhor maneira, com a consequente redução das taxas de morbilidade e mortalidade. Ou seja, não adianta centralizar num hospital e, depois, não o fazer num cirurgião e em equipas definidas, sendo que o ideal é essa equipa realizar pelo menos 15 procedimentos por ano.» **Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga**

► O lugar da imunoterapia na atualidade

«O cancro do urotélio é um dos mais frequentes não só a nível urológico, como no geral, constituindo, neste momento, um dos mais prevalentes no sexo masculino. Trata-se de uma patologia que coloca desafios muito particulares e que se pode dividir em dois subgrupos: os tumores não músculo-invasivos que, apesar de os doentes terem sobrevividas longas, recidivam com muita frequência, e os tumores músculo-invasivos que, como o próprio nome indica, são profundos, têm uma elevada taxa de mortalidade e, por isso, precisam de tratamentos agressivos, através de cirurgias extirpativas radicais e de terapêuticas adjuvantes e neoadjuvantes. Apesar disso, uma percentagem significativa dos doentes acaba por desenvolver metástases e morrer, pelo que, hoje em dia, preconiza-se a quimioterapia neoadjuvante e, eventualmente, adjuvante em caso de metástases.

Se olharmos para o panorama das doenças uro-oncológicas, verificamos que surgiram muitos medicamentos ao longo dos últimos 10/20 anos para os carcinomas do rim e da próstata. No entanto, o mesmo não sucedeu com o cancro do urotélio, cujo tratamento está exatamente como há 20 ou 30 anos, ou

«Uma percentagem significativa dos doentes acaba por desenvolver metástases e morrer, pelo que, hoje em dia, preconiza-se a quimioterapia neoadjuvante e, em caso de metástases, adjuvante»

seja, só dispomos de cirurgia e de quimioterapia à base de cisplatina. Felizmente, há pouco tempo, surgiram novas opções terapêuticas, como a imunoterapia que, embora ainda não tenha um papel claramente estabelecido, já começa a manifestar evidência que justifica a sua utilização, essencialmente em segunda linha. Os estudos comparativos destes novos fármacos de imunoterapia com outras opções demonstram um aumento da sobrevivência e uma melhoria da qualidade de vida, o que deixa adivinhar um futuro promissor no tratamento do cancro urotelial.» **Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

MENSAGENS-CHAVE

- Melhorar a qualidade das ressecções transuretrais da bexiga (RTU-V), minimizando a taxa de recorrência e os custos associados, passa por sistematizar o procedimento da RTU-V clássica, introduzir novos métodos de ressecção e utilizar técnicas de imagem inovadoras;
- Formas de quimioterapia intravesical assistidas por termoterapia podem assumir-se como estratégias alternativas no tratamento do cancro da bexiga não músculo-invasivo;
- Estudos comparativos demonstram um aumento da sobrevivência e uma melhoria da qualidade de vida nos doentes tratados com imunoterapia em segunda linha no cancro do urotélio;
- A realização de cistectomias deve ser centralizada não só em centros especializados, como também em cirurgiões e suas equipas.

Melhorar a ressecção transuretral da bexiga

«A ressecção transuretral da bexiga, conhecida pela sigla RTU-V, é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em Urologia e, por isso, é muitas vezes subestimada. Desde 1931, altura em que foi desenvolvida, que a ressecção transuretral se mantém como o tratamento de referência do tumor vesical não invasivo – o quinto mais frequente e o mais dispendioso nas sociedades ocidentais. Este facto deve-se, principalmente, ao carácter recidivante do próprio tumor, que exige um seguimento clínico apertado, através da realização de cistoscopias e exames de imagem várias vezes por ano, podendo resultar em ressecções transuretrais no bloco operatório, que são, por vezes, incompletas e

de pouca qualidade, o que origina altas taxas de recorrência. O tratamento intravesical a que os doentes estão sujeitos, que frequentemente se prolonga por meses, também contribui para o elevado encargo que estes tumores acarretam.

O que podemos então fazer para melhorar a qualidade das ressecções transuretrais da bexiga, minimizando a taxa de recorrência e os custos associados? A solução passa por três níveis de atuação: sistematizar o procedimento da RTU-V clássica, incluindo o treino e a supervisão dos médicos mais novos/menos experientes; introduzir, se possível, novos métodos, nomeadamente a ressecção bipolar e a ressecção tumoral em bloco; e utilizar técnicas de imagem inovadoras, como a cistoscopia de

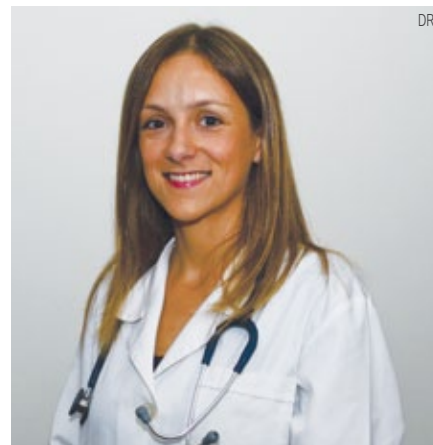


fluorescência e o NBI (*narrow band imaging*), entre outras.» **Pedro Bargão, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora**

Bexiga hiperativa e suas complicações



Miguel Ramos e Luís Abranches Monteiro



Maria João Sá

As consequências da síndrome de bexiga hiperativa (SBH) vão muito para além da própria bexiga. O aumento da frequência urinária, sobretudo durante a noite, pode originar quedas e fraturas, perturbações do sono, disfunções sexuais e até mesmo depressão. É sobre estas complicações e os desafios do tratamento da SBH que vai versar o simpósio-satélite promovido hoje pela Astellas Farma, entre as 12h30 e as 13h15, contando com as perspetivas da Urologia e da Medicina Geral e Familiar (MGF).

Rui Alexandre Coelho

O impacto da síndrome de bexiga hiperativa (SBH) na qualidade de vida dos doentes estará em foco neste simpósio moderado por Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG). Um dos oradores é Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António e secretário-geral da APNUG, que começa por explicar: «As complicações da SBH vão desde a depressão, que se reflete no

isolamento, a disfunções sexuais, que geram discussões e alterações nos relacionamentos.»

As consequências decorrentes do facto de o doente acordar várias vezes durante a noite para ir à casa de banho são particularmente graves. «A falta de um sono reparador deixa o doente permanentemente cansado, o que afeta a qualidade de vida. Além disso, também relacionado com o levante noturno, os doentes mais idosos e com menos mobilidade estão mais expostos ao risco de quedas e eventuais fraturas ósseas, nomeadamente no colo do

fémur», refere Miguel Ramos, que frisa ainda os «problemas dermatológicos relacionados com a incontinência».

Em representação dos cuidados de saúde primários, Maria João Sá, médica de família na Unidade de Medicina Geral e Familiar do Instituto CUF Porto, vai centrar a sua reflexão nos desafios práticos que enfrenta no acompanhamento destes doentes. «A abordagem da SBH não deve limitar-se à bexiga, exigindo a atenção sistemática do médico de família.» Segundo esta especialista em MGF, uma das complicações mais temidas são as fraturas ósseas, pois estes doentes «acordam várias vezes durante a noite com urgência miccional que, associada aos efeitos negativos sobre a cognição de alguns fármacos utilizados no tratamento da SBH, potenciam o risco de quedas».

Depois, os doentes com SBH enfrentam problemas dos foros social e emocional, que também «têm um forte impacto do foro laboral». Neste âmbito, Maria João Sá exemplifica: «Há estudos realizados com doentes entre os 40 e os 65 anos que relatam que a SBH condiciona imenso a escolha dos locais onde se dirigem, porque têm de estar próximos de uma casa de banho. Estes doentes sentem-se ansiosos e até deprimidos, pois estão sempre preocupados com o surgimento de um episódio imprevisto de incontinência.» ■

DESAFIOS DO TRATAMENTO

Como sublinha Miguel Ramos, a síndrome de bexiga hiperativa (SBH) «atinge particularmente as pessoas de idade mais avançada, que têm muitas comorbilidades e tomam vários medicamentos para outras patologias». Por isso, entre as soluções farmacológicas disponíveis, o urologista frisa os agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos, classe à qual pertence o mirabegrom, pois, «ao contrário de alguns anticolinérgicos, que passam a barreira hematoencefálica, não parecem ter um efeito negativo sobre a cognição».

Maria João Sá concorda que é importante ajustar o tratamento da SBH à medicação que o doente já toma para outras patologias, já que «a maior parte dos fármacos usados na bexiga hiperativa pode ter interações importantes com outros medicamentos frequentemente utilizados». Nesse sentido, a especialista em MGF considera que os agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos «têm mostrado um perfil de segurança mais favorável», comparativamente às outras classes farmacológicas existentes para o tratamento da SBH.

Estado da arte do tratamento da litíase

A mesa-redonda dedicada à litíase, a decorrer entre as 11h30 e as 12h30, tem como propósito analisar algumas particularidades do tratamento desta patologia, nomeadamente a avaliação metabólica nos casos de recidiva, as técnicas de desintegração de cálculos com laser e as estratégias para melhorar os resultados das cirurgias percutâneas. Segue-se um resumo do que cada orador vai abordar.

Avaliação metabólica: quando, a quem e como?

«Não tem havido investimento em termos de investigação de fármacos no domínio da prevenção da litíase ou da correção das anomalias metabólicas, por esse motivo não há grandes novidades. Nesse sentido, o que importa discutir neste momento são as actuais recomendações sobre como fazer o estudo metabólico da litíase urinária, quem é candidato a esse estudo e em que situações está indicada a profilaxia farmacológica e dietética no sentido de prevenir episódios recorrentes.

Os doentes com indicação para a avaliação metabólica são os que padecem de litíase recidivante, os que têm carga litíásica elevada e os muito jovens, pois são estes que levantam suspeitas de anomalias metabólicas. A investigação é feita, essencialmente, com estudo bioquímico de sangue e de urina de 24 horas. É também nestes doentes que interessa investir na prevenção, de modo a prevenir episódios recorrentes, infecções associadas, e evitar a evolução para a doença renal crónica.» **Pedro Moreira, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**



Desintegração de cálculos com laser



«A litíase urinária tem uma prevalência crescente e, cada vez mais, o urologista vai ter de estar familiarizado com as técnicas e tecnologias de tratamento. Há alguma investigação de laboratório que tem sido feita nesta área, nomeadamente pelo colega Peter Kronenberg, e que tem trazido alguns *insights* importantes relativamente à tecnologia de desintegração dos cálculos renais com laser *holmium*. Os *settings* do laser podem ser manipulados de forma a otimizar o tratamento, adaptando-os ao tipo de cálculo que pretendemos tratar, bem como ao método pretendido: fragmentação e extração ou pulverização.

Ao alterar as definições do aparelho de laser, nomeadamente a energia de pulso e a frequência, vamos obter resultados distintos, nomeadamente no que respeita à dimensão dos fragmentos produzidos, determinando a necessidade, ou não, de os remover no final do procedimento. As vantagens imediatas de uma e outra técnica têm sido alvo de discussão e, embora haja já alguma evidência em termos de ensaios clínicos, a verdade é que faltam estudos de seguimento que nos permitam avaliar a sua relevância clínica, nomeadamente em relação à litíase residual. Aliás, não existe sequer um consenso relativamente ao método e ao *timing* da avaliação da litíase residual, nem tão pouco a sua definição está estandardizada. São estes aspetos que pretendo colocar à discussão.» **João Cabral, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**

Melhorar os resultados da cirurgia percutânea

«Não nos podemos esquecer de que a litíase é uma doença da civilização. O tempo vai continuar a mostrar-nos que os humanos vão persistir em consumir recursos em excesso e essa fatura terá de ser paga, inclusive biologicamente. Com os avanços tecnológicos que têm surgido, nomeadamente ao nível de intervenções cada vez menos invasivas, a cirurgia percutânea tem perdido algum protagonismo no contexto do tratamento desta patologia. Ainda assim, nos casos de cálculos de grande volume, esta continua a ser a opção mais válida.

Há que pensar no refinamento dos passos, nomeadamente no acesso, que é o primeiro passo da cirurgia percutânea e tem particular importância porque pode condicionar o resultado final, não só em termos de tratamento da doença, como também de potencial para gerar complicações. Neste contexto, é essencial saber selecionar bem os casos para a cirurgia percutânea, é fundamental conhecer as limitações do material disponível e é bom pensar mesmo em inverter o processo, referenciando os casos mais complexos para unidades onde possam ser eficazmente tratados.» **Pedro Monteiro, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz**



O que acrescentam os antagonistas da GnRH?

Esta é a pergunta à qual tentarão dar resposta os intervenientes no simpósio-satélite promovido hoje pela Ferring, entre as 14h30 e as 15h30, que vai traçar as diferenças entre os antagonistas e os agonistas da hormona libertadora de gonadotrofina (GnRH) no tratamento do cancro da próstata. Em destaque estará a supressão mais rápida e prolongada da testosterona, da hormona luteinizante (LH) e da hormona foliculoestimulante (FSH), mas também a superior segurança no sistema musculoesquelético e nos aparelhos cardiovascular e urinário com o degarelix.

Luís Garcia

Embora tenham o mesmo objetivo – a supressão da testosterona em doentes com cancro da próstata metastizado – os agonistas e os antagonistas da GnRH têm formas distintas de atingi-lo, de acordo com os respetivos mecanismos de ação. Segundo Francisco Pina, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e orador neste simpósio, «as diferenças entre ambas as terapêuticas são grandes em vários aspetos, incluindo as comorbilidades associadas à terapêutica androgeniossupressora».

De acordo com o orador, a lista das comorbilidades associadas às terapêuticas com os análogos da hormona libertadora da hormona luteinizante (LHRH) tem aumentado de forma constante, em particular para os doentes metastizados, nomeadamente no respeito ao grupo das demências, da patologia depressiva, da esfera sexual anatómica, do sistema musculoesquelético, da síndrome metabólica, do aparelho urinário, do aparelho respiratório, da doença tromboembólica e do aparelho cardiovascular.



Jorge Oliveira e Francisco Pina

«Para as patologias do sistema musculoesquelético, aparelho urinário e aparelho cardiovascular, os estudos que, até agora, compararam os análogos da LHRH com o inibidor da GnRH apontam para uma menor toxicidade por parte deste último», refere Francisco Pina. Por outro lado, acrescenta o orador, «os estudos dedicados à sobrevivência, embora de curta duração, indicam, geralmente, uma melhoria significativa da sobrevida livre de recidiva bioquímica e uma aparente melhoria da sobrevida global».

Por sua vez, o moderador do simpósio e urologista no Instituto Português de Oncologia do Porto, Jorge Oliveira, resume as principais vantagens dos antagonistas da GnRH em dois pilares: rapidez de ação e segurança cardiovascular. A seu ver, o facto de o degarelix, que pertence a esta classe, permitir atingir níveis de castração 24 horas após a administração é particularmente interessante em situações emergentes. «Perante um doente com metastização óssea exuberante e risco de paraplegia por compressão medular, por exemplo, é necessário efetuar uma castração rápida. Neste caso, ou realizamos uma castração cirúrgica – que, frequentemente, não é possível, devido ao estado do doente – ou

podemos recorrer a este medicamento, sabendo que, 24 horas depois, a testosterona estará em níveis de castração.» Os agonistas da GnRH, pelo contrário, têm um fenómeno de *flare*, ou seja, provocam uma subida dos níveis de testosterona nos primeiros 7 a 15 dias após a aplicação do fármaco, atingindo níveis de castração posteriormente.

Maior segurança cardiovascular

Estudos recentes indicam que a privação androgénica pode levar a um aumento do risco de morte por eventos cardiovasculares (CV), sobretudo em doentes de maior risco. Neste âmbito, segundo Jorge Oliveira, «estudos já concluídos e outros ainda em curso parecem mostrar que o degarelix terá um impacto cardiovascular menor, até com algum aumento da sobrevivência, porque o risco de morte devido a efeitos CV é inferior».

Para o moderador, este aspeto é tão mais importante quanto se sabe atualmente que o cancro da próstata tem grande probabilidade de progressão, apesar dos tratamentos de intuito curativo, como a prostatectomia radical e a radioterapia. «A utilização de hormonoterapia é cada vez mais frequente, porque os doentes duram mais tempo, devido ao maior controlo da doença CV, levando-nos a reequacionar o benefício do tratamento *versus* o agravamento do risco que ele pode representar. Por isso, se dispomos de um fármaco cujos efeitos adversos a nível CV são inferiores em relação ao *standard*, temos de repensar a terapêutica, porque os doentes de risco CV podem beneficiar com estes fármacos e não com a medicação clássica», conclui Jorge Oliveira. ■

MELHORES RESULTADOS COM DEGARRELIX

Uma análise conjunta de cinco estudos prospetivos de fase 3/3B (Klotz L, *et al.* Eur Urol 2014;66:1101-8) demonstrou que o tratamento com degarelix está associado a uma melhoria da sobrevivência livre de progressão bioquímica e a uma menor probabilidade de eventos adversos do foro musculoesquelético, cardiovasculares e do trato urinário, em comparação com os agonistas da hormona libertadora de gonadotrofina (como a goserrelina e a leuprorrelina).



A atualidade da nefrectomia e o impacto das *guidelines*

Momento alto no Congresso APU 2017, entre as 15h15 e as 16h00, a sessão da European Association of Urology (EAU) vai debater dois temas de particular atualidade: o impacto real das *guidelines* na prática clínica e as indicações da nefrectomia parcial *versus* a nefrectomia radical. Os oradores são dois urologistas mundialmente reconhecidos e com cargos de destaque na EAU.

Rui Alexandre Coelho



Hendrik Van Poppel

A EAU tem mantido uma presença regular nos congressos da APU, através da participação de seus altos representantes. Este ano, foi decidido organizar uma mesa-redonda em conjunto com a EAU, que conta com as intervenções de dois destacados representantes, especialistas com uma projeção significativa na Urologia europeia. Um deles é Hendrik Van Poppel, vice-presidente da EAU, cuja preleção vai abordar as situações em que se deve optar pela nefrectomia parcial ou pela nefrectomia radical.

«Muitas massas renais de dimensão reduzida são passíveis de tratamento por nefrectomia parcial, um procedimento que é tecnicamente seguro – seja uma cirurgia por via aberta ou por técnicas de laparoscopia, assistidas ou não por robô»

Hendrik Van Poppel

Com base na evidência científica disponível, este docente de Urologia na Universidade de Leuven, na Bélgica, defende que «os urologistas não devem optar pela nefrectomia total sempre que seja seguro proceder de forma não radical». E explica porquê: «Muitas massas renais de dimensão reduzida são passíveis de tratamento por nefrectomia parcial, um procedimento que é tecnicamente seguro – seja uma cirurgia por via aberta ou por técnicas de laparoscopia, assistidas ou não por robô.»

Além disso, há carcinomas renais maiores e mais complexos que «podem, ainda assim, ter indicação para a realização de cirurgia conservadora dos nefrónios». Por outro lado, na presença de um rim contralateral normal, «a nefrectomia radical só vai promover doença renal crónica com impacto na sobrevivência global em casos excecionais», refere o urologista belga. Para Hendrik Van Poppel, importa ainda sublinhar que «a experiência adquirida pelos centros que realizam um grande volume de nefrectomias parciais torna-os prioritários na resposta aos doentes que precisam imperativamente deste procedimento».

Tratamento baseado na evidência escassa

O outro orador desta sessão é James N'Dow, presidente do *Guidelines Office* da EAU, que é constituído por 20 painéis e 77 especialistas. Segundo o também professor de Urologia na Universidade de Aberdeen, na Escócia, «a Urologia europeia ainda tem um importante caminho a percorrer para oferecer melhores cuidados». É que, atualmente, «quatro em cada cinco doentes não recebem tratamentos médicos baseados na evidência em alguns países europeus». Esta é uma realidade «preocupante», acrescida do facto de a adesão às *guidelines* ser «muito variável» nos Estados-membros da União Europeia, pelo que «é ne-

«Quatro em cada cinco doentes não recebem tratamentos médicos baseados na evidência em alguns países europeus»

James N'Dow

cessário conhecer as razões que levam ao não seguimento das recomendações».

Na sua intervenção, este urologista sediado na Escócia e natural da Gâmbia vai destacar «os desafios que a comunidade urológica enfrenta para conduzir tratamentos baseados na evidência científica»; expor por que motivos a evidência é importante; sugerir as melhores formas de lidar com a evidência conflituosa, «recorrendo a princípios metodologicamente sólidos»; e enumerar as etapas necessárias para harmonizar os cuidados urológicos em toda a Europa.

À frente do *EAU Guidelines Office* desde 2014, James N'Dow lembra que, «na Urologia, as *guidelines* estão envolvidas em todas as áreas, mas algumas têm mais impacto do que



James N'Dow

outras», como é o caso das recomendações na área do carcinoma da bexiga». Este responsável admite que «o conjunto de diretrizes emanadas pela EAU é muito extenso», pelo que, para os urologistas, «é um desafio conhecer todas elas e conseguir selecionar as mais essenciais para cada patologia». Avaliar o impacto das atuais recomendações europeias na prática clínica dos urologistas, para assegurar a mudança de comportamentos, é «uma peça importante no trabalho futuro do EAU Guidelines Office», revela James N'Dow.

Uma «polémica muito interessante»

A presença no Congresso APU 2017 de Hendrik Van Poppel e James N'Dow é motivo de regozijo para Avelino Fraga, presidente da comissão organizadora desta reunião e um dos moderadores da sessão. «Além de dois amigos da APU, são especialistas muito relevantes no panorama da Urologia europeia», diz o também diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António.

«Quando surgem novas diretrizes, que normalmente são apresentadas no congresso anual da EAU, alguns dos procedimentos que executamos no nosso quotidiano clínico mudam, porque as linhas de orientação da EAU o aconselham. Assim acontece no meu Serviço»

Avelino Fraga

Sobre o tema que Hendrik Van Poppel vai abordar, Avelino Fraga considera que conhecer os limites da nefrectomia parcial, isto é, «saber até quando e onde se deve preservar o rim, respeitando os princípios oncológicos, é uma polémica muito interessante do ponto de vista científico na atualidade». Já a propósito do tópico escolhido para a intervenção de James N'Dow, o presidente da comissão organizadora comenta: «Todos os anos, a EAU ou a Associação Americana de Urologia emitem *guidelines* com pequenas ou mesmo grandes mudanças. Com esta preleção, pretendemos perceber a noção que os autores destas diretrizes têm sobre o seu impacto concreto no dia a dia dos

urologistas. É interessante fazer uma reflexão teórica sobre este assunto.»

Partilhando desde já a sua opinião, Avelino Fraga afirma que o impacto das linhas de orientação europeias na prática clínica dos urologistas portugueses é grande. E reforça: «Com muita frequência, pelo menos nos Serviços de Urologia mais atualizados, ou seja, com mais massa crítica, mais urologistas e inseridos em centros universitários, regemo-nos pelas *guidelines*. Quando surgem novas diretrizes, que normalmente são apresentadas no congresso anual da EAU, alguns dos procedimentos que executamos no nosso quotidiano clínico mudam, porque as linhas de orientação da EAU o aconselham. Assim acontece no meu Serviço», remata.

Reforçar o papel dos portugueses na EAU

O outro moderador desta mesa-redonda é Arnaldo Figueiredo, que termina neste congresso o seu segundo e último mandato na presidência da APU, cargo que assumiu em outubro de 2013. A propósito desta mesa-redonda, o também diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra destaca os inúmeros laços científicos que ligam a APU à EAU. «Ao longo dos últimos anos, os urologistas portugueses e associados da APU têm passado pelos mais diferentes cargos na EAU, no comité científico, na presidência de secções, nos painéis de *guidelines*, nos comités de trabalho e no jornal *European Urology*, entre outras responsabilidades.

Além disso, «muitos associados da APU têm representado a EAU em congressos internacionais e têm sido formadores nos cursos da European School of Urology». É uma «parceria de sucesso», mas com margem para evolução, como frisa Arnaldo Figueiredo. «Por exemplo,



Avelino Fraga



Arnaldo Figueiredo

no Congresso da EAU, espera-se que a Urologia portuguesa esteja ainda mais presente na moderação de sessões, na condução de palestras e cursos, na revisão de trabalhos e, de primordial importância, numa mais robusta submissão e apresentação de trabalhos científicos.» ■

OBJETIVOS A ATINGIR NA RELAÇÃO ENTRE A APU E A EAU*

- Realizar um congresso da EAU em Portugal, o que já foi tentada no passado, mas sem sucesso. Arnaldo Figueiredo expressa o desejo de que «as questões logísticas que impediram a concretização deste objetivo no passado tenham sido entretanto ultrapassadas»;
- Estabelecer um acordo com vista à filiação dos urologistas portugueses na EAU, através de um modelo de tarifa de grupo mediada pela APU;
- Fazer com que a APU seja o elo preferencial de ligação entre a EAU e os países de língua oficial portuguesa, especialmente com a Sociedade Brasileira de Urologia.

*Segundo Arnaldo Figueiredo

Atualização sobre a terapêutica médica e cirúrgica da neoplasia renal

Maximizar a preservação da função renal pós-nefrectomia parcial é o mote da primeira intervenção da mesa-redonda que decorre entre as 16h00 e as 16h45. A intervenção seguinte dará conta das mudanças registadas nos últimos anos ao nível do tratamento de primeira e segunda linhas do carcinoma renal metastizado. Os dois oradores avançam algumas das mensagens que vão discutir.

Otimizar os resultados funcionais da nefrectomia parcial

«Uma proporção considerável dos doentes candidatos a nefrectomia parcial apresenta uma função renal de base baixa ou um risco de progressão rápida para doença renal crónica. Neste sentido, a otimização dos vários elementos da técnica cirúrgica da nefrectomia parcial (NP), com o objetivo de maximizar a preservação da função renal, ganha uma importância fundamental. Para o urologista, é especialmente relevante conhecer e atuar nos fatores modificáveis e não modificáveis que, em última instância, afetam os três elementos que definem a preservação da função renal pós-NP: (1) capacidade de recuperação da lesão isquémica; (2) qualidade pré-operatória do parênquima renal; (3) quantidade do parênquima renal preservado.

Assim, a lesão renal isquémica global pode ser minimizada com técnicas *off-clamp* ou de

isquemia seletiva, que podem variar desde a mais simples isquemia regional a técnicas mais complexas, como a oclusão de ramos arteriais terciários ou quaternários. No entanto, a qualidade e a quantidade de parênquima preservado são os preditores mais importantes da função renal após NP, tendo o tempo de isquemia um papel secundário, desde que seja limitado ou que se utilize a isquemia fria. Assim, o volume do parênquima saudável perdido durante a NP pode ser minimizado com recurso a técnicas de enucleação (que parecem ter resultados oncológicos semelhantes às técnicas tradicionais de ressecção em cunha) e reduzindo a quantidade de parênquima renal incorporado na renorráfia.

No que diz respeito às várias abordagens cirúrgicas (aberta, laparoscópica, robótica e termoablação), embora a nefrectomia par-



cial laparoscópica assistida por robô tenha apresentado resultados tendencialmente mais favoráveis em termos de preservação da função renal, não se podem tirar conclusões definitivas devido à baixa qualidade global da evidência.» **Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Evolução no tratamento da patologia metastizada



«No doente com neoplasia renal metastizada, a nefrectomia e a metastasectomia são importantes, quando exequíveis, constituindo, provavelmente, as estratégias com melhores resultados a longo prazo. Quando a metastasectomia não é possível, temos ao nosso dispor a radioterapia estereotáxica hipofracionada. No entanto, quando a nefrectomia citorredutora, a metastasectomia e a ablação das metástases através de radioterapia não resultam, temos ainda o tratamento médico,

que tem sofrido muitas transformações na primeira e segunda linhas terapêuticas, estando ainda por definir a terceira linha ideal.

Nos últimos dez anos, o paradigma do tratamento médico da neoplasia renal metastizada mudou: começámos a utilizar os inibidores da angiogénese, que, na sua maioria, têm a comodidade de serem administrados por via oral. O aparecimento do sunitinib há uma década e, mais tarde, do pazopanib estabeleceu a primeira linha de tratamento. Contudo, a partir de 2017, deu-se uma nova mudança com a introdução de um novo inibidor da angiogénese na primeira linha – o cabozantinib. Este fármaco é semelhante ao sunitinib, ou seja, inibe o crescimento dos vasos sanguíneos, mas, além disso, inibe outros fatores de crescimento que também estarão implicados no crescimento das metástases. Portanto, é um inibidor mais abrangente e mais potente do que os anteriores.

Há dez anos, quando a primeira linha terapêutica falhava, tínhamos os inibidores da

proteína alvo da rapamicina nos mamíferos (mTOR), como o everolimus, para a segunda linha. Depois, passámos a recorrer aos inibidores da angiogénese, como o axitinib. Hoje em dia, dispomos de outro fármaco, o nivolumab, que entrou recentemente no mercado e é uma forma de imunoterapia que está a conquistar o seu lugar na segunda linha terapêutica, prevendo-se que até passe para a primeira linha no futuro. O próprio cabozantinib também está aprovado para tratamento de segunda linha. Mais recentemente, a combinação de lenvatinib com everolimus surgiu como uma hipótese válida, sendo a primeira vez que a combinação mTOR + TKI [inibidor da tirosina-cinase] é usada com sucesso.

A terceira linha de tratamento, em caso de falência das duas anteriores, ainda não está bem definida, podendo ser utilizados diferentes fármacos, tais como everolimus, nivolumab, cabozantinib e outros ainda, como o sorafenib e o axitinib. **André Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto**



Prémios para os melhores cartazes e vídeos



Um momento da apresentação de vídeos...



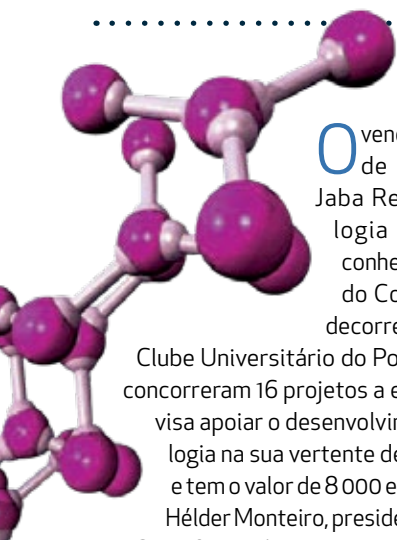
... e outro da apresentação de cartazes

O «cair do pano» sobre o Congresso APU 2017, pelas 12h30 de amanhã, vai coincidir com a entrega dos prémios para os melhores cartazes, patrocinados pela Astellas, e para os melhores vídeos, patrocinados pela Pfizer. Em ambos os casos, serão premiados os três trabalhos mais bem classificados pelo júri, com os valores de 1 500, 1 000 e 500 euros, respetivamente para o primeiro, o segundo e o terceiro. Será ainda entregue o Prémio NIAPU, atribuído pelo Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia ao autor do melhor artigo publicado por um interno durante o último ano. Este prémio, patrocinado pela Jaba Recordati, consiste no pagamento da inscrição no Congresso da Associação Europeia de Urologia.

«Foram submetidos para apresentação neste Congresso 113 cartazes, dos quais 106 foram aprovados, que estão expostos no corredor principal do Congresso», dá conta Hélder Monteiro, presidente da Comissão Científica da APU. Destes, 40 estão a ser apresentados e discutidos em sessões que abrem o programa científico de cada um dos três dias do Congresso (22, 23 e 24 de setembro). No caso dos vídeos, dos 29 candidatos, 25 receberam luz verde para apresentação na tarde de dia 22 e na manhã de dia 24 (entre as 8h00 e as 10h00). ■



Entrega da Bolsa de Investigação APU/Jaba Recordati 2017



O vencedor da Bolsa de Investigação Jaba Recordati Urologia 2017 vai ser conhecido no Jantar do Congresso, que decorre mais logo, no Clube Universitário do Porto. Este ano, concorreram 16 projetos a esta bolsa que visa apoiar o desenvolvimento da Urologia na sua vertente de investigação e tem o valor de 8 000 euros. Segundo Hélder Monteiro, presidente da Comissão Científica da APU, «a escolha do vencedor não foi fácil, pois os trabalhos concorrentes são de enorme qualidade».

De acordo com o regulamento, o bolseiro deverá entregar à APU um relatório da sua ativi-

dade de investigação e/ou prova de publicação dos resultados obtidos num período máximo de 18 meses após receber o apoio. Além disso, os resultados devem ser obrigatoriamente apresentados na principal reunião científica da APU (simpósio ou congresso, conforme o projeto fique concluído em ano par ou ímpar) e submetidos para publicação na sua revista científica, a *Acta Urológica Portuguesa*. É de frisar que em todas as publicações e apresentações dos resultados obtidos deve figurar o patrocínio da APU e da Jaba Recordati.

As condições de participação exigem que o investigador principal seja urologista e associado da APU, em pleno uso dos seus direitos, nomeadamente com as quotas regularizadas. Esta regra estende-se à restante equipa de investigação. A decisão do júri, que é designado pela Comissão Científica da APU, será comunicada aos concorrentes no prazo de

60 dias após a data-limite fixada em cada ano para o envio das candidaturas.

Para os interessados em concorrer às próximas edições da Bolsa de Investigação Jaba Recordati Urologia, fica a informação de que devem enviar para o e-mail da APU (apurologia@mail.telepac.pt) três documentos em formato PDF. O documento n.º 1 deverá conter o resumo do projeto e o orçamento (título, descrição sucinta – máximo de duas páginas –, objetivo, método, mão-de-obra e materiais necessários com respetivos custos, gastos indiretos com a análise estatística, a publicação dos resultados, etc.). O documento n.º 2 deve ter o título do projeto, o nome do investigador principal e da restante equipa e o local de desenvolvimento do projeto. O documento n.º 3 deve conter o título do projeto e o *curriculum vitae* sucinto dos investigadores (máximo de duas páginas para cada). ■

Colégio quer uniformizar formação específica em Urologia

Desde há um ano que está em discussão uma importante mudança no plano de formação específica em Urologia, que se encontra agora em fase final de aprovação. Por proposta do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM), e após discussão na Assembleia-Geral do Colégio que decorreu no XVI Simpósio da APU, «o internato de Urologia passará a realizar-se integralmente em Serviços que disponham de idoneidade formativa de base (anteriormente denominada de total), sendo complementado por um período mínimo de 12 meses em Serviços capazes de dar formação complementar (anteriormente denominada de parcial)», explica **Avelino Fraga, presidente do CEUOM**.

Estas alterações aplicadas ao modelo atual da formação específica em Urologia vão ser hoje debatidas, mais uma vez, entre as 17h15 e as 18h00, na sessão do CEUOM, que deste modo «se coloca à disposição dos colegas para mais esclarecimentos e eventual correção da proposta final». À luz do novo Programa de Formação Específica em Urologia, «entre o

quarto e o sexto ano do internato, os internos vão fazer pelo menos um ano de formação num outro Serviço, de um hospital mais pequeno e periférico – por exemplo, em Guimarães, Aveiro, Leiria, Setúbal, num IPO, etc. –, desde que este seja capaz de proporcionar capacidade formativa complementar».

Esta medida vai «permitir que todos os internos de Urologia conheçam outros Serviços e outras realidades, onde se pratica boa Urologia e existe grande potencial de aprendizagem e de emprego», sublinha o também diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António.

Avelino Fraga afirma que este «é um projeto em fase final de construção, mas está ainda em debate», tendo em conta a melhoria contínua da qualidade formativa na especialidade. Neste momento, pretende-se apresentar a versão final e «discutir qual a melhor estratégia para colocar em prática o novo programa, com a eficácia desejada». O presidente do CEUOM lembra que a mudança «é obrigatória para uniformizar a formação específica em Urologia,



independentemente dos Serviços em que os internos ingressem, proporcionando a TODOS a oportunidade de aprender em outros Serviços e realidades».

Dada a importância desta questão, apesar de a versão final do novo Programa de Formação Específica em Urologia já ter sido debatida e aprovada pelo CEUOM, vai ser colocada à discussão nesta sessão do Congresso APU 2017, pelo que «todas as participações e opiniões serão muito bem-vindas», apela Avelino Fraga. ■

PUB.

PUB.



OPINIÃO

Cirurgia minimamente invasiva na hiperplasia benigna da próstata

Em 1899, Charles Duell, comissário do US Patent Office, declarou que «tudo o que poderia ser inventado já o foi». Em 1981, Bill Gates, presidente da Microsoft, afirmou: «640 KB de memória devem ser suficientes para qualquer pessoa.» No entanto, as duas declarações foram rapidamente seguidas por períodos de significativas inovações e mudanças, algo que os dois não conseguiram prever.

«Nos últimos anos, surgiram múltiplos e novos procedimentos para a HBP, incluindo a enucleação da próstata com laser Holmium (HoLEP) e a vaporização fotosselativa da próstata com laser GreenLight»

Desde a primeira descrição por Joseph F. McCarthy, em 1932, a ressecção transuretral da próstata (RTUP) tem sido, sem oposição, o tratamento cirúrgico standard da hiperplasia benigna da próstata (HBP). A indicação mais comum para o tratamento cirúrgico da HBP são os incómodos sintomas do trato urinário inferior ou baixo (LUTS, no acrónimo inglês) associados à obstrução prostática refratária à terapêutica conservadora ou médica. Desde a introdução do tratamento farmacológico,

verificou-se uma descida da taxa de RTUP, mas este procedimento continuou a ser a cirurgia dominante para HBP.

Tal como em outros campos da Medicina, não se esperava que mudanças significativas acontecessem a breve trecho. No entanto, ao longo da última década, o campo do tratamento cirúrgico da HBP mudou significativamente. Por um lado, testemunhámos o crescimento do número de doentes que procuram ajuda por causa das queixas relacionadas com a obstrução da bexiga devido a próstatas aumentadas. Por outro lado, há uma procura crescente por tratamentos de cirurgia minimamente invasiva (CMI). Nos últimos anos, surgiram múltiplos e novos procedimentos para a HBP, incluindo a enucleação da próstata com laser Holmium (HoLEP) e a vaporização fotosselativa da próstata com laser GreenLight. A eletrocirurgia também evoluiu, incluindo a introdução da RTUP bipolar, seguida da introdução da eletrovaporização bipolar da próstata e, mais recentemente, a enucleação transuretral bipolar. Estas diferentes opções terapêuticas serão colocadas em perspetiva na minha conferência.

Além do recurso à CMI para próstatas de dimensões normais, esta apresentação vai destacar as diferentes opções de CMI para próstatas de tamanho aumentado. O grupo de doentes com próstatas de maior dimensão está em ascensão e a pedir tratamentos menos invasivos, com excelentes resultados e baixa morbilidade. De referir ainda que a comunidade urológica enfrenta um número cada vez maior



Jean de La Rosette

- Diretor do Serviço de Urologia do AMC University Hospital, em Amesterdão, e secretário-geral da Société Internationale d'Urologie
- Preletor da conferência «Estado da arte da cirurgia minimamente invasiva na HBP» (24 de setembro, das 12h00 às 12h30)

de doentes com comorbilidades e um risco mais elevado de hemorragias, uma vez que a toma de medicação anticoagulante está a aumentar. Com muitas opções entre mãos para o tratamento da HBP, os urologistas questionam agora qual será a melhor para os seus doentes. Darei a minha resposta no final da conferência. ■



Associação
Portuguesa
de Urologia

Todos os associados da APU estão convocados para a Assembleia Geral e Eleitoral que decorre mais logo, com início às 18h00, na Sala do Infante do Centro de Congressos da Alfândega do Porto. Na ordem de trabalhos, destaque para a Assembleia Eleitoral, da qual vão sair os novos corpos gerentes da APU para o biênio 2017/2019, recebendo o testemunho da

Nova Direção da APU eleita hoje

atual Direção, presidida por Arnaldo Figueiredo, que esteve mandatada para o biênio 2013-2015 e foi reconduzida no biênio 2015-2017.

Além deste ponto, o último da ordem de trabalhos da Assembleia Geral e Eleitoral, outros quatro estão previstos para discussão. O primeiro será a leitura e a aprovação da ata da Assembleia Geral anterior. Seguir-se-á a leitura e a aprovação dos relatórios de atividade e contas, após a qual haverá um momento de aprovação dos novos associados médicos

e também dos associados institucionais. O quarto ponto, que será lançado antes da eleição da nova Direção, está destinado a «outros assuntos». Na convocatória enviada aos associados, o presidente da Assembleia Geral da APU, Tomé Lopes, deixa a advertência: «Se, à hora marcada, não se verificar a presença do número mínimo de associados estipulado por lei, a Assembleia reunirá meia hora mais tarde, independentemente do número de associados presentes ou representados.» ■



Novos caminhos no tratamento do cancro da próstata

Entre as 10h30 e as 12h00 de amanhã, será a vez de o cancro da próstata assumir o protagonismo, com enfoque nos avanços mais recentes ao nível do tratamento médico desta que é a segunda causa de morte por cancro no homem. Eis o que cada um dos cinco preletores adianta sobre o seu tema.

Importância dos biomarcadores na decisão clínica

«Vou falar sobre biomarcadores de cancro da próstata numa vertente de relevância clínica, centrando-me nos que já estão disponíveis comercialmente e nos que podemos utilizar de forma relativamente fácil para o diagnóstico no âmbito da Anatomia Patológica. Vou apresentar uma categorização dos biomarcadores em termos de relevância na deteção precoce, no diagnóstico do cancro da próstata e na avaliação do prognóstico dos doentes. Estes biomarcadores, na sua maioria, são baseados nas características genómicas dos doentes que foram descritas de forma aprofundada nos últimos cinco a dez anos. Estamos, agora, em condições de começar a fazer transitar esses biomarcadores para a aplicação clínica.» **Rui Henrique, diretor do Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto**



Avanços na imagiologia



«Até há pouco tempo, a ressonância magnética multiparamétrica (RMmp) da próstata era realizada, sobretudo, no contexto do estadiamento da doença oncológica, com o objetivo de determinar a modalidade de tratamento a propor ao doente. Gradualmente, a RMmp da próstata expandiu as suas indicações, tendo atualmente um papel fundamental no rastreio do cancro da próstata em doentes com suspeita desta patologia. A identificação de áreas suspeitas de neoplasia no estudo por RM permite, posteriormente, orientar a biópsia prostática para aquelas localizações, através da utilização de *software* e equipamentos de fusão de imagem de ecografia e RM. Esta tecnologia permite um incremento importante na deteção de doentes com cancro da próstata clinicamente significativos. O futuro próximo da RMmp nesta patologia poderá passar pela associação da tomografia por emissão de positrões (PET) à RM, sobretudo com a utilização de *tracers* Ga^{68} -PSMA.» **Manuel Teixeira Gomes, radiologista no Hospital Lusíadas Porto**

Terapêutica hormonal do cancro metastizado

«O tratamento hormonal foi, desde os anos de 1940, o tratamento *standard* do cancro da próstata metastizado. Atualmente, estamos numa fase de transformação. Os estudos CHAARTED (*Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer*) e STAMPEDE (*Systemic Therapy in Advancing or Metastatic Prostate Cancer*), cujos primeiros dados saíram em 2014 e passaram a integrar a rotina na prática clínica, vieram demonstrar resultados muito bons em doentes com cancro da próstata metastizado. Apesar de hormonossensíveis, parece haver benefício da utilização do tratamento hormonal combinado com a quimioterapia em alguns doentes bem selecionados. Esta foi a grande mudança ocorrida nos anos mais recentes. Entre o final de 2016 e o início deste ano, houve novos desenvolvimentos, com o surgimento da hormonoterapia nos tratamentos de segunda linha, que, até 2016, era reservada ao cancro da próstata metastizado resistente à castração.

As atualizações do estudo STAMPEDE e os novos resultados do estudo LATITUDE (*Abiraterone plus Prednisone in Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer*) demonstram vantagens em termos de sobrevida do tratamento dos doentes com cancro da próstata hormonossensível, principalmente recorrendo ao acetato de abiraterona combinado com a hormonoterapia clássica. Estamos a falar de uma mudança de paradigma importante e até é de esperar que, com os novos fármacos – quer a enzalutamida quer a combinação de enzalutamida com abiraterona –, possa haver novas mudanças no futuro, fruto de ensaios clínicos que já estão a decorrer.» **Isaac Braga, urologista no IPO do Porto**



► Tratamento local do tumor oligometastático



«**T**radicionalmente, o cancro da próstata metastizado era tratado com soluções que apenas atrasavam a progressão da doença, sem prolongar a sobrevida e sem hipótese curativa. Há pouco tempo, começaram a surgir vários estudos que reconhecem o benefício de tratar também o cancro primário da próstata através de radioterapia ou cirurgia quando se encontra no estado oligometastático. Esta opção ainda não tem um nível elevado de evidência, mas têm sido divulgados trabalhos que revelam benefícios ao nível da sobrevida nos doentes com tumor primário que foram tratados. Na prática, esta abordagem já tem sido seguida noutros tumores como os carcinomas metastizados do testículo ou do rim. Mesmo que o cancro já esteja disseminado, há vantagem de sobrevida e, no caso da próstata, também faz sentido que assim seja. Na minha intervenção, vou apresentar o que se tem feito, qual é o tratamento *standard* e tentar explicar que, em alguns doentes selecionados com bom estado geral e poucas metástases, pode-se efetivamente tratar o tumor primário.» **Francisco Botelho, urologista no Hospital de Braga**

Qualidade de vida ou tratamento agressivo?

«**N**os doentes com cancro da próstata, os urologistas têm sempre algumas dúvidas sobre se devem recorrer à radioterapia adjuvante imediatamente após o diagnóstico de uma margem positiva na prostatectomia radical ou optarem apenas pela vigilância e diferirem a radioterapia só para as situações de recidiva bioquímica. Este é um tema ainda em aberto. Os estudos mais recentes neste âmbito já têm alguns anos, sendo que o último, o ARO 96-02 (*Phase III postoperative adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy compared with radical prostatectomy alone in pT3 prostate cancer with postoperative undetectable prostate-specific antigen*), é de 2014. Apesar de não serem muito recentes, estes estudos dizem-nos que há alguma vantagem em termos de sobrevida livre de doença quando se opta pela radioterapia adjuvante depois da prostatectomia radical. Porém, sabemos que a radioterapia nestes casos vai atrasar ou impossibilitar a recuperação dos *endpoints* funcionais, nomeadamente a recuperação da continência urinária e da função sexual. Por isso, há que ponderar muito bem o controlo oncológico e o do antigénio específico da próstata (PSA) *versus* a recuperação funcional, que é muito importante. Estamos a falar de qualidade de vida para muitos anos nestes doentes e o grande dilema é saber se valerá a pena ir atrás de um PSA negativo à custa de uma diminuição da qualidade de vida, ou se não devemos ser mais agressivos em termos oncológicos.» **Tito Leitão, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**



Correr pela saúde da próstata

Porque nem só de ciência deve viver um congresso de Medicina, a comissão organizadora do Congresso APU 2017 preparou a Corrida da Próstata, que vai decorrer amanhã, dia 24 de setembro, com um percurso de cerca de oito quilómetros. O tiro de partida será dado às 7h00, à entrada do Centro de Congressos da Alfândega do Porto. De seguida, os participantes cruzarão a zona histórica da cidade, subindo a rua das Flores; passarão pela estação de São Bento, em direção ao tabuleiro superior da ponte D. Luís e atravessarão o rio Douro até Vila Nova de Gaia. De volta ao Porto, o percurso far-se-á pelo tabuleiro inferior da ponte D. Luís e a meta é o ponto de partida, pois há um congresso para assistir.

Cerca de 500 urologistas e profissionais da indústria farmacêutica são os «convidados» desta corrida que visa sensibilizar para as doenças da próstata e tem como prémio o convívio entre os «atletas». O objetivo é que esta iniciativa perdure, como frisa Avelino Fraga, presidente da comissão organizadora do Congresso APU

2017 e diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António. «Nesta primeira etapa, queremos lançar o embrião da Corrida da Próstata. Aachamos que é uma boa iniciativa para a APU abraçar por muitos anos, alertando para as doenças da próstata. Assim, vamos começar por envolver os participantes no congresso, mas, se esta primeira edição tiver sucesso, pensamos que, nos próximos anos, a corrida poderá também envolver doentes e familiares.»

Para justificar o lançamento desta iniciativa, Avelino Fraga cita o lema do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – «O médico que só sabe Medicina, nem Medicina sabe» –, explicando que «os médicos devem dar o exemplo e cuidar da sua saúde, o que passa pela atividade física». Além disso, o urologista considera necessária a existência de iniciativas que alertem para as doenças que atingem o homem, como o cancro da próstata, à semelhança do que acontece com o cancro da mama, cuja corrida alusiva se orga-

DR



Avelino Fraga, que costuma correr, lança o repto a todos os congressistas para que participem na Corrida da Próstata. O ponto de encontro é em frente à Alfândega do Porto, às 7h00 de amanhã

niza há alguns anos, envolvendo a sociedade civil. Acresce que se dá o caso de o Congresso APU 2017 quase coincidir com a Urology Week (25 a 29 de setembro), que tem entre os seus objetivos a sensibilização para as doenças que afetam a próstata. ■

