

EDIÇÃO ESPECIAL DIÁRIA



XIII SIMPÓSIO
APU 2014
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

31 de outubro a 2 de novembro

1 DE NOVEMBRO
SÁBADO

UROLOGIA ACTUAL

UROLOGISTAS DE «OLHOS POSTOS» NA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA



Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

Depois de um primeiro dia em que os mais recentes desenvolvimentos diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos captaram a atenção dos congressistas, o XIII Simpósio APU 2014 prossegue hoje, com um programa científico que debate a vanguarda da prática urológica. A mesa-redonda «Terapêuticas médicas dirigidas inovadoras», que decorre entre as 14h30 e as 16h00, promete ser um dos pontos altos do segundo dia.



Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda.
Estrada Consiglieri Pedroso, 6/A, Queluz de Baixo, 2734-503 Barcarena | Portugal
Sociedade por quotas | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, scib o nº 10526
Capital Social 2.693.508,64 euros | N.º Contribuinte 500 189 412

Curso da ESU sobre cancro da bexiga não músculoinvasivo

«Cancro da bexiga não músculoinvasivo» é o tema da formação organizada pela European School of Urology (ESU), que decorre entre as 9h00 e as 10h45. Juan Palou, diretor da ESU, e Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, são os formadores deste curso.

Sofia Cardoso

Abrir o curso, Juan Palou vai falar sobre os procedimentos indispensáveis no diagnóstico primário do cancro da bexiga, alertando para os principais sinais de alarme e os fatores de risco desta patologia. «A presença de hematuria microscópica ou macroscópica é um sinal de alerta e a sua causa deverá ser investigada. Os doentes com mais de 50 anos e fumadores têm um risco aumentado de desenvolverem esta patologia», sublinha o especialista. Em especial destaque, nesta parte do curso, estarão os principais métodos de diagnóstico, que, de acordo com o presidente da ESU, deverão ser adaptados ao estágio da doença (ver caixa abaixo).

Juan Palou encerrará também o curso, abordando os passos essenciais no *follow-up* da bexiga, da próstata e do trato superior em casos de cancro da bexiga. O orador vai aflorar as técnicas de diagnóstico utilizadas no seguimento destes doentes, como a citologia e a ultrassonografia, bem como as terapêuticas mais adequadas. «A ressecção transuretral da pró-



JUAN PALOU

tata oferece uma resposta mais eficaz relativamente ao BCG [bacilo de Calmette-Guérin] no tratamento do carcinoma *in situ* da uretra prostática», adianta Juan Palou. Frequentemente, o carcinoma *in situ* surge no contexto da doença multifocal da bexiga e requer a realização de uma cistectomia o mais cedo possível, para um acompanhamento adequado.

O tumor do trato urinário superior será outro dos temas em destaque. Segundo Juan Palou, o refluxo, a doença multifocal e o carcinoma *in situ* são fatores de risco para o desenvolvimento de carcinoma do trato urotelial superior. «Embora não esteja estabelecido o controlo do trato superior, é aconselhável fazê-lo, principalmente nos doentes com fatores preditores de doença do trato superior, como o refluxo e a multifocalidade», refere o orador.

«*Risk stratification: how we classify and treat according to the risk of low and intermediate*» é o tema da intervenção dedicada às abordagens terapêuticas dos tipos de cancro de baixo risco ou intermédio, que será ministrada por Belmiro Parada, em substituição de Marko Babjuk, coordenador da Unidade de Urologia Oncológica do Hospital Universitário de Praga. Belmiro Parada abordará também o tratamento primário nos tumores de alto risco na preleção com o tema «*High risk NMIBC: Primary treatment and after BCG failure*».

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

- **Ultrassonografia:** exame não invasivo de sensibilidade muito elevada, especialmente indicado para doentes com tumores com mais de um centímetro de diâmetro;
- **Urografia por tomografia computadorizada:** só está indicada para doentes com tumores localizados na área trigonal, que aumentam a incidência de tumores no trato superior;
- **Cistoscopia:** o *gold standard* no diagnóstico do carcinoma da bexiga, a par da citologia;
- **Citologia positiva:** útil para definir o tratamento mais adequado na fase pós-diagnóstico, tendo uma sensibilidade global de 30%;
- **Ressecção transuretral do tumor:** um dos passos mais importantes para o correto diagnóstico e tratamento do cancro da bexiga. O subestadiamento e a ressecção incompleta não são raras, pelo que é muitas vezes aconselhada a realização de uma segunda ressecção, principalmente nos casos de doença de alto grau e de doença T1. A presença de doença residual tem sido descrita em 70% dos casos;
- **Diagnóstico por fotodinâmica:** procedimento útil para melhorar o diagnóstico de carcinoma *in situ* e detetar pequenos tumores. Diminui a recorrência do tumor;
- **Imagem de banda estreita:** método com alguma evidência comprovada na melhoria do diagnóstico do cancro da bexiga e que continua a provar ser capaz de reduzir as recidivas.



«O tratamento do cancro da bexiga não músculoinvasivo baseia-se na ressecção transuretral do tumor da bexiga e na terapêutica adjuvante, que deverá ser adaptada de acordo com a estratificação de risco», refere Marko Babjuk. «Nos doentes que apresentam tumores de baixo risco, é recomendada uma única quimioterapia intravesical no pós-operatório. No caso dos tumores intermédios, deverá ser realizada a instilação única, seguida de imunoterapia intravesical com BCG ou de quimioterapia intravesical. Já para os doentes com tumores de alto risco, está recomendado o BCG ou, em alguns casos, a cistectomia radical», refere Marko Babjuk. ■



Procedimentos cirúrgicos partilhados em vídeo

Dando continuidade ao inovador programa de sessões de conteúdo audiovisual estreado ontem, mais nove centros portugueses mostram, em formato vídeo, a sua experiência na realização de cirurgias urológicas diferenciadas. Seis destas sessões práticas «Como eu faço...» decorrem hoje, entre as 12h00 e as 12h30 e, de novo, entre as 16h00 e as 16h30. Amanhã, as últimas três apresentações terão lugar entre as 11h45 e as 12h15.

Ana Rita Lúcio



CARLOS FERREIRA

É Carlos Ferreira, interno de Urologia na Unidade de Saúde Local de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano (HPH), quem inaugura o conjunto de sessões vídeo «Como eu faço...» de hoje, partilhando com o auditório o cunho próprio da sua equipa na realização da técnica cirúrgica de ureteropieloplastia laparoscópica. No vídeo, vão estar em evidência as práticas que o Serviço de Urologia do HPH foi aprimorando nos últimos anos. «Esta é uma técnica que temos vindo a privilegiar cada vez mais, evoluindo da cirurgia aberta para a cirurgia laparoscópica», assume Carlos Ferreira. «Deixámos praticamente de recorrer à abordagem por lombotomia, para nos focarmos, quase exclusivamente, nos procedimentos minimamente invasivos.»

Embora a ureteropieloplastia laparoscópica seja, na opinião de Carlos Ferreira, «uma cirurgia com uma grande curva de aprendizagem», por compreender alguns aspetos delicados, como a necessidade de sutura intracorpórea e a eventual colocação de cateteres intraoperatórios, a sua realização «já se vai generalizando na maior parte dos serviços de Urologia portugueses».

Prolapso de órgãos pélvicos

No período da tarde, será José Eduardo Cardoso de Oliveira, chefe de serviço de Urologia no Hospital do Espírito Santo, em Évora, a apresentar um vídeo sobre «Prolapso de órgãos pélvicos». «O nosso Serviço é um dos que têm maior experiência no implante de próteses do pavimento pélvico», garante o urologista.

Em análise vai estar o caso de uma doente já previamente hysterectomizada, com prolapso total da cúpula vaginal, «a quem foi aplicada uma prótese total do pavimento pélvico exclusiva-



JOSÉ EDUARDO CARDOSO DE OLIVEIRA

mente por via transvaginal», adianta Cardoso de Oliveira. O vídeo deixa patentes as particularidades da técnica utilizada, designadamente o facto de nunca se usar o canivete elétrico e praticamente não se recorrer à tesoura. «Faz-se uma dissecação romba – aquilo a que, em inglês, se chama *blunt and sharp dissection*», acrescenta.

«Quando bem praticado, este procedimento tem poucas complicações e resultados muito positivos. A recuperação rápida é uma vantagem desta técnica praticada sem incisão abdominal, exclusivamente por via transvaginal, em que a doente tem alta 24 a 36 horas após a cirurgia», advoga Cardoso de Oliveira.

Peyronie

Na manhã do último dia do XIII Simpósio da APU estará ainda contemplada a apresentação de um vídeo por Renato Mota, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, na qual será destacada a abordagem cirúrgica à doença de Peyronie. As imagens retratarão «o caso de um doente relativamente jovem, com um encurvamento peniano com dois anos de evolução, associado a fimose». Estando em causa um encurvamento com estabilização do ângulo de curvatura, optou-se pela realização de uma plicatura.

«A abordagem depende das características do doente, do grau de angulação, do comprimento do pénis e da presença ou ausência de disfunção erétil», sublinha Renato Mota. No caso em análise, «não havia queixas de disfunção erétil associadas, a angulação era na ordem dos 35 graus, o doente evidenciava rigidez peniana adequada para penetração e um comprimento do pénis que permitia a realização de uma plicatura». ■



RENATO MOTA

OUTROS VÍDEOS EM EXIBIÇÃO

Além da ureteropieloplastia laparoscópica, do implante de próteses do pavimento pélvico e da plicatura, as sessões de vídeo «Como eu faço...» de hoje e amanhã contemplam mais seis técnicas cirúrgicas:

HOJE

Entre as 12h00 e as 12h30:

- **Braquiterapia prostática:** por Rui Campos Sousa, do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures;
- **Suprarrenalectomia laparoscópica:** por João Varregoso, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora.

Entre as 16h00 e as 16h30:

- **Sling na incontinência urinária masculina:** por Rui Versos, do Centro Hospitalar do Alto Ave/Unidade de Guimarães;
- **Neuromodulação e neuroestimulação:** Paulo Vale, do Hospital Garcia de Orta, em Almada.

AMANHÃ

Entre as 11h45 e as 12h15:

- **Vaso-vasostomia:** por Vítor Oliveira, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;
- **Uretroplastia:** por Francisco Martins e João Marcelino, do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

NOVO



Novo medicamento para o tratamento da hipertensão

Vescomil 5 mg + 0,4 mg comprimidos de Valsartana modificada Composição qualitativa e quantitativa: Cada comprimido contém uma camada de 5 mg de succinato de valsartana, equivalente a 4,5 mg de valsartana e uma camada de 0,4 mg de cloridrato de tamsulosina, equivalente a 0,37 mg de tamsulosina. **Forma Farmacêutica:** Comprimido de Valsartana modificada. **Indicações terapêuticas:** Tratamento das sintomas de armazenamento moderadas a graves (urgência, aumento da frequência urinária) e de esvaziamento associados à hiperplasia benigna da próstata (HBP) em homens que não respondem adequadamente ao tratamento em monoterapia. **Posologia e modo de administração:** Homens adultos, incluindo idosos. Um comprimido diário de Vescomil (5 mg + 0,4 mg) por via oral com ou sem alimentos. A dose máxima diária é de um comprimido de Vescomil (5 mg + 0,4 mg). O comprimido deve ser deglutido inteiro, intacto, sem ser trincado ou mastigado. Não esmagar o comprimido. **Contraindicações:** Doença hepática grave (doença hepática crônica) ou a qualquer um dos excipientes mencionados na seção 6.1. Doentes sujeitos a hemostáticos, doentes com comprometimento hepático grave, doentes com comprometimento renal grave e que estão

em tratamento com um inibidor potente do citocromo P450 (CYP) 3A4, ex.: cetuximab, doentes com comprometimento hepático moderado a grave e que estão a tomar terapia com um inibidor forte do CYP3A4, ex.: cetuximab, doentes com perfuração gastrointestinal grave (incluindo megacolon tóxico), miopia grave ou glaucoma de ângulo fechado e doentes em risco de terem estas situações, doentes com história de hipotensão ortostática. **Efeitos indesejáveis:** Vescomil pode causar efeitos anticolinérgicos indesejáveis, geralmente, de gravidade ligeira a moderada. Durante os ensaios clínicos realizados no desenvolvimento do Vescomil, as reações adversas notificadas com maior frequência foram boca seca (0,5%), distensão (0,2%) e diarreia (incluindo dor abdominal) 2,4%. Outras reações adversas comuns são tontura (incluindo vertigem) 1,4%, náusea (1,2%), fadiga (1,2%) e perfuração da epiglote (incluindo epigloteite) 0,1%. A reação adversa mais grave observada durante o tratamento com Vescomil em ensaios clínicos, foi a retenção urinária aguda (0,3%, pouco frequente). As categorias de frequência estão definidas da seguinte forma: muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$), +1/100, pouco frequentes ($\geq 1/1.000$), +1/1000, raras ($\geq 1/10.000$), +1/10.000.

muito raras ($\geq 1/10.000$), desconhecidas (não avaliáveis com base nos dados disponíveis). **Quedas do sistema nervoso:** Frequentes: Tonturas. **Distúrbios oculares:** Frequentes: Visão turva. **Quedas gastrointestinais:** Frequentes: Boca seca, Diarreia e Náusea. **Distúrbios das secções inferiores e subcutâneas:** Pouco frequentes: Prurido. **Quedas renais e urinárias:** Pouco frequentes: Retenção urinária. **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 5, Torre C, Piso 4, 2740-240 Porto Salvo, Contribuinte n.º 502540249.**

Referências: 1. Resumo das Características do Medicamento Vescomil (Valsartana/Tamsulosina), julho de 2014.

PUB-VSO-SETHA, SE714

Nova resposta farmacológica ao carcinoma da próstata resistente à castração

A alternativa terapêutica que o acetato de abiraterona (primeiro e único inibidor da biossíntese dos androgénios) representa no combate ao carcinoma da próstata resistente à castração estará em evidência no simpósio-satélite promovido pela Janssen, que decorre entre as 12h30 e as 13h15.

Ana Rita Lúcio



ENRIQUE DE LA PEÑA



JOSÉ PALMA DOS REIS

Antes da reflexão no aparecimento de terapêuticas alternativas, a mudança de paradigma na abordagem ao carcinoma da próstata resistente à castração começou por se fazer sentir no desenvolvimento de novos conceitos que permitiram alargar o conhecimento disponível acerca da patologia. Inicialmente denominado de «hormonorresistente», este estágio avançado de evolução do carcinoma da próstata não dispunha de «uma opção terapêutica com clara tradução na sobrevivência global», afirma Enrique de la Peña, urologista no Hospital Universitario Fundación Alcorcón, de Barcelona, convidado a intervir como orador, no simpósio-satélite «Zytiga e a sua utilização no tratamento de doentes com cancro da próstata».

«Em 1996, Ian Tannock publicou os primeiros dados sobre os benefícios da quimioterapia com administração de mitoxantrona. Foi preciso passar quase uma década até que o mesmo autor pudesse comparar esses dados com outra molécula, o docetaxel, deparando-se com evidências que contrapunham, claramente, a ideia de que o cancro da próstata não era quimiossensível», recorda o orador. Esta descoberta foi importante ao abrir a porta à investigação fundamental não só sobre o próprio tumor, mas também sobre as alterações no eixo de sinalização dos receptores de androgénio que continuam a desempenhar um papel significativo no crescimento das células cancerígenas, apesar dos níveis de castração dos androgénios circulantes.

O resultado dado por estes passos firmes na investigação está à vista, garante Enrique de la Peña: «Em apenas dois anos, entraram na nossa prática clínica seis novas opções de tratamento.»

«A evidência clínica que emergiu dos estudos dos novos fármacos veio, igualmente, demonstrar que os tumores resistentes à castração convencional ainda eram suscetíveis de controlo através da manipulação de vias alternativas do sistema hormonal», acrescenta José Palma dos Reis, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, moderador deste simpósio-satélite. O aparecimento de respostas terapêuticas inovadoras obriga a caracterizar os doentes segundo critérios definidos e a pensar o carcinoma da próstata resistente à castração não como uma única doença, mas como «um mosaico de situações clínicas agrupadas debaixo de um mesmo nome», continua Enrique de la Peña.

Para cada um desses cenários, há que contemplar uma estratégia terapêutica distinta. É aí que o acetato de abiraterona desempenha um papel, «ao permitir oferecer uma terapêutica farmacológica de administração oral, sem dependência hospitalar, com elevada tolerabilidade e um impacto direto na sobrevivência dos doentes», advoga o especialista espanhol.

Bloquear a produção de androgénios nas várias fontes

Para crescer e se disseminar, o tumor mune-se dos androgénios fornecidos pelo organismo. Apesar de procurar inibir a produção destas hormonas, a terapêutica de privação androgénica mais convencional revela-se, no entanto, insuficiente, ao atuar apenas sobre uma fonte de produção androgénica: os testículos. «Assim se justifica que a resposta ao bloqueio hormonal não seja permanente», explica José Palma dos Reis. Além dos testículos, há que atuar também sobre as glândulas suprarrenais e o próprio tumor, igualmente produtores destas hormonas.

Existe, portanto, uma clara necessidade de inibir a síntese de androgénios nestas fontes de forma a suprimir o crescimento tumoral mediado por androgénios e a consequente progressão da doença.

Essa é a premissa de ação do acetato de abiraterona que, uma vez convertido em abiraterona no organismo, é capaz de inibir seletivamente a enzima CYP17 (17 α -hidroxilase e C17,20 liase), essencial à biossíntese androgénica nos tecidos testicular, suprarrenal e tumoral prostático. «Desta forma, torna-se possível regular o microambiente androgénico, um controlo que vem reescrever a história natural do carcinoma da próstata resistente à castração, graças às modificações que imprime sobre o receptor androgénico», considera Enrique de la Peña.

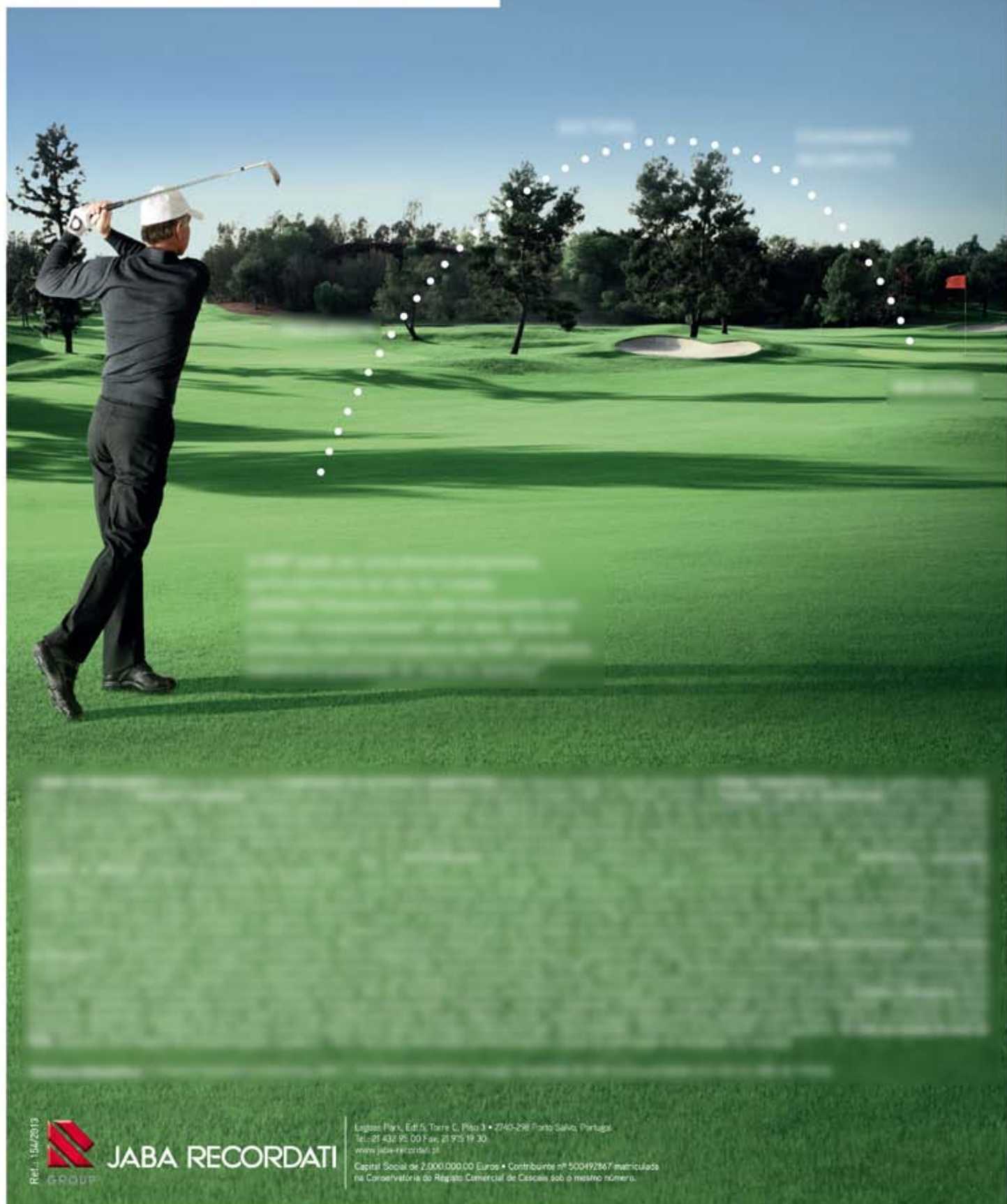
«Este bloqueio provoca ainda uma diminuição na produção suprarrenal da hormona adrenocorticotrófica [ACTH, na sigla em inglês], surtindo efeitos mineralocorticoides que serão combatidos pela ação de um corticoide de administração exógena, a prednisona», adianta ainda o urologista. Associar a prednisona ao acetato de abiraterona suprime o estímulo da ACTH e contribui para a reposição dos níveis fisiológicos de cortisol. ■

ABIRATERONA EM ESTUDO

Relativamente às evidências que sustentam as mais-valias da abiraterona na resposta terapêutica ao carcinoma da próstata resistente à castração, Enrique de la Peña cita os ensaios clínicos COU-AA-3011 e COU-AA-3022, «que abordam dois cenários distintos dentro da mesma patologia». O primeiro incide sobre os benefícios da associação da abiraterona com a prednisona em termos da sobrevivência global em doentes que já receberam docetaxel. Já o segundo versa sobre a administração da mesma associação em doentes antes da quimioterapia: neste caso, concluiu-se que existe um benefício, estatisticamente significativo, de sobrevivência global (mais 4,4 meses), associado a um perfil de segurança e tolerabilidade favorável, sem novos sinais de segurança, mesmo após mais de 4 anos de seguimento.

UPOREČNA

POREČNA



Ref.: 154/2013
GROUP

JABA RECORDATI

Lugares Park, Edif. Torre C, Piso 3 • 2740-296 Porto Salvo, Portugal
Tel.: 21 432 95 00 Fax: 21 975 19 30
www.jaba-recordati.pt
Capital Social de 2.000.000,00 Euros • Contribuinte nº 500492867 matriculada
na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o mesmo número.



Novas abordagens das terapêuticas dirigidas

ANTONIO ALCARAZ

Diretor do Departamento de Urologia do Hospital Universitari Clínic de Barcelona



Carcinoma da próstata resistente à castração

Há que destacar o facto de alguns destes fármacos terem baixo perfil de toxicidade, sendo muito bem tolerados pelos doentes. O carcinoma da próstata metastático sempre foi abordado com tratamento hormonal – a única resposta terapêutica disponível até há bem pouco tempo. No entanto, atualmente, existem novas terapêuticas hormonais que se distinguem por permitirem alcançar os mesmos resultados reconhecidos a medicamentos citotóxicos, como a abiraterona ou a enzalutamida.

Estes medicamentos terão grande repercussão ao permitirem que, nesta fase, o doente viva mais e, por outro lado, continue a ser tratado pelo urologista. Espera-se, naturalmente, que haja uma colaboração com o oncologista, mas o urologista continuará a desempenhar um papel decisivo – como, de resto, sempre lhe coube no tratamento dos

doentes com carcinoma da próstata resistente à castração.

Importa ter também em consideração os avanços registados em imagiologia, nomeadamente na forma como as imagens 3D vieram encurtar a distância entre a cirurgia laparoscópica e a cirurgia robótica. Com uma tecnologia muito mais acessível, como a laparoscópica, é possível, agora, alcançar resultados muito próximos dos que se alcançam com a tecnologia robótica.

Temos ainda assistido a outros desenvolvimentos tecnológicos de relevo no campo da ressonância magnética que, num futuro próximo, permitirão identificar zonas distintas na próstata e, deste modo, tratar não todo o órgão, mas apenas áreas específicas, recorrendo à terapêutica focal. Na próxima década, vamos, aliás, assistir a desenvolvimentos significativos no âmbito da terapêutica focal. ■

Registou-se uma verdadeira revolução, nos últimos quatro anos, com o aparecimento de cinco novos medicamentos que permitem aumentar a sobrevivência dos doentes com carcinoma da próstata resistente à castração, ou seja, na fase final da doença. Trata-se de um reforço do armamentário terapêutico muito importante que se refletiu na forma como, nos últimos anos, praticamente se conseguiu duplicar os índices de sobrevivência destes doentes.

Diretor do Programa de Melanoma do Centro Integral Oncológico Clara Campal, em Madrid

EMILIANO CALVO

Carcinoma de células renais metastizado

«**O** everolimus, um inibidor da mTOR [mammalian target of rapamycin], e o axitinib, um inibidor da tirosina-cinase, são as únicas opções pós-primeira linha para o carcinoma de células renais metastizado (CCRM) aprovadas atualmente. A extrapolação de estudos robustos de fase III sugere que a sobrevivência livre de progressão média é semelhante entre estes dois fármacos.

Isto traduz-se num dilema para o planeamento do tratamento médico em doentes com CCRM. Devem ser tratados com uma sequência de inibidores da tirosina-cinase/mTOR ou tirosina-cinase/tirosina-cinase? A falta de dados comparativos diretos entre o axitinib e o everolimus deixa os especialistas sem uma orientação clara sobre qual a melhor escolha para a terapêutica de segunda linha.

Em estudos de fase III, tanto um fármaco como o outro mostraram retardar a progressão da doença. No entanto, a toxicidade cumulativa na utilização sequencial do inibidor da tirosina-cinase pode resultar em mais interrupções no tratamento, na redução da dosagem ou no aumento da probabilidade de eventos adversos. Por outro lado, enquanto o everolimus revela uma maior tolerância, o axitinib demonstra uma taxa superior de resposta, sendo a sobrevivência livre de progressão similar.

A superioridade comprovada não pode ser utilizada como uma diretriz na seleção da sequência de tratamento do CCRM. Em vez disso, a planificação terapêutica obriga-nos a ter uma visão de longo prazo, tendo em conta a qualidade de vida e o equilíbrio entre o controlo dos sintomas, a gestão de eventos e a tentativa de evitar interrupções desnecessárias de fármacos ou



redução de doses. Na ausência de terapêuticas curativas, manter a qualidade de vida do doente é o principal objetivo ao longo do tratamento e optar por um fármaco de segunda linha capaz de alcançá-lo, com a diminuição de efeitos adversos, deve ser uma prioridade.» ■

Infeção, disfunções miccionais, carcinoma de células renais metastizado e cancro da próstata resistente à castração são os assuntos discutidos, entre as 14h30 e as 16h00, na mesa-redonda «Terapêuticas médicas dirigidas inovadoras». Os oradores desta sessão antecipam algumas das mensagens-chave.

PAULO DINIS

Chefe de serviço de Urologia no Centro Hospitalar de São João, no Porto



Disfunções miccionais

«A minha apresentação aborda as terapêuticas inovadoras orais para os sintomas do trato urinário inferior (LUTS, na sigla em inglês) masculino e a bexiga hiperativa idiopática. Ainda estamos longe de compreender a origem dos LUTS, quer numa quer noutra situação. No homem, até há pouco tempo, acreditava-se que estes eram exclusivamente resultantes da hipertrofia benigna da próstata (HBP). No entanto, a correlação entre os LUTS e a HBP é fraca. Os sintomas parecem ter uma origem múltipla, incluindo em vários dos compo-

nentes da parede vesical e no sistema nervoso autónomo, de tal modo que hoje se designam por sintomas não neurogénicos do trato urinário inferior masculino (NNMLUTS, na sigla em inglês) e já não por LUTS/HBP. Os fármacos concebidos para atuar na próstata – os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE-5), utilizados para o tratamento da disfunção erétil (DE) – estão neste momento claramente acreditados nos NNMLUTS, sendo eficazes mesmo sem a presença de DE. Começam também a prescrever-se os fármacos antimuscarínicos para estes problemas, ultrapassando-se o temor que alguns urologistas o tinham por, alegadamente, estes medicamentos causarem retenção urinária no homem – algo que não é fundamentado pela evidência.

A despertar grande interesse está a utilização combinada de fármacos, sobretudo os bloqueadores alfa com outros, como os inibidores da PDE-5, os antimuscarínicos ou os agonistas beta-3 adrenérgicos. A utilização de um antimuscarínico e de um bloqueador alfa na mesma apresentação aumenta substancialmente a taxa de sucesso

em doentes resistentes aos bloqueadores alfa isolados e/ou com sintomas de armazenamento.

Quanto à hiperatividade vesical idiopática, uma patologia que afeta os dois sexos, os últimos progressos prendem-se com a utilização dos agonistas beta-3 adrenérgicos, que são uma inovação muito esperada nesta área – e a primeira em 30 anos. Os fármacos de primeira linha (antimuscarínicos), apesar de eficazes, têm uma taxa de abandono elevada devido a efeitos laterais. Os agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos – mirabegrom disponível, outros em fases de estudo – apresentam eficácia semelhante aos antimuscarínicos com efeitos laterais reduzidos. Estão já concluídos, ou a decorrer, estudos preliminares que visam a associação de mirabegrom com antimuscarínicos ou alfabloqueantes, para o tratamento dos NNMLUTS e da síndrome de bexiga hiperativa. Outro dos alvos terapêuticos estão ainda em fase experimental, como as vias de inflamação, os recetores vanilóides e canabinóides, a via da Rho-cinase ou os recetores da vitamina D.» ■

Urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

BELMIRO PARADA

Controlo das infeções em Urologia

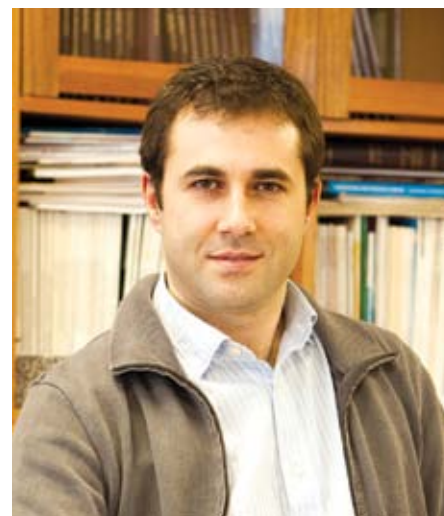
«Destacar a problemática das infeções e, por outro lado, chamar a atenção da comunidade urológica para a existência de novas teorias e abordagens terapêuticas menos convencionais neste campo são os principais objetivos da minha apresentação.

«As resistências aos antibióticos é preocupante, porque a descoberta de novas fórmulas moleculares escasseia, comprometendo a farmacoterapia das infeções»

Inicialmente, vou fazer uma revisão global sobre as infeções, focando especialmente as infeções urinárias nosocomiais e as suas consequências. Outro tema que tenciono colocar em evidência são as resistências aos antibióticos. Trata-se de um problema prevalente e preocupante, porque a descoberta de novas fórmulas moleculares escasseia, comprometendo a farmacoterapia das infeções.

Na segunda parte da minha intervenção, pretendo ser algo “provocador”. Começarei por colocar em causa o ensinamento clássico de que a urina é estéril. Será que é mesmo assim? A resposta é não! A urina tem uma flora bacteriana residente normal.

Todavia, se esta for alterada, podem surgir problemas diversos, desde infeções urinárias



de repetição à cistite intersticial ou às síndromes pélvicas crónicas. Comentarei ainda novas perspetivas e abordagens menos convencionais, que podem ser utilizadas para prevenir e tratar as infeções em Urologia.» ■



Opções de carreira pós-internato

As possibilidades de carreira depois do internato vão ser debatidas na Reunião do Núcleo de Internos de Urologia, que decorre entre as 19h00 e as 20h00. Os palestrantes são urologistas que optaram por diferentes carreiras.

Sofia Cardoso



A apresentar o Núcleo de Internos da APU e debater as opções de carreira disponíveis para os urologistas que acabam de concluir o internato são os dois grandes objetivos da Reunião Geral de Internos. Depois da apresentação oficial do Núcleo, terá início uma mesa-redonda, na qual especialistas e internos discutem as diferentes opções de carreira pós-internato. Um tema «bastante atual», nas palavras de Ricardo Pereira e Silva, interno de Urologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e membro da Comissão Instaladora do Núcleo de Internos de Urologia.

«Há uns anos, a maior parte dos médicos ficava

a exercer funções no mesmo hospital onde fazia o seu internato. No entanto, atualmente, esta situação é cada vez menos frequente», refere. As atuais opções de carreira para os internos são muito diversas e podem variar entre uma carreira académica, uma experiência no estrangeiro, uma carreira num hospital público não académico ou a prática privada exclusiva.

Para partilhar as suas experiências, vão participar nesta mesa-redonda quatro urologistas portugueses que optaram por diferentes carreiras: Carlos Silva, do Centro Hospitalar de São João, no Porto (carreira académica); Ricardo Soares, do Royal Surrey County Hospital, que

vai participar via *skype* a partir do Reino Unido (carreira no estrangeiro); Rui Lúcio, da Fundação Champalimaud (carreira no setor privado); e Carlos Guimarães, do Centro Hospitalar do Alto Ave (carreira num hospital público não académico).

A partir de hoje, os internos terão ao seu dispor uma nova estrutura organizativa que representará as suas preocupações e interesses. Melhorar a qualidade formativa em Urologia e fazer chegar a opinião dos internos portugueses a entidades nacionais e internacionais, como a European Society of Residents in Urology (ESRU), são os principais desígnios do novo Núcleo. ■

Progressos no tratamento da disfunção erétil



SÉRGIO SANTOS

O simpósio-satélite promovido pela A. Menarini, que decorre entre as 18h00 e as 18h45, vai alertar para a elevada prevalência da disfunção erétil (DE), mesmo nos homens mais novos, e apresentar as evidências clínicas do avanafil.

Segundo Sérgio Santos, urologista no Hospital CUF Cascais e orador neste simpósio intitulado «Avanafil: um passo em frente no tratamento da disfunção erétil», «é preciso alertar os profissionais de saúde para a prevalência elevada da



PEDRO VENDEIRA

DE, mesmo nos homens mais jovens». De acordo com alguns estudos, esta condição afeta cerca de 50% da população masculina entre os 40 e os 70 anos, e cerca de 10% entre os 20 e os 39 anos.

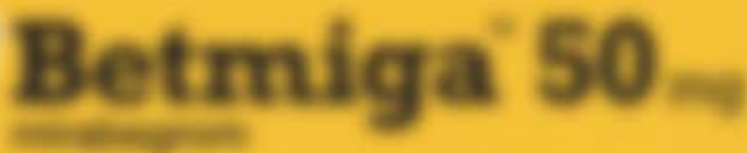
«A DE é um importante marcador da doença cardiovascular e não podemos ignorar o impacto negativo que poderá ter também na autoestima do homem e na intimidade do casal», alerta Sérgio Santos.

O urologista destaca a necessidade de individualizar o tratamento, optando pelo fármaco

mais adequado ao estilo de vida e ao perfil do doente. «Cada vez mais, sentimos a necessidade de inibidores de atuação rápida, mas, se possível, que sejam capazes de manter essa ação de forma prolongada. O avanafil vem responder a estes dois requisitos fundamentais, permitindo a espontaneidade do ato sexual», sustenta Sérgio Santos.

As propriedades farmacológicas deste novo fármaco são apresentadas neste simpósio-satélite por Pedro Vendeira, responsável pelo Núcleo de Urologia da Clínica do Dragão-Porto. Com base nos estudos REVIVE (*Research Evaluating an Investigational Medication for Erectile Dysfunction*), este urologista vai falar sobre o que diferencia o avanafil dos restantes fármacos.

O efeito rápido é uma das propriedades diferenciadoras deste inibidor da fosfodiesterase-5. «O avanafil foi colocado à venda com a indicação de que atua ao fim de meia hora, embora, recentemente, a Food and Drug Administration (FDA) tenha informado que, afinal, este fármaco tem um tempo de atuação mais curto, de 15 minutos», avança o especialista. ■



Excluído os dados com as seguintes modificações: período para o tempo líquido e as que suspenderam o pagamento anterior desde a data de início.

^aSignificance: significant vs. frequency control; ^bSignificance: significant vs. frequency control and vs. pseudo-random

† STUDIES IN PROGRESS AND NOT YET A REFERENCE



**Il primo agente dei nostri S. è strategico
per il trattamento di ogni agente**

[illegible][illegible]

Referencias

1. Resumo das Características do Medicamento Betmiga, abril 2014
2. Chapple CR, et al. *Eur Urol* 2013;63(2):296-305.
3. Khullar V, et al. *Eur Urol* 2013;63(2):283-95.

Inovação em tempos de contenção económica



MIGUEL GUIMARÃES



MANUEL DELGADO



PAULA CASTANHO

Ética profissional, inovação, sustentabilidade e eficiência vão ser os temas em discussão na mesa-redonda «Novas tecnologias e inovação em tempos de contenção económica», que decorre amanhã, entre as 12h15 e as 13h00. Este debate vai pôr «em cima da mesa» a visão da Ordem dos Médicos (OM), da administração hospitalar e da comunicação social sobre a utilização das novas tecnologias no Serviço Nacional de Saúde, considerando o atual contexto económico do País.

Sofia Cardoso

O desenvolvimento de novas tecnologias e terapêuticas inovadoras num contexto marcado pela contenção económica traz novos desafios para o Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente para a comunidade médica e para os gestores hospitalares. Nesta mesa-redonda, serão apresentadas as perspetivas da OM, por Miguel Guimarães, (urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e membro da direção da OM), e da administração hospitalar, por Manuel Delgado (diretor-geral da empresa IASIST em Portugal e ex-presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares).

No debate vai participar também a jornalista Paula Castanho, apresentadora do programa televisivo «Retratos da Saúde», emitido pela

SIC Mulher. A jornalista apresentará o papel da Comunicação Social na divulgação das novas tecnologias médicas que têm aparecido nos últimos anos, nomeadamente no âmbito do diagnóstico e do tratamento dos doentes. Porém, o objetivo central desta mesa-redonda será discutir estratégias que garantam o acesso à inovação, numa altura em que os recursos financeiros são mais limitados.

«Manter a qualidade dos cuidados de saúde, garantindo a melhor relação custo/eficácia para o doente é a preocupação fundamental da OM», refere Miguel Guimarães. A decisão de utilizar (ou não) uma determinada terapêutica inovadora prescrita pelo médico num doente deveria ficar a cargo do Ministério da Saúde (ME), na opinião deste especialista. «Deveria

ser o ME a assumir o papel de comunicar ao doente que o tratamento recomendado pelo médico não pode ser realizado», defende Miguel Guimarães. Assegurar as boas práticas médicas de acordo com o código deontológico é a prioridade da OM e a principal mensagem que este responsável pretende transmitir.

Já Manuel Delgado vai apresentar outras preocupações que refletem o ponto de vista da administração hospitalar, frisando a importância da sustentabilidade dos serviços e da eficiência dos profissionais. «Os serviços de saúde têm de ser sustentáveis a longo prazo e esta sustentabilidade passa pela existência de um modelo de financiamento que seja compatível com as despesas necessárias para tratar os doentes.» Mas não basta disponibilizar recursos, é preciso saber distribuí-los. «Os profissionais e os gestores hospitalares têm de demonstrar, de forma objetiva, que os recursos estão a ser distribuídos de forma adequada», sugere.

Quanto à introdução das novas tecnologias nos serviços de saúde, este orador defende a criação de critérios que fundamentem a sua utilização. «Não podemos assumir, logo à partida, que as técnicas inovadoras são as melhores. É preciso criar métodos que avaliem a sua relação custo/efetividade, considerando também que a ética profissional dos médicos tem de ser assegurada», conclui Manuel Delgado. ■

INOVAÇÃO E CONTENÇÃO: OBJETIVOS (IN)COMPATÍVEIS?

Na opinião de Manuel Delgado, ex-administrador hospitalar e atual consultor na área da saúde, a redução de despesas não tem de ser um «entrave» à introdução de tecnologias inovadoras nos serviços de saúde. «A boa gestão é aquela que consegue fazer melhor com menos recursos, ou com os mesmos recursos fazer mais», refere. Para contornar os constrangimentos financeiros que têm surgido em alguns serviços de saúde, nomeadamente no que toca à aquisição de terapêuticas mais dispendiosas, o consultor sugere «o envolvimento dos profissionais de saúde, em particular dos diretores de serviço, na gestão hospitalar». A descentralização orçamental e a criação de modelos remuneratórios que incentivem a eficiência dos serviços são algumas das propostas que Manuel Delgado vai apresentar durante o debate.

Promoção da hemóstase e da selagem na prática cirúrgica urológica

O papel dos agentes hemostáticos no tratamento de apoio em cirurgia é o tema do simpósio-satélite organizado pela Takeda, agendado para amanhã, entre as 9h30 e as 10h15.

Ana Rita Lúcio



ARNALDO FIGUEIREDO

A necessidade de controlar hemorragias e promover a selagem dos tecidos «acompanha a prática cirúrgica desde os seus primórdios – inicialmente, recorrendo apenas à compressão, à cauterização ou à garrotagem e, já mais tarde, no século XX, à hemóstase térmica elétrica». Quem o afirma é Arnaldo Figueiredo, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a propósito do simpósio-satélite «Evolução da hemóstase e selagem na prática cirúrgica urológica», no qual participará como orador.

«Estudos relevantes mostram que o TachoSil permite um melhor controlo intraoperatório das hemorragias, quando comparado com suturas convencionais»

MATTHIAS SAAR



MATTHIAS SAAR

«Hoje, os grandes avanços nesta matéria dão-se no campo dos selantes, que promovem e estabilizam o coágulo», salienta o urologista. A estes agentes hemostáticos pode estar reservado um papel relevante na prática cirúrgica urológica, nomeadamente no que toca a intervenções de âmbito renal. «As características especiais da urina e o facto de o rim ser um órgão extraordinariamente vascularizado tornam as hemorragias e, especialmente, as fístulas merecedoras de particular atenção», refere o palestrante.

Para evitar ou controlar tanto hemorragias como isquemia exige-se «uma apurada técnica operatória, com dissecação fina e anatomicamente ajustada das estruturas», considera

Arnaldo Figueiredo. A prática cirúrgica conta, no entanto, com outras opções alternativas ou coadjuvantes para alcançar esse objetivo, incluindo «uma grande oferta de aparelhos de selagem (ultrassónicos, bipolares, etc.) e de preparados hemostáticos, esponjas selantes e colas».

Eficácia e aplicação simples

Neste quadro, «o TachoSil tem demonstrado ser de grande utilidade», sublinha Arnaldo Figueiredo, referindo a «experiência positiva» com esta esponja medicamentosa em «nephrectomias parciais e em situações de hemorragia difusa, no âmbito de grandes cirurgias oncológicas». E acrescenta: «O facto de não requerer preparação, no momento, e de combinar o efeito dos hemostáticos mecânicos (colagénio) com um composto hemostático derivado do plasma torna-a um selante eficaz e de fácil aplicação.»

Para Matthias Saar, urologista no Departamento de Urologia e Urologia Pediátrica da Universidade do Sarre, na Alemanha, que também intervirá neste simpósio-satélite, o uso desta esponja medicamentosa é recomendado, sobretudo, «quando as técnicas convencionais são insuficientes». Na sua experiência cirúrgica, o urologista tem recorrido a este agente hemostático maioritariamente em casos de cancro renal e prostatectomias radicais.

«Estudos relevantes mostram que o TachoSil permite um melhor controlo intraoperatório das hemorragias, quando comparado com suturas convencionais», defende Matthias Saar. Segundo o especialista, esta esponja medicamentosa pode, igualmente, contribuir para «a diminuição das complicações pós-operatórias e dos custos hospitalares». ■

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 D, Miraflares, 1495 - 139 Algés, Portugal
Tel.: (+351) 214 985 400 Fax: (+351) 214 985 409 www.coloplast.com

Respostas cirúrgicas para a litíase e a hiperplasia benigna da próstata

Diferentes terapêuticas disponíveis para a remoção de cálculos coraliformes e para a hiperplasia benigna da próstata (HBP) volumosa serão colocadas em confronto na mesa-redonda que se realizará amanhã, entre as 10h15 e as 11h15.

Ana Rita Lúcio e Marisa Teixeira



José Dias, José Neves (moderador), Tomé Lopes (moderador) e Pedro Gomes Monteiro – da esquerda para a direita

As abordagens minimamente invasivas de variadas patologias são cada vez mais preponderantes na prática cirúrgica urológica. A litíase coraliforme e a HBP volumosa não são exceção, pelo que, perante um cenário de evolução tecnológica constante, é importante refletir e avaliar criticamente as opções de tratamento disponíveis. A isso mesmo se propõe a mesa-redonda «Litíase e HBP», na qual se vão abordar técnicas que, atualmente, compõem o armamentário cirúrgico no combate a estas doenças.

Pedro Gomes Monteiro, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Oriental/Hospital de Egas Moniz, e Vítor Cavadas, responsável pela Unidade de Litíase do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, são os intervenientes na primeira parte desta sessão, intitulada «Como tratar um cálculo coraliforme?». «A nefrolitotomia percutânea não é propriamente uma novidade, mas, comparativamente a outras opções menos invasivas para o tratamento da litíase, demonstra uma incomparável relação entre eficácia



VÍTOR CAVADAS

e invasividade associada a uma grande versatilidade», começa por explicar Pedro Gomes Monteiro. Todavia, este urologista sublinha que «ainda é possível que existam mais avanços tecnológicos neste campo».



ESTÊVÃO LIMA

Até ao momento, de acordo com Vítor Cavadas, os progressos na cirurgia da litíase têm surgido sobretudo em três vertentes: «na miniaturização, com a crescente utilização da nefrolitotomia minipercutânea, o apareci- ►

Continua

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



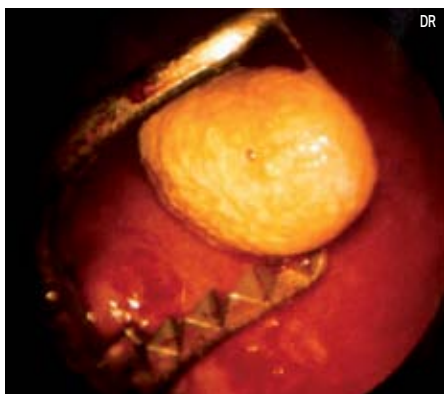
A trabalhar em conjunto para um mundo mais saudável™

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



mento recente da técnica micropercutânea e o desenvolvimento de ureterorrenoscópios de menor calibre; na melhoria da qualidade de imagem e no desenvolvimento de tecnologias que facilitam o acesso percutâneo».

Da mesma opinião é Pedro Gomes Monteiro, que destaca «os promissores avanços no âmbito do acesso, que incluem dispositivos de navegação eletromagnética ou de realidade aumentada». O principal desafio em relação aos progressos tecnológicos na cirurgia da litíase é, na opinião deste urologista, a redução da invasividade sempre que tal não comprometa o objetivo terapêutico. «Consequentemente, surge o segundo grande e duplo desafio – fazer uma seleção dos casos e planificar melhor a intervenção: quantos trajetos, que cálices e que calibres?», explica.



A nefrolitotomia percutânea demonstra uma relação positiva entre eficácia e invasividade no tratamento da litíase

Para Vítor Cavadas, «isto implica ter disponível o arsenal terapêutico necessário e dominar as diferentes técnicas». «Em tempos de contenção económica, o futuro terá de passar pela referenciação a centros que possuam estas capacidades», acrescenta. Tendo em conta a menor morbilidade diretamente resultante do tratamento com estas técnicas mais avançadas por comparação com as convencionais, a cirurgia aberta para tratar a litíase ocupa um lugar quase marginal no armamentário utilizado atualmente.

Enucleação a laser e Millin laparoscópica

«Como tratar uma HBP volumosa?» é o tema que se segue nesta mesa-redonda, incidindo em duas técnicas específicas: enucleação a laser e Millin laparoscópica. Estes procedimentos serão apresentados, respetivamente, por José Dias, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga.

No que se refere à evolução do tratamento cirúrgico da HBP, nomeadamente em próstatas volumosas, a prostatectomia retropúbica continua a ser o processo mais utilizado. «Esta so-

lução continua a prevalecer, quer por conservadorismo quer por dificuldade de aprendizagem de novas técnicas», lamenta José Dias. No entanto, este especialista acredita que os procedimentos mais atuais, que utilizam o laser, e no futuro talvez também a cirurgia laparoscópica, desafiem a hegemonia da abordagem clássica.

«A técnica de HoLEP [*holmium laser enucleation of the prostate*] – o primeiro procedimento de enucleação descrito – é padronizada, eficaz e validada por inúmeros autores», refere José Dias. E adianta: «Não faz muito sentido que não seja mais utilizada no dia a dia. A justificação para este facto reside, sem dúvida, na dificuldade da técnica e na íngreme curva de aprendizagem necessária, superior às técnicas de vaporização – como a de HoLAP [*holmium laser ablation of the prostate*], ou a que utiliza laser de diodo.» Para que os congressistas tenham uma maior perceção dos procedimentos de enucleação a laser vão ser exibidos vídeos demonstrativos desta técnica na mesa-redonda.

Por sua vez, Estêvão Lima considera que a adenomectomia prostática transcapsular extraperitoneal laparoscópica – mais conhecida como Millin laparoscópico – tem vantagens em relação à enucleação a laser, embora a eficácia desta técnica também esteja demonstrada. «No meu ponto de vista, a enucleação a laser tem uma curva de aprendizagem muito superior e, além disso, acarreta maiores riscos de complicações do que o procedimento por Millin laparoscópico», refere o urologista.

«A enucleação a laser tem uma curva de aprendizagem muito superior e, além disso, acarreta maiores riscos de complicações do que o procedimento por Millin laparoscópico»

ESTÊVÃO LIMA

Esses riscos estão relacionados com a morcelação como, por exemplo, a possibilidade de perfuração. Como mais-valias da técnica que defende, o diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga ressalva tratar-se de «uma excelente técnica para o ensino de laparoscopia».

Apesar das opiniões distintas quanto à adenomectomia prostática transcapsular extraperitoneal laparoscópica e à enucleação a laser, Estêvão Lima salienta que ambas revolucionaram a terapêutica cirúrgica na abordagem da HBP volumosa. «Em próstatas de grande volume, superiores a 80 ou a 100 g, o tratamento *standard* clássico era a adenomectomia realizada por via aberta. Apesar da eficácia desta técnica, os procedimentos minimamente

invasivos apresentados nesta mesa-redonda conseguem obter igualmente excelentes resultados, mas sem a morbilidade associada à cirurgia aberta».

«A técnica de HoLEP (*holmium laser enucleation of the prostate*) – o primeiro procedimento de enucleação descrito – é padronizada, eficaz e validada por inúmeros autores. Não faz muito sentido que não seja mais utilizada no dia a dia. A justificação para este facto reside, sem dúvida, na dificuldade da técnica e na íngreme curva de aprendizagem»

JOSÉ DIAS

José Dias acrescenta que «a Urologia é uma especialidade em que as técnicas minimamente invasivas são cada vez mais importantes, dominando o espectro dos procedimentos cirúrgicos». As inovações nesta área são diárias e, a cada congresso, são descritas novas técnicas, modificações ou adaptações das mesmas, bem como dispositivos mais recentes, o que faz com que os urologistas devam manter-se constantemente atualizados.

Além da necessidade de uma constante atualização, «para que os especialistas não corram o risco de “perder o barco”, se não acompanharem estas múltiplas inovações», José Dias considera ser fundamental que as novas técnicas sejam rigorosamente avaliadas e os seus resultados comparados com as abordagens clássicas. «Só com resultados comprovados – maior eficácia e/ou menor morbilidade e menos efeitos secundários – se pode afirmar que são superiores às técnicas anteriormente utilizadas», remata. ■

Sabia que...

...o risco médio de formação de cálculos ao longo da vida situa-se entre os 5% e os 10% e existe um pico de incidência entre a quarta e quinta década de vida?

... a HBP é uma das patologias mais frequentes nos homens acima dos 50 anos?

Simpósio Satélite TAKEDA: Evolução da Hemostase e Selagem em Cirurgia Urológica

CENTRO DE CONGRESSOS
EPIC SANA ALGARVE HOTEL, ALBUFEIRA
2 de Novembro, 2014

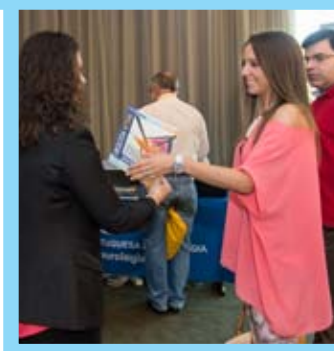


Momentos do primeiro dia...



CERIMÓNIA DE BOAS-VINDAS

José Garção Nunes, Arnaldo Figueiredo e Pedro Nunes, respetivamente vice-presidente, presidente e secretário-geral da Associação Portuguesa de Urologia – APU (na mesa, da esquerda para a direita), deram as boas-vindas aos congressistas, inaugurando o programa científico do XIII Simpósio da APU 2014. Na sua nota de abertura, Arnaldo Figueiredo sublinhou o cunho de excelência que distingue a comunidade urológica portuguesa: «Apesar de saudar a presença de convidados estrangeiros de relevo, a Comissão Organizadora privilegiou o contributo nacional, com a percepção clara de que ele é suficientemente meritório e de qualidade.»





Ficha Técnica

Depósito Legal: N.º 338826/12

Propriedade:



Associação
Portuguesa
de Urologia

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

Edição:



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:



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

MANTENHA CONTROLADO O PERIGO DO OPICAN

Opicam é um medicamento usado no tratamento da dor aguda moderada a severa, incluindo dor pós-operatória, dor de dente e dor de cabeça. É indicado para uso em adultos e adolescentes com idade superior a 16 anos. Não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos.

Consulte o seu médico antes de usar este medicamento.



Opicam é um medicamento usado no tratamento da dor aguda moderada a severa, incluindo dor pós-operatória, dor de dente e dor de cabeça. É indicado para uso em adultos e adolescentes com idade superior a 16 anos. Não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos.

Consulte o seu médico antes de usar este medicamento.

Opicam é um medicamento usado no tratamento da dor aguda moderada a severa, incluindo dor pós-operatória, dor de dente e dor de cabeça. É indicado para uso em adultos e adolescentes com idade superior a 16 anos. Não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos.

Consulte o seu médico antes de usar este medicamento.