EDIÇÃO ESPECIAL DIÁRIA

XIV SIMPÓSIO APU 2016 | 28 a 30 outubro 2016

28 OUTUBRO sexta-feira

Aceda à versão digital

UROLOGIA ACTUAL

Na sessão dedicada ao transplante renal (entre as 10h30 e as 11h30), estão em análise questões relativas à nefrectomia de dador vivo, às complicações cirúrgicas e às patologias do aparelho urinário baixo associadas Pag.5

Os prolapsos dos órgãos pélvicos e as doenças neurodegenerativas são os «anfitriões» da mesa-redonda «A fronteira das disfunções miccionais», que arranca às 12h00 Pág.6

RETRATO DA URGÊNCIA UROLÓGICA EM PORTUGAL

O estado atual da urgência urológica e a sua relação com outras especialidades e entre hospitais está em debate na primeira mesa-redonda deste XIV Simpósio APU 2016, com início às 9h00. De Braga a Faro, e indo até à Madeira, representantes de nove Serviços de Urologia de hospitais e centros hospitalares que dispõem de urgência urológica partilham as suas experiências e dificuldades a este nível Pág.2 a 4

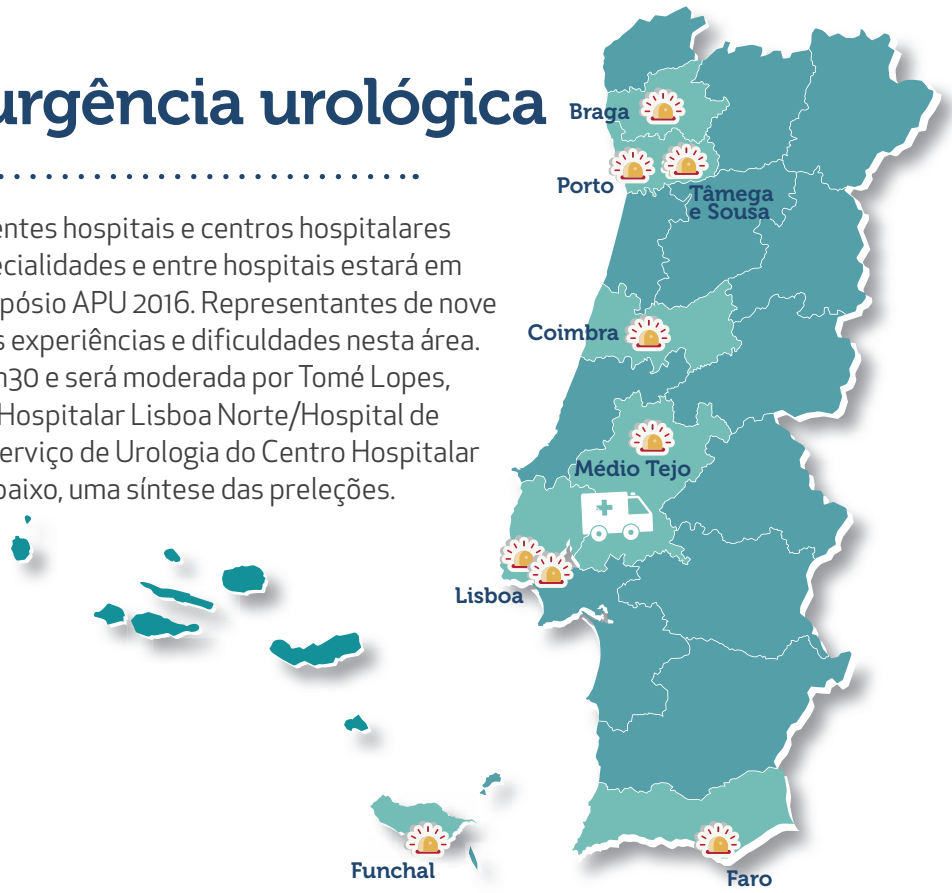
Jornal da:

Associação Portuguesa de Urologia

www.apurologia.pt

Estado atual da urgência urológica

O retrato da urgência urológica nos diferentes hospitais e centros hospitalares nacionais e a sua relação com outras especialidades e entre hospitais estará em debate na primeira mesa-redonda do Simpósio APU 2016. Representantes de nove Serviços de Urologia vão partilhar as suas experiências e dificuldades nesta área. A sessão decorrerá entre as 9h00 e as 10h30 e será moderada por Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Em baixo, uma síntese das preleções.



Hospital de Braga

«Em 2011, implementámos um protocolo, único em Portugal, para os doentes urológicos que vão ao nosso Serviço de Urgência (SU), uma vez que nem todas as queixas referentes ao aparelho urinário e genital masculino têm de ser observadas por um urologista. Isto permite uma seleção mais eficaz dos doentes que são observados e melhor qualidade assistencial. O nosso protocolo funciona realmente. Pensemos nisto: a área de referenciação do Grande Porto tem 1,7 milhões de habitantes, dispõe de vários SU e ainda tem necessidade de centralizar urologistas de vários hospitais no Hospital de São João, no período da noite, de forma a assegurar a urgência urológica. Em Braga, apenas um serviço assegura 24 horas toda a urgência urológica, que cobre 1,2 milhões de habitantes. De momento, a Urologia em Braga funciona com um ou dois especialistas, em presença física das 8h00 às 20h00 e em prevenção a partir dessa hora. No futuro, pretendemos criar condições para que todo o SU seja assegurado em regime de prevenção 24 horas por dia – não faz sentido a existência da Urologia em presença física na Urgência.»

Estêvão Lima
Diretor do Serviço de Urologia

Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto

«A urgência urológica é assegurada por um especialista e por um interno. Durante o dia (8h00-20h00), são elementos do CHSJ. No período da noite, a urgência é metropolitana (Urgência Regional de Urologia – URU) e é assegurada pelos diversos hospitais da região. Apesar das dificuldades iniciais que sempre existem, na minha opinião, a URU tem funcionado relativamente bem, de maneira que se pode considerar um exemplo de boa utilização dos recursos disponíveis. Os elementos do CHSJ asseguram duas de um total de oito equipas da URU. As principais patologias que aqui tratamos são as cólicas renais complicadas, os traumatismos e as insuficiências renais obstrutivas.»

Carlos Silva

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

«O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) é formado pelo Hospital Padre Américo, localizado em Penafiel, onde a população é servida por um Serviço de Urgência médico-cirúrgico, e pelo Hospital de Amarante, com um Serviço de Urgência básico. Os motivos mais frequentes para a ida ao Serviço de Urgência são as infeções urinárias associadas a obstrução do trato urinário e a hematúria. O Serviço de Urologia do CHTS está integrado na escala da Urgência Regional de Urologia (URU) que funciona no Centro Hospitalar de São João, no Porto. Os doentes do CHTS que necessitam de intervenções urgentes são transferidos para a URU, sendo o seu seguimento efetuado no nosso Serviço de Urologia. A criação de consultas programadas específicas e de acesso fácil e rápido poderia contribuir para a diminuição do número de doentes que acorrem ao Serviço de Urgência.»

Fernando Vila

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora

«O Serviço de Urologia cobre a urgência externa do hospital das 8h00 às 20h00 nos dias úteis, com dois médicos (habitualmente um especialista e um interno). Há prevenção à urgência interna do hospital das 20h00 às 8h00, incluindo o fim de semana, com um médico especialista. Nos restantes períodos da semana, o hospital de referência para a urgência externa é o de Santa Maria. Os condicionalismos causados pela implementação transitória da urgência metropolitana de Lisboa, que coincidiram com a desvalorização do pagamento das horas extraordinárias, fez com que, por constrangimentos do número de médicos disponíveis para fazer Serviço de Urgência, se passasse ao modelo atual, deixando de haver cobertura diária da urgência externa das 8h00 às 20h00. Mas pensamos voltar a este modelo assim que as condições logísticas o permitam.»

Francisco Carrasquinho Gomes
Diretor do Serviço de Urologia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

«A urgência de Urologia funciona com dois elementos em presença física, de dia, e um terceiro de prevenção. À noite, fica um elemento e outro de prevenção. Desde a fusão dos dois hospitais da cidade, passámos a viver uma situação complicada no funcionamento do Serviço de Urgência, nomeadamente pela exigência de poupança. Antigamente, havia quatro elementos a assegurar a urgência urológica em Coimbra, dois em cada hospital; agora há apenas dois. A área de influência é muito grande, abarcando toda a região Centro, ou seja, cerca de dois milhões de pessoas, segundo os Censos de 2011. Sendo uma urgência polivalente, aberta 24 horas por dia, é a única em toda a região Centro que assim funciona.»

Paulo Azinhais

Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal

«Asseguramos todas as urgências urológicas da Região Autónoma da Madeira, 24 horas por dia, sete dias por semana. Os casos urgentes a que damos resposta com maior frequência são as cólicas renais complicadas, a hematúria e a retenção urinária. Até à presente data, não houve necessidade de referenciação de qualquer doente urológico para outro hospital, independentemente da patologia. A nível de organização, o primeiro contacto é feito pelos médicos que estão no Serviço de Urgência, em presença física. Se houver alguma dúvida, há um contacto telefónico inicial, damos o nosso parecer por via telefónica ou presencialmente, em concordância com a gravidade ou necessidade específica do caso – prestamos todo o apoio que seja necessário a qualquer especialidade que esteja em presença física no SU e que nos peça colaboração. Caso se justifique, temos disponível o bloco operatório com todo o instrumental cirúrgico urológico.»

Jorge Lima Fernandes

PUB.

Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José

«O Hospital de São José tem uma área de influência muito vasta, o que implica que um número muito grande de doentes seja visto no nosso Serviço de Urgência. Este trabalho consome grandes recursos ao hospital, mas o nosso maior problema é a falta de recursos humanos. Muitas vezes há necessidade de realizar trabalho extra de urgência e, cumulativamente, desempenhar outras atividades no Serviço de Urologia ou em horas que seriam de descanso, o que contribui para uma sobrecarga de trabalho. Seria útil pensar numa mudança de paradigma assente em duas vertentes: diminuir o número de doentes vistos pelo urologista – por vezes, não é necessário que sejam vistos por um especialista. Por outro lado, encaminhar recursos humanos dos Serviços de Urologia dos hospitais que nos canalizam doentes, para reforçar as nossas equipas de urgência. Na verdade, constatamos que muitos dos doentes que nos chegam têm realmente problemas graves e necessitam, sem sombra de dúvida, de intervenção urológica urgente. Por muito sedutora que pareça a perspetiva do urologista de prevenção ou do urologista contactável, na realidade, um hospital central de referência não pode deixar de mobilizar todos os seus recursos para acorrer as estas situações em tempo útil.»

Luís Severo
Responsável pela Urgência de Urologia

Centro Hospitalar do Médio Tejo

«Temos três unidades hospitalares, todas com Serviço de Urgência (SU): em Tomar e Torres Novas, o nível é básico; em Abrantes, é médico-cirúrgico. O Serviço de Urologia (sediado em Tomar) está classificado no nível de apoio ao SU (ARS Lisboa e Vale do Tejo). Baseado no princípio de que, em Urologia, raras patologias requerem uma intervenção cirúrgica emergente, delineámos, em 2014, um modelo de urgência urológica que julgo ser inédito em hospitais deste nível, baseado numa linha telefónica exclusiva disponível todos os dias úteis (9h00-20h00). Qualquer médico, em Abrantes, Tomar ou Torres Novas, pode acionar essa linha, caso haja necessidade de opinião sobre um doente supostamente urológico. Conforme os casos, o doente é orientado para uma consulta urgente, de acordo com a prioridade clínica: se necessário no próprio dia (Via Verde Urológica) ou para o Serviço de Internamento, em Tomar. Assim, ao invés de dois dias por semana com presença física do urologista no SU como até então, este é garantido de modo contínuo – mesmo à noite e ao fim de semana há um médico de prevenção. Este modelo permite a rentabilização dos quatro urologistas do Serviço, prescindindo-se da presença física. Este modelo parece-nos pertinente, objetivo, prático e eficaz, originando elevado nível de satisfação aos doentes e aos profissionais intervenientes.»

João Dias
Diretor do Serviço de Urologia

Centro Hospitalar do Algarve

«A urgência é assegurada no período das 8h00 às 20h00, sete dias por semana. Trata-se de um Serviço de Urgência polivalente e permanente, que abrange todo o Algarve e uma população de aproximadamente 450 000 pessoas, com variações sazonais, que podem triplicar o volume populacional. Prestamos apoio ao Serviço de Urgência Geral, à Urgência Pediátrica, à Urgência Interna e apoio a outras especialidades. Somos cinco médicos no Serviço de Urgência do Hospital de Faro e três no de Portimão, que vão fazer serviço de urgência a Faro. Durante a semana, cada profissional trabalha em dias fixos; no fim de semana, há uma escala rotativa. Um dia sem cobertura da escala de urgência é uma exceção. No período 20h00--8h00, algum caso do foro urológico é orientado pelos colegas da Cirurgia Geral. Quando é necessária intervenção cirúrgica do foro urológico, nomeadamente em doentes com quadros de sépsis ou trauma, os membros do Serviço de Urologia do Hospital de Faro são contactados, mesmo fora do horário de serviço. Durante o ano de 2015, foram avaliados mais de 2 000 doentes no Serviço de Urgência Geral e Pediátrica. Estão implementados protocolos de atuação, de forma a agilizar a orientação e a terapêutica dos doentes do foro urológico. Nesse mesmo ano, realizámos 363 cirurgias em regime de urgência e sublinho que contamos com o apoio do Serviço de Imagiologia, que realiza ecografia, TAC e ressonância magnética.»

Marco Dores

Ficha Técnica

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

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

Depósio Legal: N.º 338826/12

Edição:
esfera das ideias
Campo Grande, n.º 56, 8.º B, 1700 - 093 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815/ Fax: (+351) 218 155 107 | geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt | EsferaDasIdeiasLda
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação editorial: Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)
Redação: Maria João Fernandes, Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo ■ **Fotografia:** João Ferrão ■ **Design/paginação**: Ricardo Coelho e Susana Vale ■ **Colaborações**: Rui Jorge

Patrocinadores desta edição:
Astellas · Bristol-Myers Squibb · Coloplast · JABA RECORDATI GROUP · tecnimede

Atualização em transplante renal

Na mesa-redonda dedicada à transplantação renal, que decorre das 10h30 às 11h30, serão debatidas questões relacionadas com a nefrectomia de dador vivo, as complicações cirúrgicas do transplante e as patologias do aparelho urinário baixo associadas.

Marisa Teixeira

Miguel Ramos

Referindo-se à nefrectomia no dador vivo para transplante, Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, recorda um dos princípios de Hipócrates – «*Primum non nocere*» (Antes de tudo, não cause dano) –, visto tratar-se de uma situação muito particular, em que indivíduos saudáveis são operados. «Qualquer cirurgia envolve riscos, inclusive o de morte. Porém, com os avanços da tecnologia e da cirurgia por via laparoscópica – método mais utilizado nestes casos –, a probabilidade de ocorrerem problemas é muito menor», afirma o primeiro orador da sessão.

No que respeita aos riscos *a posteriori*, nomeadamente de insuficiência renal, por se passar a viver apenas com um rim, Miguel Ramos refere que estudos a longo prazo, que compararam dadores vivos a uma população de idade semelhante, revelam que aqueles que vivem apenas com um rim não morrem mais cedo. «Aliás, provavelmente, terão uma taxa de mortalidade menor, um aparente contrassenso, resultante do facto de estes indivíduos estarem em constante vigilância, prevenindo-se uma série de doenças», sublinha.

Miguel Ramos salienta ainda que «a nefrectomia de dador vivo evoluiu bastante nos últimos anos, passando de cirurgia aberta a laparoscópica». Em alguns centros, realiza-se, inclusivamente, a extração por porta única, através de uma incisão no umbigo e também por via vaginal.

Os urologistas têm-se envolvido, cada vez mais, na transplantação renal, embora o cenário seja heterogéneo – são várias as especialidades que realizam a parte cirúrgica do transplante. «Há situações em que a Urologia se torna dominante. O exemplo máximo é a transplantação renal em doentes com patologia do trato urinário inferior», frisa Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e também orador nesta sessão.

Pedro Nunes

Se estes doentes não forem bem estudados e tratados, poderão entrar em insuficiência renal. «Na idade adulta, os problemas do trato urinário inferior não são muito prevalentes, mas, na população pediátrica, podem alcançar os 25%. Estamos a falar de patologias congénitas, como as válvulas da uretra posterior, a síndrome *prune-belly* ou as bexigas neurogénicas», recorda Pedro Nunes. Por isso, antes de serem propostos para transplante, estes doentes «devem ser submetidos a estudos contrastados e urodinâmicos para avaliar se o seu aparelho urinário necessita de algum tipo de reconstrução». ■

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

DR

Javier Burgos Revilla, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Ramón y Cajal, em Madrid, também vai intervir nesta mesa-redonda, abordando o tema «Complicações cirúrgicas em transplantação renal». Segue o resumo do que adiantou ao *Urologia Actual*:

«A existência de dadores cada vez mais idosos e recetores mais complexos, do ponto de vista vascular e urológico, faz com que a incidência de complicações atinja até 30% dos casos. A utilização de novos agentes imunossupressores, que interferem com o processo de cicatrização, aumenta a ocorrência de algumas complicações. Problemas vasculares como a trombose venosa ou arterial, que frequentemente leva à perda do enxerto, são os potencialmente mais graves, na ordem dos 3-5%. Já as estenoses ou fístulas chegam aos 6%, a mesma percentagem dos linfoceles pós-transplante renal. As complicações da ferida cirúrgica rondam os 10%, embora apenas metade tenha um caráter infeccioso.

Os maiores desafios cirúrgicos no transplante renal centram-se nos doentes com patologia vascular severa ou desordens do trato urinário inferior. A doença oclusiva aorto-ilíaca exige a realização de transplantes ortotópicos ou a utilização de aloenxertos vasculares simultaneamente ao transplante. Já a trombose da veia cava inferior obriga à realização do transplante com anastomose da veia esplénica ou mesentérica. A ausência do trato urinário inferior pode levar ao desenvolvimento de uma neobexiga, por substituição ortotópica vesical com diferentes segmentos intestinais ou à criação de uma derivação urinária externa. Finalmente, o xenotransplante é uma alternativa promissora, mas distante no tempo, uma vez que tem vários desafios, não apenas de natureza imunológica e infeciosa, mas também no domínio da ética.»

Desafios e novidades no tratamento dos órgãos pélvicos e das doenças neurodegenerativas

Os prolapsos dos órgãos pélvicos e as doenças neurodegenerativas são os dois tópicos em discussão na mesa-redonda «A fronteira das disfunções miccionais», que decorre entre as 12h00 e as 12h30.

Rui Alexandre Coelho

João Marcelino

Numa sessão destinada a debater as novidades e as áreas de limite das disfunções miccionais, o primeiro orador, João Marcelino, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, vai abordar o tema das disfunções miccionais associados aos prolapsos pélvicos, um assunto de fronteira entre a Urologia e a Ginecologia. «A Urologia trata de disfunções miccionais, como a incontinência urinária de esforço, a bexiga hiperativa e a obstrução infravesical, muitas vezes associadas a presença de um prolapso pélvico», refere João Marcelino.

Este orador sublinha, no entanto, que «um tópico atual e polémico é o tratamento da bexiga hiperativa resistente à terapêutica farmacológica, quando associada a um prolapso pélvico». E deixa a questão retórica: «Será legítimo tratar cirurgicamente o prolapso pélvico com o único objetivo de curar a hiperatividade vesical?»

Ver para além das aparências

A segunda intervenção da mesa-redonda – que será moderada por Paulo Dinis e Cardoso de Oliveira, urologistas, respetivamente, no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e no Hospital do Espírito Santo de Évora – caberá a Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. Segundo este especialista, é necessário estar alerta para patologias que parecem da próstata, no homem, ou da bexiga, na mulher, quando, na realidade, são doenças neurológicas. Nesse quadro, defende que «o urologista deve conhecer alguns sinais que permitem identificar uma doença neurológica "disfarçada", até porque seria desastroso tratar cirurgicamente estes doentes, como é hábito fazer no caso dos problemas da próstata».

Uma vez efetuado o diagnóstico da doença neurológica, é preciso «saber tratar a parte urinária» da patologia. Neste quadro, a colaboração entre as diversas especialidades que tratam estes doentes é fundamental. «Patologias como a esclerose múltipla, a doença de Parkinson ou outras doenças neurológicas são, habitualmente, tratadas pela Neurologia ou pela Neurocirurgia, mas estas especialidades não têm vocação para tratar a componente urinária da patologia». É aqui que deve entrar em campo a Urologia, no intuito de resolver ou minimizar problemas que têm grande impacto na qualidade de vida destes doentes que, graças aos avanços da Medicina, vivem cada vez mais tempo. Em alguns casos, alerta Abranches Monteiro, o mau funcionamento da bexiga, neste tipo de patologia, pode mesmo tornar os doentes incontinentes ou provocar-lhes lesões vesicais.

«O urologista deve conhecer alguns sinais que permitem identificar uma doença neurológica "disfarçada", até porque seria desastroso tratar cirurgicamente estes doentes»

Luís Abranches Monteiro

O orador defende, por isso, um papel mais interventivo da Urologia nestes casos. «Quando já sabemos qual é a doença neurológica, temos de ir fazendo o estudo funcional do doente, de forma detalhada e ao longo do tempo, de modo a estarmos preparados para modificar as terapêuticas sempre que necessário», conclui Abranches Monteiro. ■

MAIS CONHECIMENTO SOBRE A BEXIGA HIPERATIVA É NECESSÁRIO

No que respeita à abordagem farmacológica das síndromes de frequência/urgência com incontinência urinária por imperiosidade e prolapsos associados, a principal dificuldade atual reside na existência de um conjunto de doentes que não respondem positivamente à terapêutica médica. Segundo João Marcelino, para resolver esta dificuldade é imprescindível mais investigação clínica. «No contexto da hiperatividade vesical resistente às alternativas farmacológicas disponíveis, muitas situações poderão beneficiar da investigação, da identificação de novos recetores e, consequentemente, dos fármacos que os bloqueiem», assume o urologista, rematando que «poderá não ser aceitável abordar cirurgicamente os prolapsos pélvicos assintomáticos quando o objetivo é tratar a hiperatividade vesical».

Desenvolvimentos das bolsas de investigação da APU

Entre as 16h30 e as 17h30, serão apresentados cinco trabalhos que contaram com o apoio da APU, por intermédio de bolsas atribuídas em 2011 e 2012. Os investigadores explicam, em resumo, as principais ideias-chave de cada um deles.

DR

«A obesidade tem sido relacionada com um pior prognóstico em diversos tumores sólidos, nos quais se inclui o adenocarcinoma da próstata. O tecido adiposo é responsável pela secreção de múltiplas citocinas, entre as quais se contam mediadores que influenciam a proliferação de tecidos epiteliais. Neste estudo *in vitro*, intitulado "O papel da leptina no microambiente e oncogénese do carcinoma da próstata", estudámos a influência de três adipocinas (leptina, adiponectina e periostina) na proliferação celular do carcinoma da próstata. Ao contrário de alguns trabalhos publicados nesta área, os nossos estudos não demonstraram um efeito pró-proliferativo direto das adipocinas estudadas nas linhas celulares humanas de carcinoma da próstata. A complexidade endócrina do tecido adiposo e a abundância de mediadores presentes no microambiente local do carcinoma da próstata poderão justificar este resultado negativo. Por um lado, estes mediadores e a sua influência no tecido tumoral não estão ainda bem caracterizados, em especial as suas diferenças em indivíduos obesos e não obesos. Por outro, não é possível reproduzir este complexo ambiente *in vitro*.»

David Castelo, urologista no Hospital Distrital de Santarém (Bolsa APU/Astellas de 2012)

«O título deste trabalho é "O papel das células *natural killer* na progressão e na resposta à terapêutica do carcinoma da bexiga usando um modelo animal humanizado derivado de células estaminais cancerígenas". Sabe-se que as células dos tumores da bexiga invasivos e não invasivos resultam de duas vias diferentes, em que estão envolvidas células carcinogénicas estaminais. O nosso estudo foca-se na identificação desta população de células estaminais, que têm capacidade de autorrenovação e de diferenciação e serão a fonte dos tumores vesicais distintos. Por outro lado, sabemos que as células *natural killer* são o subconjunto de linfócitos que tem a capacidade de detetar e eliminar células carcinogénicas. Nesse sentido, o nosso trabalho pretendia avaliar a ação de células *natural killer* nas células estaminais neoplásicas e conseguimos demonstrar que tinham a capacidade de as destruir. Atualmente, estamos a tentar aplicar os resultados deste estudo em linhas celulares para tumores humanos.

Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Bolsa APU/Jaba Recordati de 2011)

«O que pretendemos com o nosso projeto, designado "Criação da plataforma para avaliar a fertilidade masculina", é ultrapassar as limitações diagnósticas do espermograma, com potenciais aplicações na identificação de causas de infertilidade idiopática, falhas na reprodução medicamente assistida ou abortos de repetição. Conseguimos demonstrar que a enzima proteica PARP é um marcador molecular que deteta espermatozoides que se encontram em estádios iniciais de apoptose. É portanto capaz de identificar amostras com uma elevada percentagem de espermatozoides funcionalmente deficientes, mesmo que ainda conservem parâmetros seminais convencionais. No estudo «*Profiling signaling proteins in human spermatozoa: Biomarker identification for sperm quality evaluation*», com a amostra de sémen de 37 homens, estabelecemos uma correlação entre os parâmetros seminais básicos, a integridade do ADN espermático e a expressão e atividade de algumas moléculas sinalizadoras. Uma morfologia espermática normal apresentou uma correlação positiva com o aumento dos níveis de fosforilação das proteínas P70 S6 quinase e quinase B. Descobrimos também uma correlação negativa entre o índice de teratospermia e a ativação da proteína STAT3, uma associação positiva entre os níveis de fragmentação do ADN, o índice de teratospermia e anomalias das cabeças no grupo de controlo. Quanto à mobilidade dos espermatozoides, detetámos uma correlação negativa entre a mobilidade e o aumento significativo da ativação de várias proteínas. Nos doentes com varicocele, as anomalias da morfologia da cabeça correlacionaram-se negativamente com os níveis de ativação das proteínas quinase B, GSK-3β, P38, MAPK e STAT. Este estudo contribuiu para o estabelecimento de biomarcadores para avaliar a qualidade do esperma, com base em parâmetros moleculares.

António Patrício, urologista no Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro (Bolsa APU de 2011)

«Este trabalho, realizado em parceria entre o Serviço de Urologia (que contribuiu com os doentes) e o Laboratório de Genética Molecular do Serviço de Genética do Instituto Português de Oncologia do Porto, intitulado *"Defining the oncogenic potential of GRPR (gastrin-releasing peptide receptor) overexpression in prostate carcinomas harboring ERG or ETV1 rearrangements and its role as therapy target"*, demonstrou que o GRPR é um gene-alvo ERG e ETV1 no cancro da próstata. Na prática, foram criadas duas linhas celulares para testar estes genes com determinados anticorpos, para perceber se realmente as células se replicam. Os carcinomas da próstata que albergam rearranjos do ETS *[erythroblast transformation specific]* vão sobre-exprimir o GRPR. Pensa-se que, ao bloquear o GRPR, que se encontra hiperdisperso nestes tumores, as células diminuirão a sua invasão em ancoragem e aumentarão a sua apoptose, o que poderá ter um grande potencial terapêutico.»

Dr. António Morais, urologista no IPO do Porto (Bolsa APU/Jaba Recordati de 2012)

«Apresentaremos os resultados da nossa investigação básica sobre o papel da serotonina na regulação do crescimento prostático, num trabalho denominado "Função das células neuroendócrinas na regulação do crescimento prostático". Resumidamente, a serotonina é uma bioamina produzida em grande quantidade pelas células neuroendócrinas da próstata, mas não se sabia qual a sua função na fisiologia prostática. Descobrimos que a serotonina inibe substancialmente o crescimento benigno da próstata através da diminuição da expressão do recetor de androgénio prostático. As implicações desta descoberta abrem um novo alvo terapêutico para a hiperplasia benigna da próstata. O nosso grupo de trabalho, bem como outros grupos internacionais, estão, neste momento, a estudar a via serotoninérgica como um novo alvo terapêutico para esta patologia.»

Emanuel Carvalho Dias, urologista no Hospital de Braga (Bolsa APU/GSK de 2012)

OPINIÃO

Avelino Fraga
Presidente do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM)

Formação no Internato Complementar

No que respeita à formação durante o Internato Complementar, a Urologia portuguesa é de elevada qualidade, como o confirmam a prática clínica diária e as sucessivas elevadas classificações obtidas nos exames europeus, bem como a sua progressiva afirmação no panorama internacional. Esta qualidade fica a dever-se aos centros de formação e respetivos formadores, bem como ao rigor que as diferentes composições do CEUOM têm imposto nos planos de formação, nas avaliações e nos critérios de idoneidade para a formação de internos. Esse trabalho, iniciado há anos, tem-se mantido e a direção atual do CEUOM continuará intransigente nesta política, que prima pela qualidade da formação.

Os critérios de idoneidade total e parcial são conhecidos e estão aprovados pela Ordem dos Médicos (OM), tendo sido revistos no início de 2016. São exaustivos quanto ao número de médicos, ao tipo de procedimentos e atividades clínicas, à atividade científica, entre outros pontos, o que permite definir o número de internos que um serviço pode receber, bem como a sua periodicidade.

Nesta Assembleia-Geral do CEUOM queremos debater a formação durante o internato complementar por dois motivos:

- Para esclarecer algumas dúvidas sobre a formação durante o Internato e para que os colegas percebam que não podem abrir vagas todos os anos e em todos os hospitais, simplesmente porque as capacidades formativas estão esgotadas. Se o fizermos, será a qualidade da formação que estará em causa;
- Para propor à discussão de todos um modelo diferente de distribuição de internos, em que todos ficariam colocados apenas em centros com idoneidade total e com obrigatoriedade de passarem por centros com idoneidade parcial (6/12 meses); ou a manutenção do modelo atual, em que os internos são colocados em centros com idoneidade total e parcial, tendo de passar um tempo variável nos serviços com idoneidade total.

Há vantagens e inconvenientes nos dois modelos, tendo o próprio Conselho Nacional Executivo da OM proposto, recentemente, aos colégios esta discussão. Por estas razões, e também pela inexistência de uma cultura de Assembleias-Gerais do Colégio de Urologia, consideramos que seria uma ótima ocasião para relançar este modelo de participação democrática: ouvir a opinião de todos. ■

Nota: A Reunião e a Assembleia-Geral do CEUOM decorrem entre as 18h15 e as 20h00.

Inovação no tratamento da disfunção erétil

A formulação do alprostadil para aplicação tópica é uma das novidades no tratamento da disfunção erétil e será discutida no simpósio-satélite organizado pela Jaba Recordati, que decorre entre as 12h30 e as 13h15. A maior comodidade de utilização, o perfil de segurança favorável e o potencial de absorção são algumas das características em destaque na nova formulação do fármaco.

Sandra Diogo

Segundo o estudo Episex-PT, publicado em 2006, cerca de 13% dos homens (500 000) sofrem de alguma forma de disfunção erétil. Embora estejam disponíveis diversos tratamentos, o facto de se tratar de uma patologia com carga emotiva associada e ainda envolta em tabus faz com que muitos doentes não procurem acompanhamento médico ou não sigam as indicações fornecidas pelo especialista. Neste sentido, o desenvolvimento de uma terapêutica com aplicação mais cómoda e fácil parece constituir uma mais-valia nestes casos.

É essa a opinião de José Dias, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e orador nesta sessão: «Como todos os fármacos de que dispúnhamos até agora eram de administração oral, não tínhamos valorizado a hipótese da aplicação tópica, mas um estudo recente revelou que, especificamente para esta patologia, cerca de metade dos doentes prefere esse tipo de aplicação como tratamento de primeira linha.»

Segundo este especialista, além de proporcionar uma utilização muito menos traumática e agressiva para o doente, esta metodologia está associada a outro benefício que não é devidamente valorizado nem conhecido pela comunidade médica: ter um potenciador de absorção. «Para a mesma concentração do medicamento, este produto aumenta os níveis de absorção, ao alargar as uniões entre células, permitindo que a passagem do fármaco seja potenciada», explica.

José Dias

Nuno Tomada

Na sua apresentação, José Dias destacará ainda os resultados dos estudos que levaram à aprovação da formulação para aplicação tópica do alprostadil, nomeadamente «os que demonstraram uma eficácia igual ou superior à da aplicação intracavernosa», que, até agora, era considerada como alternativa quando as terapêuticas orais não obtinham resultados.

Perfil de segurança comprovado

Os aspetos relacionados com a epidemiologia da disfunção erétil vão ser apresentados neste simpósio-satélite por Nuno Tomada, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto. «O facto de o alprostadil de aplicação tópica ter apresentado um bom perfil de segurança é particularmente significativo, uma vez que estamos a falar de uma patologia cujas causas etiológicas mais comuns são a doença coronária, a aterosclerose, a diabetes, a obesidade, a hipertensão arterial e a síndrome metabólica, e que tem uma forte associação ao envelhecimento», salienta.

Segundo Nuno Tomada, «a ausência de efeitos sistémicos torna o alprostadil de aplicação tópica adequado, por exemplo, para doentes que estão medicados com nitratos». Perante estes bons resultados, já comprovados na prática clínica, o especialista acredita que «este fármaco passará a ser uma opção válida para uma parte considerável de doentes», ainda que a principal indicação terapêutica seja para casos com falência pós-tratamento oral. «Só a experiência nos poderá ajudar a decidir como vamos abordar a escolha terapêutica, mas há critérios que condicionam essa decisão, como o facto de o doente ter ou não um bom meato, sem estenoses, além de boas capacidades manuais e intelectuais para lidar com o fármaco», conclui Nuno Tomada. ■

OPINIÃO DO MODERADOR

«O alprostadil tem um mecanismo de ação diferente dos fármacos considerados atualmente de primeira linha – os inibidores da fosfodiesterase-5. É um análogo sintético da prostaglandina E1 [PGE1] que induz diretamente o relaxamento do músculo liso dos vasos, mediado pelo AMPc [monofosfato cíclico de adenosina, na sigla em inglês], e, consequentemente, a ereção, sem necessidade de um estímulo eretogénico e da ativação da via NO/GMPc [óxido nítrico/monofosfato cíclico guanosina], como acontece com os inibidores da fosfodiesterase-5.

Pelo facto de ser aplicado como creme no meato uretral, o risco de efeitos sistémicos e a interação com outros fármacos são muito diminutos, o que o torna ideal para doentes com disfunção erétil associada a outras comorbilidades e, frequentemente, polimedicados. Os efeitos secundários estão geralmente relacionados com o local de aplicação (por exemplo, dor ligeira na glande e eritema, entre outros), mas são ligeiros e de curta duração.»

Carlos Silva
Urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto

Imuno-oncologia: uma nova era no tratamento do cancro do rim

O aparecimento de novos fármacos, como o nivolumab, e o seu contributo como base da imuno-oncologia para o tratamento de carcinomas do foro urológico, nomeadamente das células renais, vai estar em discussão no simpósio-satélite organizado pela Bristol-Myers Squibb (BMS), que decorre hoje, entre as 17h30 e as 18h15.

Sandra Diogo

Arnaldo Figueiredo

«Imuno-oncologia nos tumores geniturinários: onde estamos e para onde vamos» é o tema central do simpósio organizado pela BMS, que terá como objetivo promover a discussão sobre o papel da imuno-oncologia no tratamento de alguns cancros, nomeadamente o de células renais avançado. Para Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e moderador desta sessão, «os resultados muito positivos que estes novos medicamentos têm revelado em diversas neoplasias fazem antecipar que venham também a ocupar um lugar central na Oncologia urológica».

Até há cerca de dez anos, não havia alternativas terapêuticas com eficácia demonstrada no carcinoma das células renais metastizado, mas, atualmente, «estamos a viver um período único de avanços que deslumbram a comunidade médica». «As descrições de regressões espontâneas de metástases de tumores do rim ocorrendo após nefrectomia, ainda que pouco fundamentadas e muito esporádicas, seriam um testemunho da capacidade do sistema imunitário do organismo para lutar contra metástases estabelecidas», explica Arnaldo Figueiredo.

O âmbito de ação de medicamentos como o nivolumab baseia-se na capacidade do sistema imunitário em reconhecer as células tumorais e de conseguir ultrapassar a aptidão que elas têm para o iludir. Ainda assim, e embora reconheça que a imuno-oncologia será um pilar na luta contra o cancro, não só do rim, mas também da próstata e da bexiga, entre outros, Arnaldo Figueiredo deixa um alerta: «Obviamente que, pela sua baixa toxicidade e elevado perfil de segurança, estas terapêuticas são muito apetecíveis, mas esta é ainda uma fase inicial da sua aplicação e os benefícios obtidos não serão, possivelmente, extensíveis a todos os casos.»

Aumento da sobrevivência e da qualidade de vida

Para Daniel Castellano, presidente do Grupo Espanhol de Tumores Geniturinários e orador neste simpósio-satélite, as mais-valias da imuno-oncologia foram comprovadas por diversos estudos e estão visíveis na prática clínica. «Os resultados de algumas investigações revelaram dados consistentes em todas as áreas analisadas, nomeadamente nas pesquisas por subgrupos de risco sob o critério MSKCC [Memorial Sloan-Kettering Cancer Center], tratamento prévio de primeira linha, tempo de resposta prévia e escala ECOG [Eastern Cooperative Oncology Group]». Outra das grandes inovações desta terapêutica é o facto de 34% dos doentes estarem vivos aos cinco anos de tratamento (*versus* os cerca de 12% descritos com as opções disponíveis anteriormente).

Além disso, «o nivolumab, em particular, é o primeiro fármaco não antiangiogénico de segunda linha no âmbito da imuno-oncologia que demonstra benefícios na sobrevivência global do cancro renal metastizado», refere o especialista espanhol. No que diz respeito ao perfil de segurança, estas moléculas revelaram baixos níveis de toxicidade, pelo que também contribuíram para a melhoria da qualidade de vida (facto comprovado no estudo *Check-mate 025* – que testou o nivolumab *versus* o everolímus no tratamento do carcinoma de células renais metastático). Na opinião de Daniel Catellano, tal «é particularmente significativo para doentes nos quais o tratamento de primeira linha falhou». «O facto de o nivolumab ter um nível de resposta superior à de outros fármacos é muito relevante neste subgrupo de doentes», remata.

«O nivolumab é o primeiro fármaco não antiangiogénico de segunda linha no âmbito da imuno-oncologia que demonstra benefícios na sobrevivência global do cancro renal metastizado»

Daniel Castellano

AVANÇOS SIGNIFICATIVOS

Para Arnaldo Figueiredo, o surgimento de fármacos como o nivolumab «é muito bem-vindo para a luta contra o carcinoma de células renais», vindo alargar o leque de opções para aquela que é a neoplasia urológica mais mortífera. «Houve, no passado, algumas tentativas com a terapêutica imunológica, como o interferão, mas que tinham associada uma elevada toxicidade e respostas erráticas, se bem que ocasionalmente extraordinárias. Depois, desenvolveram-se as terapêuticas-alvo, nomeadamente os inibidores da tirosina-cinase, que trouxeram avanços antes impensáveis. Agora, com o advento da imuno-oncologia, estamos mais perto de personalizar o tratamento, que poderá passar pela associação destas diferentes classes de moléculas», sintetiza o moderador do simpósio-satélite.

Nova Direção apresentada na Reunião do NIAPU

Ricardo Pereira e Silva

Juan Gómez-Rivas

Paulo Jorge Dinis

O segundo capítulo do Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU) começa a escrever-se hoje, com a apresentação da sua nova Direção. O momento será assinalado no final das três intervenções da reunião que decorre entre as 18h30 e as 19h30, na sala Atlântico, sob o mote «Transpondo as fronteiras da Urologia», na qual se fará o balanço do primeiro mandato do NIAPU e se abordará o contributo das redes sociais para a atualização em Urologia.

Rui Alexandre Coelho

Eleito a 1 de novembro de 2014, o primeiro presidente do NIAPU, Ricardo Pereira e Silva, na altura interno de Urologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, sorri agora, ao aproximar-se a passagem do testemunho, quando recorda os primeiros tempos deste órgão e os avanços entretanto conquistados. «A primeira Direção enfrentou um conjunto de desafios que tentámos superar da melhor forma, ao mesmo tempo que criávamos uma organização de raiz», indica o presidente cessante, que será o primeiro orador da sessão.

«NIAPU: presente e futuro» será o tema da preleção de Ricardo Pereira e Silva, que vai destacar o legado de interação entre internos que o segundo corpo diretivo receberá do primeiro. «Hoje em dia, os internos de Urologia portugueses têm uma proximidade, independentemente da sua área geográfica de origem, que não havia no passado. Acho que isso representará uma mais-valia para esta nova geração», prognostica. Sobre o futuro do NIAPU, o agora especialista destaca um objetivo: «Reforçar a posição dos internos portugueses no estrangeiro, principalmente a nível europeu, sobretudo através da European Association of Urology [EAU].»

A importância das redes sociais

A seguir, tomará a palavra o secretário da European Society of Residents in Urology (ESRU), Juan Gómez-Rivas, cuja presença nesta sessão é encarada por Ricardo Pereira e Silva como «um privilégio», nomeadamente para os internos e jovens especialistas. Gómez-Rivas, urologista no Hospital Universitário La Paz, em Madrid, fará uma atualização sobre o uso das redes sociais no âmbito da Urologia moderna.

«Vivemos num mundo globalizado e conectado, sendo que a maioria das pessoas tem acesso a um computador, *tablet*, *smartphone* ou qualquer dispositivo móvel com ligação à internet. Por outro lado, redes sociais como Facebook, YouTube, Twitter, Instagram, LinkedIn, entre outras, penetraram profundamente nas nossas vidas e mudaram a forma como interagimos, como nos conhecemos e comunicamos», observa.

A Medicina não foge à tendência e, como refere Juan Gómez-Rivas, as redes sociais tornaram-se bastante populares no seio da comunidade urológica internacional. Contudo, devido à natureza do conteúdo médico que é partilhado pelos profissionais de saúde, há questões ao nível do sigilo profissional e da relação de confiança entre médico e doente que merecem reflexão, como apontará o urologista espanhol na reunião do NIAPU.

O último orador será o secretário da Direção cessante, Paulo Jorge Dinis, interno de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que vai alertar a assistência para os programas formativos europeus. «A EAU tem verbas para aplicar nesta área. Pouca gente tem conhecimento destes apoios para um número muito variado de estágios, pelo que a minha palestra servirá para chamar a atenção para os processos de candidatura e a vantagem de fazer este tipo de estágios, tanto a nível profissional como pessoal», explica.

Paulo Jorge Dinis frisa ainda a «importância histórica» desta reunião, que marca o fim do primeiro mandato do NIAPU. No entanto, a continuidade está garantida, afiança o interno de Urologia: «Já existe uma lista candidata [as eleições decorreram ontem, já após o fecho desta edição]. Este é um aspeto positivo, e demonstra que os internos estão motivados.» ■

VANTAGENS DO TWITTER, POR RICARDO PEREIRA E SILVA

- «Podemos estabelecer contacto com *opinion leaders* a nível mundial através do *smartphone* ou do computador, de modo fácil e direto.»
- «Facilita a avaliação sobre os artigos mais recentes, os novos desenvolvimentos, as correntes de opinião e as mudanças de paradigma de atuação. Acho que o Twitter é extremamente enriquecedor.»