

EDIÇÃO ESPECIAL DIÁRIA



XIII SIMPOSIO
APU 2014
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

31 de outubro a 2 de novembro

31 DE OUTUBRO
SEXTA-FEIRA

UROLOGIA ACTUAL



AVANÇOS DA IMAGIOLOGIA NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO

As mais recentes novidades tecnológicas em imagem e visualização no diagnóstico, no estadiamento e no tratamento das doenças urológicas são um dos temas em destaque no programa científico de hoje. Os novos aparelhos de ressonância magnética e a laparoscopia 3D (imagem de capa) são duas das inovações abordadas na mesa-redonda que decorre entre as 9h00 e as 10h30.

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

Técnicas cirúrgicas em vídeo

A experiência prática de seis centros portugueses na realização de cirurgias urológicas diferenciadas está em evidência nas sessões de apresentação de vídeos «Como eu faço...», que decorrem entre as 10h30 e as 11h00 e, novamente, entre as 14h30 e as 15h00. Este formato, que representa uma inovação num Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU), terá continuidade amanhã e no domingo.

Ana Rita Lúcio

O primeiro vídeo é apresentado por Paulo Príncipe, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, que, em sete minutos, se propõe a «mostrar quais as técnicas de sutura e os pontos mais relevantes da nefrectomia parcial laparoscópica». O primeiro passo relativo a este procedimento cirúrgico ocorre ainda no período pré-operatório. «No momento em que é feito o diagnóstico, e perante o nódulo renal com que nos deparamos, há que decidir se se trata de uma lesão passível de ser abordada através de nefrectomia parcial. Caso assim seja, há, igualmente, que aferir se esta pode ser feita por laparoscopia ou se terá de ser por cirurgia aberta», explica Paulo Príncipe.

Tomada essa decisão e eleita a via laparoscópica, a nefrectomia inicia-se com «a exposição do retroperitонеu e a identificação do hilo renal para que, posteriormente, se possa referenciar a artéria renal», como fica patente no vídeo exibido por Paulo Príncipe. A fase seguinte consiste em «identificar a lesão e posicioná-la» de modo a garantir que a colocação postural é confortável. «Tão determinante é a identificação como o posicionamento da lesão», enfatiza o urologista.

Em seguida, a clampagem da artéria renal é também «quase sempre necessária». «Por via laparoscópica, é mais seguro fazer a clampagem da artéria, de modo a minimizar a hemorragia e assegurar uma boa visão», refere Paulo Príncipe.

Por fim, o vídeo põe em evidência a exérese cirúrgica da lesão «com margem correta, segui-



PAULO PRÍNCIPE

da da sutura hemostática e da desclampagem da artéria», remata este orador, que sublinha a importância de correr contra o relógio, sobretudo na parte final da cirurgia. «É crucial que não haja perdas de tempo, porque, após a clampagem da artéria, o rim entra em isquemia e quanto menos tempo assim estiver, menos lesões sofre o restante rim.»

Sacrocolpopexia laparoscópica

No leque de sessões em vídeo apresentadas após o almoço insere-se a intervenção de Frederico Ferronha, responsável pela Área de Uroginecologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, sobre a técnica de sacrocolpopexia laparoscópica.

«Trata-se de uma técnica que, cada vez mais, se afirma na prática clínica, em substituição da promontofixação por via cirúrgica aberta», esclarece o especialista. Exigindo apenas «quatro pequenas incisões», esta abordagem minimamente invasiva visa tratar o prolapso



FREDERICO FERRONHA

dos órgãos pélvicos femininos, «uma patologia frequente, sobretudo em mulheres em fase pós-menopausa múltipara e que pode resultar na diminuição da qualidade de vida e em alterações nas funções urinária, intestinal e sexual».

Nesta preleção em formato audiovisual, são ainda vinculadas as mais-valias deste procedimento, ao qual se reconhecem «excelentes resultados em termos de eficácia, no tratamento desta patologia, bem como ótimas taxas de cura em termos de durabilidade», ressalva Frederico Ferronha. E acrescenta: «Esta alternativa é preferível face à abordagem clássica, por permitir altas mais precoces e pós-operatórios com menos dor e menores comorbilidades, com baixa taxa de complicações associada.»

Destacando-se como uma «técnica disseminada pelo mundo urológico para o tratamento dos prolapso urogenitais», a sacrocolpopexia laparoscópica é uma prática comum da equipa de Uroginecologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Isso mesmo pode ser comprovado no vídeo exibido, no qual são apontados alguns dos pontos-chave da técnica: a algaliação prévia; o uso de uma válvula vaginal de referência; a realização concomitante de uma histerectomia subtotal; a retração lateral da sigmoide; a identificação do ureter direito antes da abertura do peritонеu a nível do promontório até ao fundo de saco; a fixação da rede ao ligamento longitudinal anterior a nível de S1-S2; o uso de duas redes independentes, que permitem tensões distintas na prótese anterior e na posterior; a abertura do espaço vesicovaginal e retovaginal e a sua sutura à prótese; a fixação posterior da rede do promontório com ponto extracorpóreo e o encerramento do peritонеu para não deixar a rede exposta ao conteúdo abdominal. ■

OUTROS VÍDEOS APRESENTADOS

Além da nefrectomia parcial laparoscópica e da sacrocolpopexia laparoscópica, as sessões de apresentação de vídeos de hoje abordam quatro outros procedimentos cirúrgicos em Urologia. Confira:

Entre as 10h30 e as 11h00:

- **Crioterapia renal**, por Eduardo Silva, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa;
- **Cirurgia LESS (laparoendoscopic single site)**, por Arnaldo Figueiredo, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Entre as 14h30 e as 15h00:

- **Prostatectomia radical laparoscópica**, por José Manuel Teixeira de Sousa, do Centro Hospitalar de São João, no Porto;
- **Cistectomia radical laparoscópica**, por Estevão Lima, do Hospital de Braga.

Impacto da imagiologia na abordagem urológica



MANUEL FERREIRA COELHO



MANUEL TEIXEIRA GOMES



JORGE FONSECA

A repercussão dos progressos tecnológicos em imagem e visualização no diagnóstico, no estadiamento e no tratamento das patologias urológicas está em destaque na mesa-redonda que decorre entre as 9h00 e as 10h30.

Ana Rita Lúcio

A primeira mesa-redonda do XIII Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2014 faz jus ao seu tema principal («Novas tecnologias em Urologia»), ao colocar no centro da discussão as inovações tecnológicas no campo da imagiologia. Mais do que uma análise circunscrita às «Novas tecnologias em imagem e visualização», o intuito da sessão é refletir sobre a sua influência na abordagem diagnóstica e terapêutica de doenças como as massas renais e o carcinoma da próstata.

«A maior acuidade do diagnóstico está, seguramente, a precipitar uma melhor decisão terapêutica, quer no campo das neoplasias re-

nais quer no campo do carcinoma da próstata», assegura Manuel Ferreira Coelho, coordenador de Urologia no Hospital da Luz, em Lisboa. Esse aperfeiçoamento das ferramentas tecnológicas conduzirá «a uma otimização dos resultados terapêuticos ao serviço dos doentes».

Abordando o tema «Papel da biópsia nas massas renais», o primeiro orador desta mesa-redonda esclarece que «a biópsia percutânea renal é um procedimento seguro e eficaz, com taxas de acuidade consistentemente acima dos 90%». Os riscos clássicos associados a este procedimento, como as hemorragias com repercussão hemodinâmica e a disseminação tumoral no trajeto da biópsia, apresentam, nas últimas séries, valores insignificantes, com hematomas abaixo dos 2% e disseminação tumoral no trajeto a 0%, o que a torna uma técnica segura.

Essa identificação precisa da patologia e das suas características levará «a uma diminuição do número de tratamentos cirúrgicos agressivos, facilitando uma melhor seleção dos doentes para tumorectomias, a vigilância ativa ou outras opções terapêuticas minimamente invasivas».

De acordo com Manuel Ferreira Coelho, são vários os avanços que abrem caminho a uma mudança de paradigma no tratamento das formas localizadas ou disseminadas das neoplasias, quer do rim, quer da próstata. «Desde as abordagens laparoscópicas/robóticas, até à crioterapia versus vigilância das massas, passando pela cirurgia poupadora de nefrónios, todas estas vias terapêuticas têm sofrido um incremento subs-

tancial nos últimos tempos, fruto do grande impulso dado ao nível da imagiologia e das opções terapêuticas.»

Ainda no âmbito das patologias renais, segue-se a intervenção de Antonio Alcaraz, diretor do Departamento de Urologia do Hospital Universitari Clínic de Barcelona, que incide sobre o tópico «Até onde podemos melhorar a visualização em cirurgia renal». A intervenção deste orador aborda, com mais pormenor, a laparoscopia 3D.

Precisão da ressonância magnética

Convidado para falar sobre o «Papel da ressonância magnética [RM] no diagnóstico e estadiamento do carcinoma da próstata», Manuel Teixeira Gomes, radiologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e no Hospital Lusíadas Porto, defende que o contributo da ressonância magnética multiparamétrica (RMmp) é «crucial na avaliação de doentes com diagnóstico estabelecido ou suspeita de neoplasia da próstata».

Nos casos em que a neoplasia já está confirmada, a realização da RM tem implicações, sobretudo no estadiamento tumoral local. «A possibilidade de localizar, com precisão, os focos tumorais permite observar a sua relação com a cápsula prostática, com os feixes vasculonervosos prostáticos, com as vesículas seminais e com outros órgãos adjacentes. Uma vez fornecida ao urologista, esta informação será fundamental na decisão da atitude terapêutica a propor ao doente», explica Manuel Teixeira Gomes.

AVANÇOS RECENTES

No capítulo dos desenvolvimentos tecnológicos mais recentes, Manuel Teixeira Gomes refere a «possibilidade de fusão em tempo real das imagens obtidas através de ecografia prostática endocavitária com as imagens de RM, permitindo, desta forma, efetuar biópsias ecoguiadas e orientadas para as áreas de maior suspeição na RM». «Esta realidade chegou a Portugal há poucos meses», refere o radiologista.

Este método de diagnóstico imagiológico possibilita, ainda, inferir uma estimativa da agressividade tumoral e tem um papel importante na deteção das recidivas, sobretudo em doentes submetidos a tratamento cirúrgico prévio. No que concerne aos doentes com elevada suspeita clínica ou bioquímica de neoplasia prostática, cujas biópsias prévias revelaram resultados negativos, a RM é também especialmente indicada. «Ao localizar, com precisão, lesões suspeitas de etiologia tumoral, torna-se possível orientar futuras biópsias para as áreas em questão, aumentando a sua capacidade diagnóstica», afirma Manuel Teixeira Gomes.

Do ponto de vista tecnológico, o radiologista elenca, igualmente, «as principais novidades que tiveram enorme impacto na relevância clínica do exame», nomeadamente o desenvolvimento de novos aparelhos de RM de campo mais elevado (igual ou superior a 1,5 Tesla) e o aparecimento de novas sequências de RM, como a imagem ponderada em difusão (DWI, na sigla em inglês), a espectroscopia e a análise dinâmica, após administração de contraste endovenoso. «Estes dados elevaram, de forma exponencial, a capacidade da RM detetar/localizar lesões tumorais e precisar o grau de agressividade das mesmas», remata este orador.

Novo paradigma no carcinoma da próstata

Finalmente, Jorge Fonseca, diretor da Unidade de Próstata do Centro Clínico Champalimaud (CCC), encerra a mesa-redonda com uma preleção sobre «Avaliação da falência terapêutica curativa no carcinoma da próstata». Os objetivos passam por perceber os mecanismos que contribuem para o fracasso da abordagem terapêutica curativa e lançar pistas sobre potenciais alternativas.

O debate recairá sobre a prostatectomia radical e a radioterapia externa radical, as duas terapêuticas mais frequentemente utilizadas no combate ao carcinoma localizado da próstata. Pese embora o «intuito curativo» destas abordagens, refere Jorge Fonseca, «cerca de 30% dos doentes submetidos a uma destas terapêuticas primárias vêm a ter uma recidiva bioquímica da doença, evidenciada por uma subida nos níveis séricos do PSA [sigla em inglês para antígeno específico da próstata]».

Ainda que nem todos os doentes a quem tenha sido identificada uma recidiva bioquímica da neoplasia venham a ter uma progressão clínica da doença, a recidiva após radioterapia externa radical «parece estar associada a um risco mais elevado de mortalidade específica por carcinoma da próstata, quando comparada com a recidiva após prostatectomia radical», acrescenta Jorge Fonseca.

«Enquanto a radioterapia de salvação depois da prostatectomia radical obtém, frequentemente, descidas duradouras do PSA, as opções terapêuticas de salvação depois da radioterapia externa radical não estão tão bem definidas», explica. Deste modo, as diferenças prognósticas no cancro da próstata «podem dever-se ao desafio de administrar uma terapêutica de salvação eficaz, em tempo adequado», adianta o urologista.

Em última análise, o aparecimento de recidivas põe em causa os pressupostos do tratamento, mas também revela as fragilidades do diagnóstico. «O estadiamento do carcinoma da próstata depende, atualmente, de exames de imagem com limitações de sensibilidade, que permitem a persistência da doença por insuficiência diagnóstica ou por insuficiência de eficácia terapêutica nos locais onde a doença foi adequadamente diagnosticada.» Segundo Jorge Fonseca, é possível «que haja sempre alguma persistência da doença abaixo da capacidade de deteção bioquímica, cuja resolução irá depender de um novo paradigma terapêutico».

Considerando que a Urologia figura como uma das especialidades médicas mais permeáveis à atualização de saberes e à adoção de práticas inovadoras, fazendo uso dos constantes desenvolvimentos tecnológicos, o diretor da Unidade de Próstata do CCC não se surpreende com o facto de se terem registado, nos últimos anos, progressos significativos no âmbito do carcino-

ma da próstata, «tanto em conceitos como em tecnologia».

Os meios complementares de diagnóstico colocados ao serviço do estadiamento do carcinoma da próstata são disso exemplo, acrescenta Jorge Fonseca. «Historicamente, o estadiamento era efetuado com tomografia computadorizada [TC] e com cintigrafia óssea – metodologias com baixa probabilidade de detetar a patologia em doentes assintomáticos com níveis séricos de PSA iguais ou inferiores a 20 ng/ml.»



A ressonância magnética multiparamétrica é fundamental para a avaliação de doentes com suspeita de neoplasia da próstata

Hoje, a tecnologia de imagem para estadiamento do carcinoma da próstata recidivado «baseia-se, sobretudo, na ressonância magnética nuclear multiparamétrica [RMNmp] e na tomografia com emissão de positrões [PET, na sigla em inglês], nomeadamente na sua forma integrada ou híbrida com a TC [PET/TC]».

Segundo as normas da Associação Europeia de Urologia, a utilização da RMNmp e da PET/TC-colina é recomendada para o estadiamento do carcinoma da próstata recidivado com níveis séricos de PSA superiores a 1 ng/ml. «No entanto, o papel atribuído a cada um destes exames no estadiamento dos doentes com recidiva bioquímica da patologia para a deteção local, ganglionar ou à distância está ainda por definir», adverte Jorge Fonseca. ■

PUB.



**Mesmo menos
é mais**
Sistema de fita de incisão única

Coloplast Portugal Avenida José Gomes Ferreira, n.º 15 Edifício Atlas IV,
4.º Piso - Fração 0, Miraflores, 1495 - 139 Algés, Portugal
Tel.: (+351) 214 985 400 Fax: (+351) 214 985 409 www.coloplast.com

Altis® **PORGES**
Coloplast division



«As células estaminais são a próxima revolução médica»



Daniel Eberli, diretor do Laboratório de Engenharia de Tecidos para Urologia e Terapia de Células Estaminais da Universidade de Zurique, na Suíça, destaca os últimos avanços da investigação com células estaminais, mas admite que ainda há muito a descobrir nesta área. Em entrevista, o investigador, que profere a conferência «Engenharia tecidual e a sua aplicação em Urologia», entre as 11h30 e as 12h00, afirma que a próxima meta consiste em assegurar a funcionalidade dos órgãos urológicos após o processo regenerativo.

Marisa Teixeira e Sofia Cardoso

Quais os principais progressos da engenharia tecidual e da investigação com células estaminais na última década?

Chegámos à conclusão de que quase todos os tecidos têm uma pequena população de células estaminais que pode ser ativada para apoiar os processos regenerativos. Esta é uma descoberta muito importante, uma vez que as células estaminais embrionárias clássicas são difíceis de obter e a sua aplicação obedece a restrições éticas. As células estaminais adultas têm ainda a capacidade de formar tecido em qualquer das três camadas germinativas e podem ser colhidas em doentes que necessitam de tratamento. Além disso, registou-se uma melhoria significativa das características dos materiais biocompatíveis.

Atualmente, quais são as aplicações clínicas das células estaminais na Urologia?

Existem ensaios clínicos que testam estruturas concebidas para o aumento da bexiga. Outros investigadores também já usaram as células musculares para tratar a incontinência urinária. No entanto, muitos outros estudos estão prestes a ser desenvolvidos para futuras aplicações clínicas.

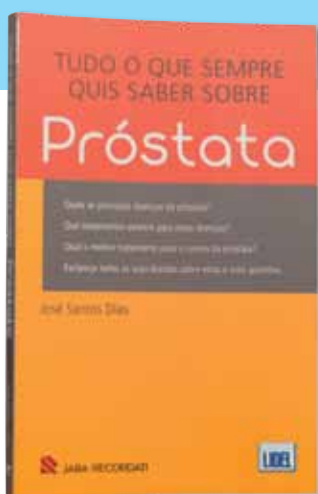
Por que razão não é ainda habitualmente utilizada a engenharia tecidual?

Embora conheçamos as medidas necessárias para o cultivo de órgãos em laboratório, a sua tradução para a aplicação clínica é altamente complexa. A falta de vascularização precoce e

a inervação de muitos órgãos levam à morte do tecido, dificultando o processo regenerativo.

Quais são os principais desafios nesta área?

A funcionalidade dos órgãos urológicos continua a ser um desafio. Em experiências laboratoriais, conseguimos fazer crescer tecido peniano funcional em coelhos, mas a sua tradução para construções maiores, que possam ser utilizadas em seres humanos, ainda não foi conseguida. As células estaminais são a próxima revolução médica, com aplicações em regeneração, imunomodulação e novos tratamentos para o cancro. No entanto, ainda é necessária muita investigação, envolvendo colaboração internacional e grande investimento de tempo e recursos. ■



Novo livro «descodifica» as patologias da próstata

Jaba Recordati, a obra tem como principais públicos-alvo os doentes, os seus familiares, especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) e os internos de outras especialidades..

«Fornecer informação atual e cientificamente exata, com uma linguagem acessível», é o principal objetivo de José Santos Dias, num contexto em que há cada vez mais informação disponível, mas a «desinformação» dos doentes é maior. «Atualmente, os doentes já não podem dizer que existe falta de informação. Mas o problema é que nem sempre é fácil saber distinguir a informação tecnicamente correta, fiável e isenta», explica o autor.

Ao longo de cerca de 100 páginas, o livro aborda várias patologias que afetam a próstata, nomeadamente o cancro, a hiperplasia benigna da próstata e a prostatite. O leitor poderá esclarecer as principais dúvidas sobre sinto-

matologia, prevenção, diagnóstico e tratamento. O autor teve ainda a preocupação de incluir endereços de *websites* úteis e fidedignos que podem ajudar a saber mais sobre as doenças da próstata.

«Embora alguns médicos não entendam muito bem esta “nova abordagem”, os doentes são muito ativos na procura de informação e nós, médicos, não podemos ignorar esta realidade», frisa José Santos Dias, para explicar o principal motivo que o levou a escrever este livro.

A obra será distribuída «em primeira mão» aos participantes deste XIII Simpósio APU e estará à venda em livrarias de todo o País, a partir do próximo mês de dezembro. «Pretendo que este livro seja uma fonte de informação fiável e acessível, podendo ser consultado pelos doentes e familiares», conclui o urologista. ■

Sofia Cardoso

Tudo o que sempre quis saber sobre próstata é o título do novo livro de José Santos Dias, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que é apresentado neste XIII Simpósio APU, mais logo, às 11h00. Publicada pela editora Lidel e apoiada pela



Indicando as dimensões, você se está modificando apenas para o tamanho necessário e não que suprimindo ou acrescentando qualquer função à lista de opções.

Significance: significant vs. frequency; correlation coefficient vs. probability; error

© 2006 by Pearson Education, Inc. All rights reserved. This publication is protected by copyright. Any unauthorized distribution or reproduction of this work is illegal. All other rights reserved. Printed in the United States of America. This book is printed on acid-free paper.

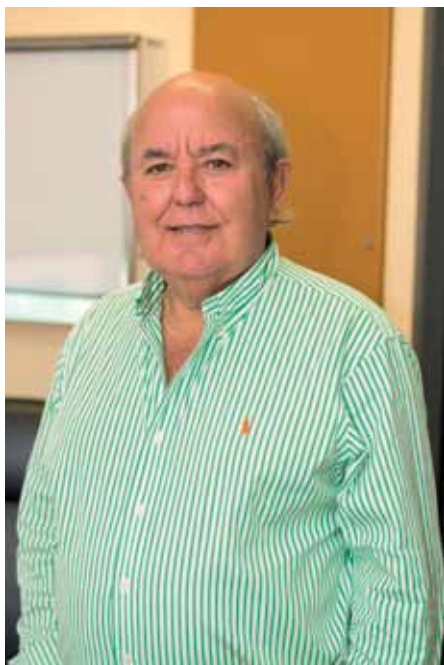


**Il primo e grande dei nostri è, attraverso
poi, il trattamento di lungo periodo.**

[illegible]

1. Resumo das Características do Medicamento Bemiga, abril 2014.
2. Chapple CR, et al. *Eur Urol* 2013;63(2):296-308.
3. Khudr V, et al. *Eur Urol* 2013;63(2):283-95.

Uma revolução tecnológica



A Medicina, a cirurgia e, naturalmente, a Urologia acompanharam todo o desenvolvimento do último século, atingindo uma dimensão de tal ordem que dificilmente será quantificável! Nos anos de 1950, deram-se passos assinaláveis, nomeadamente na cirurgia (transplante renal, microscópio operatório e microcirurgia, cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea e ressuscitação cardiorrespiratória), e, a partir da década seguinte, surgiram a pílula contraceptiva, o *bypass* coronário, o transplante cardíaco, a fertilização *in vitro*, etc. A par disso, foi criado, em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal. Estes avanços fizeram toda a diferença.

A Urologia individualizou-se como especialidade quando Joaquín Albarrán inventou a célebre «unha» que, acoplada ao cistoscópio, passou a permitir o cateterismo uretérico e, posteriormente, a exploração do aparelho urinário superior. A componente endoscópica sempre foi uma das valências principais da Urologia, tanto no âmbito do diagnóstico (uretrocistoscopia e pielografia ascendente) como do tratamento (cirurgia endoscópica).

Outro dos importantes progressos que a Urologia conheceu, também no início do século passado, foi a urografia intravenosa, que veio possibilitar, com grande rigor, a exploração morfológica e funcional do rim e do apa-

relho excretor. A urografia, no dizer de Morais Zamith, professor de Urologia entre 1933 e 1967, “foi uma das mais prodigiosas descobertas dos tempos modernos e veio revolucionar a Urologia”.

Quanto à terapêutica, foi fundamental o desenvolvimento dos antibióticos e o tratamento hormonal do carcinoma da próstata metastizado, conhecido na década de 1940 devido aos trabalhos de Charles Huggins. Além disso, a cirurgia urológica beneficiou dos progressos médicos do pós-guerra, nomeadamente da reanimação, da anestesia e das transfusões. Os urologistas foram ultrapassando as barreiras anatómicas que limitavam o seu campo de ação, familiarizando-se com o intestino, os grandes vasos e alguns aspetos da cirurgia vascular, o que lhes permitiu adotar novas soluções — cistectomias com substituições intestinais, excisão de trombos da veia cava e respetivas plastias, cirurgia da hipertensão vascularrenal, grandes linfadenectomias lomboaórticas e transplantação renal.

Mudança de paradigma

A partir de 1980, o SNS levou à progressiva «funcionalização» dos médicos e à massificação da assistência, com prejuízo dos ideais hipocráticos e da relação médico/doente. As preocupações com o financiamento e a sustentabilidade do SNS tornaram-se crescentemente dominantes, o que levou a restrições e constrangimentos. Por outro lado, a tecnologia

conduziu-nos para um patamar profissional de outro nível, claramente melhor em termos técnico-científicos, mas levando à menorização da Medicina clínica, ao quase abandono da semiologia e à diminuição do contacto com o doente, com reflexos negativos na humanização dos cuidados de saúde.

«A cirurgia laparoscópica tende a substituir progressivamente a cirurgia aberta, que ficará ainda mais limitada a uma opção residual, à medida que a cirurgia robótica se for generalizando.»

Assistimos à substituição da Medicina clínica pela Medicina tecnológica! Esta desenvolveu-se, particularmente, nas décadas de 1980 e 1990. Exemplos disso são a ecografia, a tomografia axial computadorizada (TAC), o teste do antígeno específico da próstata (PSA), a litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC), a ressonância magnética nuclear (RMN), a cirurgia laparoscópica e a robótica.

Graças a estas inovações, a tuberculose urinária praticamente desapareceu e a litíase quase deixou de ser tratada cirurgicamente, deixaram de morrer doentes por falta de diálise e o cancro da próstata passou a ser potencialmente curável. A cirurgia laparoscópica tende a substituir progressivamente a cirurgia aberta, que ficará ainda mais limitada a uma opção residual, à medida que a cirurgia robótica se for generalizando.

Esta é uma revolução baseada no progresso, que alterou o paradigma de tal forma que os grandes mestres da Urologia anterior à tecnologia não a sabiam exercer. Aos especialistas de hoje, como aos de ontem e aos de amanhã, o que lhes é exigido é que cumpram o pensamento de Shakespeare em *Cymbeline*: «Enfrentemos a época, tal como ela se nos apresenta». ■



Realizada pela primeira vez em 1923, a urografia intravenosa é um marco importante na história da Urologia

URORICA

PROVA DO APARELHO DA MENTE



URORICA, S.A. é uma empresa de desenvolvimento e comercialização de jogos de tabuleiro, com foco em jogos de estratégia e de guerra. A empresa possui uma linha de produtos diversificada, incluindo jogos de guerra, jogos de estratégia e jogos de tabuleiro. A URORICA, S.A. é uma empresa de desenvolvimento e comercialização de jogos de tabuleiro, com foco em jogos de estratégia e de guerra. A empresa possui uma linha de produtos diversificada, incluindo jogos de guerra, jogos de estratégia e jogos de tabuleiro.

URORICA, S.A. é uma empresa de desenvolvimento e comercialização de jogos de tabuleiro, com foco em jogos de estratégia e de guerra. A empresa possui uma linha de produtos diversificada, incluindo jogos de guerra, jogos de estratégia e jogos de tabuleiro.



JABA RECORDATI

Ligian Park, E.P.S. Torre C, Piso 3 • 2740-276 Porto Salvo, Portugal
Tel: 21 432 95 00 Fax: 21 933 19 30
www.jaba-recordati.pt
Capital Social de 2.000.000,00 Euros • Contribuinte nº 500492967 matriculada
na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o mesmo número.

Contributo das bolsas da APU para a investigação

Três dos projetos que receberam recentemente uma bolsa da Associação Portuguesa de Urologia (APU), no valor de 8 000 euros cada, vão ser apresentados entre as 18h00 e as 19h00. Os investigadores Belmiro Parada, Vítor Cavadas e Ana Luís fazem o ponto de situação dos respetivos projetos.

Urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) **BELMIRO PARADA**



Tumores vesicais: caracterização citogenética e investigação farmacológica em culturas celulares

cancro da bexiga, uma vez que nos focámos numa abordagem global desta patologia. Começámos com um estudo experimental para, por um lado, fazermos uma caracterização patológica do modelo carcinogénico e estudos de prevenção farmacológica de cancro da bexiga e, por outro, para identificarmos marcadores de diagnóstico e de prognóstico.

Com os conhecimentos retirados desta fase da investigação, passámos, em 2008, para o estudo em humanos. Nesse contexto, tentá-

mos identificar, em vários materiais biológicos — urina, sangue e tumores —, marcadores não invasivos de diagnóstico e prognóstico que nos permitam antecipar, entre os tumores da bexiga, que são heterogéneos, quais os que têm maior propensão para progredirem. Este trabalho poderá permitir que se ajuste a terapêutica da melhor forma possível. Trata-se de uma investigação multidisciplinar, que envolve vários especialistas do CHUC e da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.» ■

VÍTOR CAVADAS Urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

Injeção intraprostática de toxina botulínica tipo A para o tratamento da CPPS

«Sabemos que a síndrome de dor pélvica crónica [CPPS, na sigla em inglês] pode estar relacionada com alterações inflamatórias crónicas da próstata, mas ainda não há estudos definitivos sobre a utilização da toxina botulínica como arma terapêutica. Conseguimos esta bolsa em 2009 e começámos o tratamento de doentes no final de 2010, pois foi necessária uma autorização da Comissão de Ética do Hospital de Santo António, por se tratar de uma terapêutica *off-label*. Há um conjunto de patologias que podem contribuir para esta síndrome, portanto,

começámos por identificar doentes cujo fator principal se encontre na próstata e a tratá-los com injeção intraprostática de toxina botulínica tipo A. Esta terapêutica é administrada com uma dose fixa que, tendo em conta o protocolo, pode ser repetida 12 meses mais tarde, se o doente voltar a ter sintomas.

Os resultados apresentados neste XIII Simpósio APU referem-se a um grupo de dez doentes seguidos há, pelo menos, 12 meses. Entretanto, fomos recrutando outros. Com este estudo-piloto, registou-se uma diminuição da dor e a se-



gurança ficou demonstrada, pois não se verificaram efeitos laterais importantes. Parece existir algum benefício clínico, mas será necessário alargar o número de doentes, o que constitui o nosso principal objetivo.» ■

Interna no Serviço de Anatomia Patológica e investigadora no Instituto Português de Oncologia do Porto **ANA LUÍS**



Determinação do perfil epigenético dos tumores renais

Recebemos a bolsa da APU em 2010, o que nos permitiu arrancar com este projeto, que visa determinar o perfil epigenético dos tumores renais. O nosso principal intuito é tentar caracterizar as diferentes neoplasias que podem surgir no rim, para tentar encontrar novas formas de melhorar o diagnóstico, nomeadamente com biomarcadores moleculares baseados em alterações epigenéticas desses tumores.

Utilizámos tecido de tumores removidos de doentes — 30 benignos (oncocitomas) e 30 de cada um dos três tipos malignos mais

frequentes (carcinoma de células renais de tipo célula clara, carcinoma de células renais papilares e carcinoma de células renais de tipo cromóforo), e identificámos um biomarcador promissor. O próximo passo é a validação dos resultados numa série independente, procurando perceber se este biomarcador pode ser usado em amostras de urina e de sangue, para diagnóstico precoce de doentes com tumores renais, e como exame auxiliar de diagnóstico para biópsias histológicas ou citologias aspirativas de massas renais.» ■

«Faço parte da equipa multidisciplinar que integra elementos dos Serviços de Urologia e Anatomia Patológica e do Grupo de Epigenética e Biologia do Cancro do IPO do Porto.

A TRABALHAR PARA QUE CADA DOENTE ONCOLÓGICO TENHA O TRATAMENTO CERTO.

O Cancro continua a ser um dos maiores e mais duradouros desafios da Indústria Farmacêutica. É por esta razão que o nosso compromisso de continuar a avançar na luta contra o Cancro é mais forte do que nunca. A Pfizer está a trabalhar para desenvolver terapêuticas alvo tendo por base o conhecimento biológico da doença. Isto ajudar-nos-á a direccionar o tratamento certo para a pessoa certa, no momento certo, e a melhorar a vida daqueles que vivem com cancro.



EM CONJUNTO ESTAREMOS MAIS PERTO DA CURA.

Colaboramos hoje com múltiplos parceiros públicos e privados, incluindo Universidades, Fundações e Agências Governamentais e contamos com mais de 1000 cientistas para nos ajudarem a encontrar uma resposta. Saiba mais em pfizer.pt



A trabalhar em conjunto para um mundo mais saudável™

Copyright © 2010 Pfizer Inc. Direitos reservados. A Wyeth foi adquirida pela Pfizer Inc. A integração da Wyeth e da Pfizer a nível local depende ainda do cumprimento de requisitos legais e regulamentares

Nova associação terapêutica para LUTS e HBP

Os avanços no tratamento dos sintomas do trato urinário inferior (LUTS, na sigla em inglês) e da hiperplasia benigna da próstata (HBP) vão ser discutidos no simpósio-satélite «LUTS/HBP: é tempo de pensar mais além», promovido pela Astellas, entre as 12h30 e as 13h15. Nesta sessão, estará em evidência a associação de solifenacina com tansulosina, uma estratégia terapêutica recente para estas condições.

Marisa Teixeira



ARNALDO FIGUEIREDO

Segundo Arnaldo Figueiredo, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e moderador deste simpósio-satélite, «o termo LUTS tem apenas 20 anos, mas entrou rapidamente no léxico médico e contribuiu para reforçar o importante conceito de que as perturbações miccionais são, em si mesmas, inespecíficas em relação à etiologia e ao sexo». Embora a HBP constitua a principal causa dos LUTS no sexo masculino, estes sintomas podem estar relacionados com uma diversidade de patologias. Além disso, como relembra Arnaldo Figueiredo, «uma fatia importante da população feminina apresenta sintomas semelhantes aos habitualmente conotados com a próstata, sendo a prevalência crescente, em ambos os sexos, numa população com cada vez maior esperança de vida».

Tendo como base o tema do simpósio-satélite, Arnaldo Figueiredo ressalva que, «em primeiro lugar, deve-se pensar para além da próstata». E acrescenta: «Mantendo-se obrigatória a investigação sumária destes doentes, no sentido de excluir patologias graves ou estranhas ao aparelho urinário — neoplasias, doenças neurológicas, diabetes, infeções, entre outras —, devemos ter em mente o motivo pelo qual somos procurados pelos doentes: o incómodo causado pelos sintomas».

Segundo o moderador do simpósio-satélite, os urologistas devem adequar a sua estratégia «para ir ao encontro das expectativas dos doentes». «Ou seja, salvaguardando as situações de risco, o nosso principal foco deve ser a melhoria da qualidade de vida dos nossos doentes», remata.

Solifenacina + tansulosina: mais-valias

José Palma dos Reis, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e orador neste simpósio-satélite, vai passar em revista as várias estratégias utilizadas no tratamento dos LUTS e da HBP. «Farei uma perspetiva histórica sobre os tratamentos utilizados originalmente para estas problemáticas, alguns dos quais continuam a utilizar-se, como é o caso dos alfabloqueantes e dos inibidores da 5-alfa-redutase».

Neste seguimento, o orador comentará as terapêuticas de associação que não eram

aconselhadas nas *guidelines* mais antigas, mas que são cada vez mais utilizadas na prática atual: tanto a associação de alfabloqueantes e inibidores da 5-alfa-redutase quanto a mais recente, que reúne no mesmo fármaco um alfabloqueante (tansulosina) e um anticolinérgico (solifenacina). Para José Palma dos Reis, «esta é uma solução que faz cada vez mais sentido».

O aprofundamento de conhecimentos sobre a associação de solifenacina com tansulosina estará a cargo de Philip Van Kerrebroeck, diretor do Departamento de Urologia do University Hospital of Maastricht, na Holanda. «Esta associação tem uma dupla ação na micção e nos sintomas de armazenamento», começa por explicar este orador.

Sabia que...

... de acordo com o estudo ***Epidemiology of LUTS (EpiLUTS)***, cerca de 70% dos homens com mais de 40 anos apresentam sintomas miccionais?

De acordo com Philip Van Kerrebroeck, «nos dois maiores estudos sobre a associação do antimuscarínico solifenacina com o alfabloqueante tansulosina para o tratamento dos LUTS masculinos — SATURN e NEPTUNE I e II —, esta combinação foi estudada em diferentes dosagens de solifenacina (3 mg, 6 mg e 9 mg) com uma dosagem fixa de tansulosina (0,4 mg *oral-controlled absorption system* – OCAS) e comparada com placebo e com cada um dos fármacos em monoterapia».

Estes estudos demonstraram que os doentes que tomaram a combinação de 6 mg de solifenacina com 0,4 mg OCAS de tansulosina obtiveram melhores resultados do que os doentes que tomaram placebo ou um único fármaco. Além disso, ficou comprovada a segurança da associação de solifenacina com tansulosina, bem como o facto de não aumentar o risco de retenção urinária aguda. ■



JOSÉ PALMA DOS REIS



PHILIP VAN KERREBROECK

MANTENHA CONTROLADO O PERIGO DO OPICHA

Opichá é um medicamento utilizado no tratamento de doenças graves, como a insuficiência cardíaca congestiva, a insuficiência renal crônica e a insuficiência hepática. O uso de Opichá deve ser acompanhado de cuidados especiais, pois pode causar efeitos colaterais graves, como alterações no ritmo cardíaco, pressão arterial baixa e problemas de visão. É importante seguir rigorosamente as instruções do médico e monitorar os sintomas de forma constante.

Consulte o médico antes de iniciar o tratamento com Opichá.



Opichá é um medicamento utilizado no tratamento de doenças graves, como a insuficiência cardíaca congestiva, a insuficiência renal crônica e a insuficiência hepática. O uso de Opichá deve ser acompanhado de cuidados especiais, pois pode causar efeitos colaterais graves, como alterações no ritmo cardíaco, pressão arterial baixa e problemas de visão. É importante seguir rigorosamente as instruções do médico e monitorar os sintomas de forma constante.

Consulte o médico antes de iniciar o tratamento com Opichá.

Opichá é um medicamento utilizado no tratamento de doenças graves, como a insuficiência cardíaca congestiva, a insuficiência renal crônica e a insuficiência hepática. O uso de Opichá deve ser acompanhado de cuidados especiais, pois pode causar efeitos colaterais graves, como alterações no ritmo cardíaco, pressão arterial baixa e problemas de visão. É importante seguir rigorosamente as instruções do médico e monitorar os sintomas de forma constante.

Consulte o médico antes de iniciar o tratamento com Opichá.

© 2014 Astellas Pharma Inc. Todos os direitos reservados.



Futuro da radioterapia no carcinoma da próstata



PAULO COSTA

A procura de novas soluções terapêuticas para o carcinoma da próstata dá o mote à mesa-redonda «Radioterapia no século XXI». De acordo com Paulo Costa, coordenador do Departamento de Radioterapia e Oncologia Clínica do Instituto CUF Porto, a quem cabe abordar o papel da radioterapia no carcinoma da próstata de alto risco, «esta é uma área que tem suscitado grandes desafios nos últimos anos, em função dos resultados menos animadores alcançados pelas terapêuticas convencionais». Nessa busca por alternativas terapêuticas, o «futuro passa por adaptar o tratamento de radioterapia, no limite, ao perfil de cada doente», argumenta o orador.

Rumo à «personalização terapêutica», o dilatar do conhecimento sobre a radiobiologia tumoral da próstata, aliado à avançada tecnologia disponível, tem permitido alterar os esquemas terapêuticos vigentes. «É possível ser mais eficaz, do ponto de vista radiobiológico, debitando doses mais elevadas de radiação na área prostática, com menor toxicidade libertada sobre os tecidos envolventes», garante Paulo Costa.

Paralelamente, há que ter em conta os métodos terapêuticos que, «há dez anos, estavam numa fase embrionária e, atualmente, já fazem parte do armamentário clínico diário, como a radioterapia de intensidade modulada, a radioterapia estereotáxica hipofracionada, ou a radioterapia guiada por imagem», exemplifica o especialista.

Esta evolução tem impacto no controlo local e sistémico da doença, sendo frequente associar a radioterapia a outros tratamentos.



DANIEL EBERLI

Nesta matéria, o urologista também espera desenvolvimentos a breve trecho. «Surgirão, seguramente, nos próximos tempos, novas formas de associação da radioterapia, quer com anticorpos monoclonais quer com terapêuticas como inibidores de cascatas de vias intracelulares, que potenciarão o efeito direto da radiação.»

A este respeito, e perspetivando os desafios que se avizinham, Paulo Costa sublinha que só agora se começa a entender «toda a cascata de eventos celulares e intracelulares associada à terapêutica com radiação no carcinoma da próstata». Ao mesmo tempo, estão a ser dados «os primeiros passos» na área da imunologia em associação com a radioterapia. «Descobriu-se, recentemente, que a radioterapia tem um efeito imunomodulador muito elevado a nível do microambiente tumoral, o que significa que, também nesta área, teremos novidades», antecipa.

Terapêutica focal como alternativa

Na intervenção seguinte, Daniel Eberli, diretor do Laboratório de Engenharia de Tecidos para Urologia e Terapia de Células Estaminais, da Universidade de Zurique, na Suíça, elege a terapêutica focal em contraponto às opções atuais para o tratamento do carcinoma da próstata, que comportam maiores riscos. «Estudos internacionais demonstraram que essas opções podem afetar significativamente a qualidade de vida do doente, nomeadamente provocando incontinência e disfunção erétil e proporcionando apenas benefícios marginais de sobrevivência», assegura.

Segundo o especialista, a terapêutica focal é especialmente indicada para doentes de baixo e médio riscos, «que não aparentam ser candidatos ideais ao tratamento por intermédio de cirurgia ou radioterapia». A principal mais-valia desta alternativa terapêutica está em retirar o tecido maligno da próstata por ultrassom focado de alta intensidade (HIFU, na sigla em inglês). «Desta forma, o cancro pode ser controlado sem a necessidade de ablação total da próstata e com efeitos secundários mínimos», refere Daniel Eberli.

Radioterapia diferenciada no tratamento das metástases

Uma abordagem terapêutica diferenciada e individualizada em doentes com carcinoma da próstata metastático em estágio IV é o que defende Oriol Parés, radioncologista no Centro Clínico Champalimad (CCC) e orador que se segue na mesa-redonda. «Neste momento, há evidências suficientes que nos permitem sustentar que nem todos os doentes em fase metastática devem ser tratados da mesma forma», adianta.

Desde logo, há que distinguir «entre doentes oligometastáticos (com doença metastática limitada) e plurimetastáticos (com doença metastática disseminada)», precisa Oriol Parés. «No primeiro caso, dados preliminares de vários estudos indicam que há claros benefícios, tanto em termos de sobrevivência como de controlo local, em abordar o tratamento de forma radical, procurando eliminar os focos de metástase com uma intenção curativa e não apenas paliativa», sublinha.

Indo mais além do que a mera intenção de travar paliativamente a doença, a estratégia terapêutica eleita deve passar por «agir focalmente e não com um tratamento sistémico e generalizado, como se fazia até aqui». Embora estes sejam, ainda, «protocolos pouco maduros e com pouco suporte científico», é sabido, «graças a outros esquemas de doença onco-

NÚMERO

3,5% das mortes por cancro em Portugal devem-se ao carcinoma da próstata, o mais frequente no sexo masculino

Os novos horizontes que se perspetivam na aplicação da radioterapia no carcinoma da próstata, fruto dos recentes avanços tecnológicos, farmacológicos e do conhecimento radiobiológico, serão alvo de análise na mesa-redonda que decorre entre as 15h00 e as 16h30.

Ana Rita Lúcio

lógica não necessariamente urológica, que, ao atacar mais agressivamente a doença metastática, pode existir um impacto benéfico na sobrevivência do doente e na sua qualidade de vida».

«A repercussão do manancial tecnológico faz-se sentir no aumento das expectativas de sobrevivência dos doentes»

Neste aspeto, as soluções tecnológicas — umas já ao alcance da prática clínica, outras em desenvolvimento — têm um papel importante a desempenhar. Isto porque a repercussão de todo este manancial tecnológico se faz sentir no aumento das expectativas de sobrevivência dos doentes, bem como na «minimização dos efeitos secundários que podem ser provocados por este tipo de tratamentos».

A propósito do impulso dado pelas novas tecnologias, Oriol Parés observa, ainda, que «há uma ligação clara entre o tratamento oligometastático e os avanços alcançados neste campo». E acrescenta: «Hoje em dia, não seríamos capazes de colocar altas doses de radiação muito bem conformadas e limitadas, sem deixar que a radiação se dissemine e controlando a toxicidade, se não fosse a precisão conferida pela tecnologia avançada de que dispomos.»

Novos horizontes dos radiofármacos

Com moderação de Avelino Fraga e Carlos Rabaça, urologistas, respetivamente, no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo



ORIO PARÉS

António e no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, esta mesa-redonda conta ainda com a participação de Durval Costa, diretor do Departamento de Medicina Nuclear do CCC, que defenderá o «papel importante» dos radiofármacos no diagnóstico e na terapêutica do carcinoma da próstata. Um papel que se justifica em função da «especificidade funcional e metabólica, a nível celular e subcelular, deste tipo de fármacos».

Nos últimos anos, têm vindo a ser reconhecidos efeitos positivos aos radiofármacos — em particular de estrôncio e de samário — no alívio sintomático da dor. No entanto, estes benefícios não estão isentos de suscitar «alguns efeitos laterais, nomeadamente ao nível da medula óssea», relata o especialista, sublinhando, contudo, que as abordagens terapêuticas com radiofármacos requerem apenas «quantidades ínfimas, na ordem nanomolar e picomolar, para obter os efeitos desejados».



DURVAL COSTA

Atualmente, regista-se uma evolução significativa na capacidade de ação destes agentes farmacológicos que se manifesta em ganhos de sobrevivência para os doentes. «Além de reduzirem os sintomas da dor, os radiofármacos — particularmente o rádio-223 (sob a forma de dicloreto) — permitem-nos, agora, diminuir os sintomas da dor e prolongar a vida dos doentes», afirma Durval Costa.

O rádio-223 é um emissor alfa cuja atuação se circunscreve quase totalmente à célula onde é depositado, o que «reduz muitíssimo os efeitos laterais sobre as células circundantes». «Como as metástases ósseas estão muito perto da medula, os efeitos secundários deste radiofármaco (rádio-223) neste órgão são francamente reduzidos. Essa é uma das grandes vantagens desta nova terapêutica dirigida às metástases ósseas de doentes com carcinoma da próstata resistente à castração», conclui Durval Costa. ■

Ficha Técnica

Depósito Legal: N.º 338826/12

Propriedade:



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:



estera 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
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Coordenação: Luís Garcia
Textos: Ana Rita Lúcio, Marisa Teixeira e Sofia Cardoso
Fotografia: Rui Jorge Design e paginação: Inês Arnedo e Susana Vale

Patrocinadores desta edição:



Notas: Os textos deste jornal estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico. Imagem de capa: cortesia Olympus

NOVO



Tudo os sintomas melhoram e desaparecem rapidamente



Vasomil 8 mg + 0,4 mg comprimidos de Bortezomida modificada Composição qualitativa e quantitativa: Cada comprimido contém uma camada de 8 mg de sucrato de sulfonamida, equivalente a 4,3 mg de sulfonamida e uma camada de 0,4 mg de dióxido de tenosulato, equivalente a 0,37 mg de tenosulato. **Forma Farmacéutica:** Comprimido de Bortezomida modificada. **Indicações terapêuticas:** Tratamento das síndromes de amareloimento moderadas a graves (icterícia, aumento da frequência urínica e de exsantema associados à hepatite benigna do primário (HBP) em homens que não respondem adequadamente ao tratamento em monoterapia. **Posologia e modo de administração:** Homens adultos, incluindo idosos. Um comprimido diário de Vasomil (8 mg + 0,4 mg) por via oral com ou sem alimentos. A dose máxima diária é de um comprimido de Vasomil (8 mg + 0,4 mg). O comprimido deve ser deglutido inteiro, intacto, sem ser trincado ou mastigado. Não esmagar o comprimido. **Contraindicações:** Doença hepática grave (ex: insuficiência hepática) ou a qualquer um dos componentes mencionados na seção 6.1. Doentes agudos e hemodialisados, doentes com comprometimento renal grave, doentes com comprometimento renal grave e que estão

em tratamento com um inibidor potente da citocromo P450 (CYP) 3A4, ex: ciclosporina, doentes com comprometimento hepático moderado a grave e que estão a tomar teofilina com um inibidor forte do CYP3A4, ex: ciclosporina, doentes com perturbações gastrointestinais graves (incluindo megacólon tóxico, intestino preso ou glaucoma de ângulo fechado) e doentes em risco de terem estas situações. Doentes com história de hipotensão ortostática. **Efeitos indesejáveis:** Vasomil pode causar efeitos adversos indesejáveis, geralmente, de gravidade ligeira a moderada. Durante os ensaios clínicos realizados no desenvolvimento do Vasomil, as reações adversas notificadas com maior frequência foram boca seca (0,3%), distensão (0,2%) e diarreia (incluindo de abstinência 2,4%). Outras reações adversas comuns são tonturas (incluindo vertigens 1,8%), náusea (1,2%), fadiga (1,2%) e perturbação de sono (incluindo insónia 0,9%). A reação adversa mais grave observada durante o tratamento com Vasomil em ensaios clínicos, foi a retenção urínica aguda (0,2%, pouco frequente). As categorias de frequência estão definidas da seguinte forma: muito frequentes (≥ 1/10); frequentes (≥ 1/100); +1/100; pouco frequentes (≥ 1/1.000); raras (≥ 1/10.000); +1/10.000;

muito raras (≥ 1/100.000); desconhecidas (não avaliadas com base nos dados disponíveis). Doenças do sistema nervoso: Frequentes: Tonturas. Efeitos indesejáveis: Frequentes: Vômito. Doença gastrointestinal: Frequentes: Boca seca, Diarreia e Distensão. Efeitos dos testes laborais e subclínicos: Pouco frequentes: Prurido. Doença renal e aguda: Pouco frequentes: Retenção urínica. **Data de revisão do texto:** 07/2014. **Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento não compartilhado. Para mais informações, deverá contactar o titular de autorização de introdução no mercado, Astellas Farm, Lda, Sede Social, Logos Park, Edifício 1, Torre C, Piso 4, 2740-245 Porto Salvo, Contribuinte n.º 502542349.**

Referências: 1. Resumo das Características do Medicamento Vasomil (Sulfonamida/Tenosulato), julho de 2014.

PUB-VSO-02TH-02TH

