

Aceda à versão digital

# UROLOGIA ACTUAL



Arnaldo Figueiredo



José Manuel Cozár



Miguel Unda-Urzaiz



Enrique Lledo Garcia

## SINERGIAS IBÉRICAS EM UROLOGIA



Nuno Tomada



Emanuel Dias

No âmbito da parceria entre a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Asociación Española de Urología (AEU), especialistas dos dois países sentam-se hoje à mesma mesa. Um dos pontos em análise é a base de dados comum, que servirá para conhecer melhor a incidência dos cancros urológicos, nomeadamente da próstata e do testículo, em Espanha e Portugal. O objetivo é desenvolver este «projeto ambicioso» em 2017, cujo esperado sucesso ditará a sua extensão a outras patologias. Novos conceitos em hiperplasia benigna da próstata, uretroplastias anteriores e técnicas para aumentar a satisfação sexual após implantação de prótese peniana são os outros temas abordados nesta sessão

# Instantes

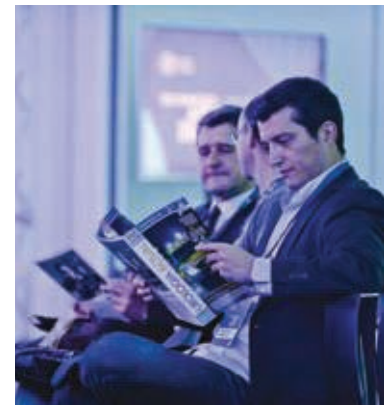
MESA DA SESSÃO DE ABERTURA (da esq. para a dta.): Miguel Carvalho (vogal da Direção da APU), Pedro Nunes (secretário-geral), Arnaldo Figueiredo (presidente) e José Garção Nunes (vice-presidente)



Salientando a atualidade dos temas selecionados para integrar este XIV Simpósio, o presidente da APU aproveitou a sessão de abertura para realçar também a relevância da partilha de experiências e opiniões entre especialistas. «Quisemos abordar a questão das fronteiras em Urologia, não do ponto de vista dos limites, mas do reforço dos traços de união entre nós e com as outras especialidades médicas que colaboram connosco», salientou. Como exemplo perfeito, Arnaldo Figueiredo destacou a sessão «Urgência urológica – a última fronteira»: «Sendo a urgência um local onde, pelo caráter agudo e transformador da assistência imediata dos doentes, pode ser muito gratificante exercer Medicina, mas que também é frequentemente palco de insatisfação, sobrecarga de trabalho e dificuldades de relacionamento intra e inter-hospitalares, é essencial apostar no bom entendimento.»



A indústria farmacêutica e de equipamentos faz-se representar neste evento com 30 stands e 5 simpósios-satélite



Neste XIV Simpósio, estão em apresentação 99 pósteres e 12 vídeos



Com cerca de 300 participantes, o primeiro dia ficou marcado por uma elevada participação nas sessões e uma intensa interatividade entre oradores e audiência

## 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:



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

Depósito Legal: N.º 338826/12

### Edição:



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 | [f](#) EsferaDasIdeias.Lda  
**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, Tiago Xavier e Rui Jorge  
■ **Design/paginação:** Ricardo Macieira Coelho e Susana Vale

### Patrocinadores desta edição:



# Anticoagulação, antiagregação e tabagismo em Urologia

Com início às 09h30, a mesa-redonda «A fronteira cardiopulmonar» conta com as preleções de dois urologistas, um cardiologista e uma pneumologista para abordarem a antiagregação e a anticoagulação em Urologia, tal como a relação entre o tabagismo e as patologias urológicas.

**Rui Alexandre Coelho**



Lilian Campos, Miguel Carvalho (moderador com Amílcar Sismeiro) e Ana Figueiredo

A tendência atual de recorrer à cirurgia *major* sob antiagregação e anticoagulação será o mote da primeira palestra, a cargo de Ricardo Patrão, urologista no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Mudam-se os tempos, mudam-se as práticas. «Há alguns anos, era quase impensável fazer cirurgia urológica *major* sob o efeito de certos medicamentos, nomeadamente os antiagregantes», recorda este orador. Mas o cenário mudou: «Hoje em dia, é quase obrigatório manter a antiagregação em doentes de determinados grupos de risco», observa.

Para abordar os problemas que a anticoagulação e a antiagregação colocam ao urologista, Ricardo Patrão vai incidir sobre esta nova orientação e sobre a necessidade de balancear bem a relação risco/benefício em cada doente. «É necessário conhecer muito bem as fronteiras

entre os diferentes fármacos, para que possamos atuar da melhor forma e com menor risco possível para o doente», afirma o palestrante, alertando para «uma série de implicações significativas» relacionadas com a cirurgia *major* sob antiagregação e anticoagulação, e ao maior «risco hemorrágico» que esta combinação suscita.

Sobre esse risco, o Dr. Jorge Ferreira, cardiologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, sublinha o facto de um dos novos anticoagulantes orais (o dabigatran) dispor, desde o início deste ano, do seu agente específico de reversão. «Os doentes tratados com dabigatran que tenham uma hemorragia grave do trato geniturinário ou que necessitem de cirurgia urgente poderão receber o antídoto, que controla a hemorragia e facilita a investigação da causa», sustenta.



Ricardo Patrão



Jorge Ferreira

Nesse contexto, no que toca aos doentes sob anticoagulação oral, Jorge Ferreira explica que a chamada «ponte» com os antagonistas da vitamina K só é feita se o risco da doença for elevado. «Se o doente tiver uma prótese valvular mecânica, um episódio de tromboembolismo venoso nos últimos três meses ou uma fibrilhação auricular com risco de acidente vascular cerebral [AVC] muito alto, tem de parar com os antagonistas da vitamina K e, neste caso, fazer uma heparina de baixo peso molecular como ponte», exemplifica Jorge Ferreira.

## Tabaco: um problema transversal

De seguida, na sessão, vai falar-se de tabaco, também a duas vozes. Lilian Campos, urologista no Hospital Distrital da Figueira da Foz, vai enquadrar o seu discurso na relação entre o tabagismo e as doenças urológicas, já que este hábito não se associa apenas ao cancro do pulmão. «O tabaco constitui também fator de risco para várias neoplasias geniturinárias, sendo o mais relevante o tumor do urotélio, nomeadamente o da bexiga. Cerca de 50% dos casos de neoplasia vesical ocorrem em fumadores, estando a doença diretamente relacionada com a duração do consumo e a carga tabágica», refere.

Lilian Campos sublinha ainda que o tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Neste sentido, alerta que «o urologista pode desempenhar um papel importante na prevenção de doenças, ao informar sobre a relação entre tabagismo e patologia urológica».

Já Ana Figueiredo, pneumologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e também oradora nesta sessão, frisa que «nada de bom pode advir do tabagismo, que está associado a várias patologias urológicas, como cancro da bexiga, disfunção erétil e infertilidade, entre outras». No caso do doente oncológico, o hábito de fumar «agrava o prognóstico, diminui a sobrevivência e a qualidade de vida, e complica os tratamentos, nomeadamente os cirúrgicos», acrescenta.

Citando a última revisão da Cochrane sobre o aconselhamento médico no tabagismo, Ana Figueiredo reforça a sua importância para o abandono deste hábito. «Sendo uma intervenção extremamente simples e rápida, se for aplicada de forma sistemática, pode conseguir números de abandono do tabaco significativos. E os urologistas estão numa posição privilegiada para ajudarem os seus doentes fumadores a pararem de fumar», acredita a pneumologista. ■

# Tratamento médico dos tumores urológicos

Entre as 11h15 e as 12h15, decorre a mesa-redonda «A fronteira com a Oncologia: tratamento médico das neoplasias urológicas». Segue-se o resumo das comunicações dos quatro oradores.

**Belmiro Parada,  
Manuel Ferreira Coelho,  
Francisco Pina (moderador com  
Gabriela Sousa)  
e Manuel Oliveira**



André Silva

## Tumores do testículo

«Vou falar sobre as recomendações para a abordagem dos tumores do testículo (TT), incluindo o tratamento médico, e sobre os resultados do Centro de Tratamento de Tumores do Testículo do CHUC. Esta é uma área que exige uma atuação multidisciplinar, sendo essencial ter uma equipa muito experiente, que saiba identificar quais os tumores do testículo em que a orquidectomia é o tratamento indicado e suficiente, podendo ser adotada uma estratégia de vigilância ativa dos casos que requerem quimioterapia adjuvante, radioterapia ou exérese de massas residuais e linfadenectomia. Uma boa equipa é fundamental para alcançar resultados de excelência. O nosso centro, sendo uma das referências a nível nacional, tem obtido resultados comparáveis aos dos melhores, a nível internacional, no tratamento dos TT. Por exemplo, nos tumores de estádios I e II, após tratamento, a taxa de sobrevivência é de 100%. Apenas nos tumores de estádio III e em casos já muito avançados tivemos doentes que não resistiram. Isto vem comprovar que estamos no rumo certo.»

**Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

## Carcinoma de células renais metastizado

«Desde 2006, os tratamentos com terapêuticas-alvo trouxeram um aumento significativo da taxa global de sobrevivência dos doentes. Após a remoção do rim no doente com tumor metastizado, existem três linhas de tratamento disponíveis. A primeira consiste na terapêutica com os fármacos sunitinib e pazopanib. Inevitavelmente, ao fim de cerca de 11 meses, a resistência aos fármacos de primeira linha estabelece-se, sendo necessário passar à segunda linha de tratamento com novas moléculas – axitinib, cabozantinib e nivolumab –, que travam a progressão da doença durante alguns meses. Findo esse tempo, nova resistência emerge, tornando-se necessário passar à terceira linha de tratamento, através da administração de everolimus. Com a evolução da Medicina e o aparecimento de novas respostas, os doentes com carcinoma de células renais metastizado acabam por ver crescer a sua sobrevivência global.»

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

## Tumores uroteliais

«No tratamento quimioterápico dos tumores uroteliais, existem importantes aspetos a salientar. Na doença musculoinvasiva localizada, embora a quimioterapia neoadjuvante esteja perfeitamente estabelecida nas normas das principais sociedades internacionais, o facto é que ainda é pouco utilizada pela comunidade urológica. Por outro lado, apesar de o tratamento adjuvante teoricamente fazer todo o sentido, ainda não provou o seu real benefício à luz da literatura atual. No caso da doença metastática, o problema do tratamento preconizado hoje em dia reside nos seus resultados modestos e no facto de a sua aplicabilidade ser muitas vezes limitada pelo estado de debilitação dos doentes e por apenas existir uma terapêutica de segunda linha aprovada. Desta forma, na minha apresentação, abordarei também os novos fármacos atualmente em desenvolvimento para esta doença de difícil tratamento e controlo oncológico.»

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

## Tumores do pénis

«Vou fazer uma revisão sobre as modificações que têm ocorrido na classificação, no estadiamento e no tratamento. Em particular, uma revisão de 2007 trouxe uma classificação diferente e algumas modificações em termos de estadiamento do carcinoma *in situ*, o PAIN [*penile intracytoplasmic neoplasia*], com 33% das lesões de alto risco a progredirem para carcinoma de células escamosas. Houve também uma reclassificação dos tumores T2 e T3, sendo que o prognóstico é diferente se se classificar os pT2 e pT3 em quatro categorias, com diferenças na sobrevivência global e na sobrevivência livre de doença. Quanto ao tratamento dos gânglios inguinais, a invasão linfovascular

na peça operatória tem sido incorporada nas últimas revisões de staging e é o fator independente mais importante, seja qual for o grau ou estádio da doença. Classicamente, a quimioterapia tem sido utilizada em regimes neoadjuvantes nos estádios CN3. Hoje em dia, o regime à base de cisplatino/5FU (PF) é o que reúne maior consenso. Nos casos pN2-N3, existem trabalhos que suportam o tratamento adjuvante com regimes à base de cisplatino, 5FU e docetaxel (TPF), mas com nível de evidência 2b. Apesar destas novidades, a evidência nos tumores do pénis ronda o nível 2a, uma vez que não há estudos prospetivos, o que limita a atualização dos conhecimentos.»

**Manuel Ferreira Coelho, urologista no Hospital da Luz Lisboa**

## Aumentar a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes com CPRCm



Pedro Nunes e Tomé Lopes (moderador)



Bruno Jorge Pereira

Os benefícios da enzalutamida como tratamento hormonal de segunda geração nos doentes com cancro da próstata metastático resistente à castração (CPRCm) assintomáticos ou pouco sintomáticos vão ser debatidos hoje, entre as 12h15 e as 13h00, no simpósio-satélite organizado pela Astellas.

**Sandra Diogo**

O aparecimento de fármacos como a enzalutamida está a alterar o paradigma do tratamento dos doentes em estádios avançados de cancro da próstata, particularmente quando se tornam resistentes à castração. «Estas moléculas atuam sobre determinados recetores que já não estavam aptos a receber outro tipo de terapêutica hormonal, potenciando que o cancro não progrida», explica Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e moderador da sessão.

Ainda que estes medicamentos não representam uma cura, segundo este urologista, «contribuem para o aumento da sobrevida dos doentes que já não tinham qualquer esperança em relação ao seu tratamento e atuam ao nível da qualidade de vida, nomea-

damente em termos de redução da dor, promoção da mobilidade e do bem-estar geral». Neste estágio da patologia, tais aspetos são «bastante significativos».

Para Bruno Jorge Pereira, urologista no Centro Hospitalar Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã e orador neste simpósio-satélite, as mais-valias da enzalutamida estendem-se ainda ao facto de «permitir o tratamento de doentes que, apesar de terem alguma idade, apresentam uma boa condição geral e nos quais a quimioterapia poderia provocar efeitos nefastos muito significativos».

### Atuar o mais cedo possível

Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e também orador neste simpósio, reforçará a eficácia e a segurança da enzalutamida nos doentes em estádios precoces de CPRCm, comprovadas pelos resultados dos estudos TERRAIN (A safety and efficacy study of MDV3100 versus bicalutamide in castrate men with metastatic prostate cancer) e PREVAIL (A safety and efficacy study of oral MDV3100 in chemotherapy-naïve patients with progressive metastatic prostate cancer).

«A enzalutamida permite-nos controlar a patologia numa fase precoce, sem que o doente apresente, necessariamente, uma metastização extensa, diminuindo a probabilidade de progressão da doença e contri-

buindo para o aumento da sobrevivência», refere o orador. No que diz respeito à qualidade de vida, sendo esta uma terapêutica de toma oral, «torna-se bastante cómoda e com efeitos secundários bem tolerados e facilmente manejáveis, por oposição à quimioterapia». Com base neste cenário, Pedro Nunes acredita que esta molécula «favorecerá muitos dos doentes que sofrem de CPRCm, ainda que aqueles que responderam ao tratamento hormonal de primeira geração durante mais tempo sejam também os que mais beneficiam da enzalutamida». O urologista defende que o tratamento com este fármaco seja «iniciado cada vez mais precocemente, quando já existem metástases evidentes, mas a sintomatologia ainda não é exuberante».

Um doente com cancro da próstata metastizado tem uma sobrevida média de 28%, ao fim de cinco anos. «Com as mais recentes opções terapêuticas, há maior esperança para estes doentes. Além disso, tendo mais armas terapêuticas, podemos fazer tratamentos sequenciais – o que é particularmente importante nestes casos», conclui Bruno Jorge Pereira. ■

### INDICAÇÕES EM ESTUDO

Na sequência dos estudos que revelaram vantagens na utilização da enzalutamida como tratamento de segunda linha, antes de se iniciar a quimioterapia, vários especialistas defendem a possibilidade da sua aplicação em fases ainda mais precoces do CPRCm. Segundo Pedro Nunes, isso poderá significar uma mudança no paradigma do tratamento quimioterápico dos doentes hormonossensíveis. «As recomendações comprovadas pelos estudos STAMPEDE [Systemic Therapy in Advancing or Metastatic Prostate cancer: Evaluation of Drug Efficacy] e CHARTED [Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer] determinam que todos os doentes com metástases de novo devem ser submetidos a seis ciclos de quimioterapia. No entanto, penso que isso pode vir a ser alterado, com a introdução mais precoce da terapêutica hormonal de segunda linha nestes doentes», refere o urologista.

## Novos caminhos para estudo e tratamento da suprarrenal

A mesa-redonda «Hipertensão arterial [HTA] renovascular e suprarrenal» abre o programa científico da tarde de hoje, com reflexões sobre o presente e o futuro do estudo das massas da glândula suprarrenal e da sua abordagem cirúrgica.

**João Paulo Godinho**



Rodrigo Ramos com os moderadores José Cabrita Carneiro e Estêvão Lima

Definir orientações clínicas e refletir sobre as diferentes abordagens cirúrgicas das patologias que afetam a glândula suprarrenal são os pontos fulcrais da mesa-redonda que decorre entre as 14h30 e as 15h30, com as palestras de Rodrigo Ramos, urologista no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa, sobre o estudo das massas da suprarrenal, e Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sobre a abordagem cirúrgica.

«É necessário criar uma linha de orientação para a abordagem clínica, que permita esclarecer como encaminhar os doentes com massa na suprarrenal», defende Rodrigo Ramos, enunciando também duas questões que carecem de resposta: «Saber se a lesão é ou não funcional e se é ou não maligna; e que exames realizar e como os interpretar.» Por outro lado, o urologista do IPO de Lisboa esclarece que este tipo de lesões não é raro, atingindo maior incidência nas pessoas de mais idade, e sublinha a frequente deteção de massas suprarrenais em estudos imagiológicos.

Considerando que «há sempre espaço para a discussão» neste âmbito, Rodrigo Ramos realça a necessidade de uma reflexão constante. A perspetiva de criar uma linha de orientação é defendida por este urologista, que, na sua intervenção, vai também frisar os critérios decisivos na escolha dos exames adequados para a deteção e o estadiamento

das massas suprarrenais. «A dimensão da lesão, que pode ou não despertar a suspeita de malignidade; se existe ou não atenuação e como a lesão se comporta em termos de contraste são aspetos que devem ser determinados», sublinha o urologista.

### A abordagem cirúrgica

Lorenzo Marconi será o segundo interveniente a tomar a palavra nesta mesa-redonda, falando sobre a abordagem cirúrgica, que «está geralmente indicada para o tratamento de massas funcionantes ou potencialmente malignas da glândula suprarrenal». Descrita em 1992, a abordagem laparoscópica é atualmente considerada a técnica de eleição para a excisão total ou parcial da suprarrenal, apesar de «apresentar ainda algumas limitações, mantendo a suprarrenalectomia aberta um papel importante no tratamento do carcinoma adrenocortical e no de massas benignas volumosas de excisão tecnicamente complexa».

Neste sentido, a suprarrenalectomia robótica, em doentes selecionados, «poderá representar uma opção cirúrgica apropriada, pois combina os benefícios da cirurgia minimamente invasiva com uma menor complexidade técnica e uma maior reprodutibilidade». A suprarrenalectomia parcial «tem também um papel importante no tratamento de pequenas massas da suprarrenal, mas é ainda um tratamento claramente subutilizado».

Atualmente, as técnicas cirúrgicas para excisão da suprarrenal são realizadas por urologistas, cirurgiões gerais e cirurgiões endócrinos. No entanto, «existe grande variabilidade nacional e internacional ao nível da referência dos doentes e da experiência dos cirurgiões, não tendo nenhuma especialidade cirúrgica assumido, de forma consistente, o domínio do tratamento das patologias da suprarrenal», nota Lorenzo Marconi. E acrescenta: «Considero que os urologistas portugueses estão particularmente bem posicionados para assumir uma posição de liderança no tratamento cirúrgico da suprarrenal.» Eis as explicações: «Domínio de técnicas avançadas de cirurgia minimamente invasiva, familiaridade com a anatomia do retroperitônio e vasta experiência com as abordagens cirúrgicas abertas e videoassistidas de diversos órgãos retroperitoneais.»

No entanto, adverte Lorenzo Marconi, «a experiência técnica do urologista na excisão da suprarrenal não deve ser confundida com o conhecimento profundo do tratamento da patologia da suprarrenal». Por isso, para que o urologista possa assumir liderança no tratamento cirúrgico da suprarrenal, «a sua experiência técnica deve ser complementada com um conhecimento robusto da fisiopatologia deste órgão», conclui. ■



Lorenzo Marconi

## Esforço ibérico na luta contra as doenças urológicas

No âmbito da parceria entre a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Asociación Española de Urología (AEU), especialistas dos dois países partilharão uma mesa, entre as 15h15 e as 16h15, para debater os resultados dessa sinergia no acompanhamento das neoplasias da próstata e do testículo. Os novos conceitos da hiperplasia benigna da próstata, as uretroplastias anteriores e as próteses penianas serão os outros temas abordados.

**Sandra Diogo**



**Nuno Tomada, Arnaldo Figueiredo (moderador e presidente da APU) e Enrique Lledo-Garcia**



**José Manuel Cozar (moderador e presidente da AEU)**

A mesa ibérica intitulada «Fronteiras geográficas» e moderada por Arnaldo Figueiredo e José Manuel Cózar, respetivamente presidentes da APU e da AEU, iniciará os trabalhos com a intervenção de Miguel Unda Urzaiz, ex-coordenador nacional do Grupo Uro-oncológico da AEU e diretor do Serviço de Urologia do Hospital Universitario de Basurto, em Bilbao. O especialista espanhol vai falar sobre a base de da-

dos ibérica do tumor do testículo, um projeto conjunto da APU com a AEU.

«Desenhámos uma base de dados para identificar todas as variáveis que consideramos úteis no cálculo da incidência desta neoplasia, assim como para perceber os tratamentos utilizados e a evolução dos doentes incluídos», explica Miguel Unda Urzaiz. Estas informações serão complementadas com a plataforma PIEM, da AEU, na qual os urologistas se podem registar e incluir dados, além de aceder a todos os que já lá estão. «Este é um projeto ambicioso que queremos desenvolver em 2017 e de cujo sucesso dependerá a extensão a outras patologias», frisa.

Para falar sobre os novos conceitos da hiperplasia benigna da próstata (HBP) tomará a palavra Emanuel Dias, urologista no Hospital de Braga, que vai abordar as várias teorias acerca desta que é uma das doenças humanas mais comuns e cuja origem ainda permanece desconhecida. «Resultado da nossa investigação básica laboratorial, e sustentados em várias evidências prévias, propusemos, recentemente, uma nova teoria explicativa para a etiologia da HBP: a Teoria Neuroendócrina. Assim, vou

abordar as evidências que a justificam, bem como as respetivas implicações terapêuticas», avança este orador.

### Desafios comuns

As uretroplastias anteriores serão discutidas pelo Prof. Enrique Lledo Garcia, presidente da Secção de Transplante Urológico da Associação Europeia de Urologia e urologista no Hospital General Universitario Gregorio Marañon, em Madrid. Considerando que tanto nas estenoses da uretra peniana, como nas estenoses da uretra bulbar as opções terapêuticas dependem da causa que as origina, este especialista irá abordar as diferentes soluções cirúrgicas. «Se as estenoses da uretra peniana foram causadas por uma doença inflamatória, como o líquen escleroso, podemos optar por colocar enxertos livres ou flaps fasciocutâneos. Já no caso das estenoses da uretra bulbar, a decisão vai depender se tiveram ou não origem traumática», exemplifica o urologista.

A última apresentação estará a cargo de Nuno Tomada, coordenador da Unidade de Medicina Sexual do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no



**Miguel Unda Urzaiz**

**Emanuel Dias**

Porto, a quem caberá falar sobre as técnicas para aumentar as taxas de satisfação sexual após implantação de prótese peniana. «Sabemos que os níveis de satisfação nestes casos são bastante elevados, pelo que é difícil melhorar estes valores, mas pretendo abordar alguns pequenos truques que ajudam nesse objetivo», avança.

O aconselhamento pré-operatório adequado, a técnica cirúrgica, o papel da parceira e a influência da etiologia da doença serão alguns dos critérios em destaque, a par das estratégias para situações específicas, como a doença de La Peyronie os

doentes obesos. Nuno Tomada reforçará a sua comunicação com dados relativos à experiência do CHSJ na colocação de próteses penianas, que já foram publicados. «A taxa de satisfação sexual global com as próteses insufláveis, tanto da American Medical Systems (AMS) como da Coloplast Corporation, são superiores a 90%», nota.

Considerando que os principais desafios nesta área não dizem respeito à colocação da prótese propriamente dita, mas antes

à obtenção de um bom resultado estético e funcional, Nuno Tomada aproveitará ainda para trazer à discussão um aspeto que preocupa particularmente os doentes: o encurtamento peniano. «É importante melhorar o comprimento peniano ou a percepção do doente face a este aspeto após a colocação da prótese, designadamente através da faloplastias ventral e/ou a libertação do ligamento suspensor do pénis», conclui o urologista. ■

## PARCERIA FRUTÍFERA ENTRE A APU E A AEU

Segundo Arnaldo Figueiredo, presidente da APU, a organização desta mesa ibérica tem por base as relações de proximidade naturais entre Portugal e Espanha, que foram reforçadas pelas atuais direções da AEU e da APU. «Há particularidades comuns, relacionadas não só com aspetos de relações internacionais, em que a Língua pode representar uma vantagem, e não um problema, mas também com a prática urológica (como as limitações tecnológicas de cada país). O nosso objetivo é provar que esta proximidade deve ser aproveitada e, nesse sentido, esta parceria contribui, entre outras possibilidades, para estabelecer uma ponte privilegiada com os países americanos, designadamente através da Confederação Americana de Urologia, a terceira sociedade científica de maior dimensão mundial da especialidade», frisa.

Na opinião do presidente da AEU, os resultados desta parceria já são visíveis e prometem marcar a diferença na Urologia mundial. «Estamos a desenvolver uma base de dados comum, que servirá para conhecer melhor a incidência dos cancros urológicos em Espanha e Portugal e é nossa pretensão alargar este projeto a outras patologias», sublinha José Manuel Cózar, acrescentando que esta sessão no XIV Simpósio APU servirá de «pontapé de saída» para esse trabalho conjunto. «Mais do que uma novidade, esta base de dados comum aos dois países é algo histórico. Creio que estas colaborações vão contribuir para a melhoria da prática da Urologia, porque teremos mais experiência partilhada entre Portugal e Espanha.»



## Como está e para onde vai a cirurgia de ambulatório



Analisar o mapa português da cirurgia urológica de ambulatório é o objetivo da mesa-redonda que terá lugar amanhã, entre as 9h00 e as 10h00. Os casos individuais e as tendências, os modelos de sucesso, as queixas e as sugestões para melhores práticas são alguns dos tópicos a debater nesta sessão moderada por Carlos Guimarães, urologista no Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, e João Lourenço, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro. Em seguida, apresentamos uma síntese do que será dito por cada um dos representantes dos vários Serviços de Urologia que realizam cirurgia de ambulatório.

### Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo



DR

«Operamos cerca de 120 doentes por ano em regime de ambulatório, sendo que a disponibilidade útil é quinzenal. As cirurgias do pénis e escrotal são as mais representadas. Em média, o peso da cirurgia de ambulatório face à cirurgia programada ronda os 17%. A nossa Unidade de Cirurgia de Ambulatório é autónoma, ou seja, não está relacionada fisicamente com o bloco operatório central, dispondo de três salas operatórias e uma unidade de recobro com nove camas e nove cadeirões. Não há sistema de pernoita. Aproveito para frisar a importância da cirurgia de ambulatório, não só na contenção de custos associados aos cuidados de saúde, como na qualidade e na segurança para o utente. Relativamente ao Alto Minho, para além de ser uma área geográfica bastante vasta, as vias de acesso, o envelhecimento da população e o seu nível socioeconómico limitam, por vezes, a opção pela cirurgia de ambulatório.»

**Eurico Maia, diretor do Serviço de Urologia**

### Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano

«Foi efetuada uma análise de todas as cirurgias realizadas em regime central e de ambulatório, desde 2011 até à presente data. No Serviço de Urologia do Hospital Pedro Hispano (HPH), 30% da produção cirúrgica é em regime de ambulatório, intervencionando desde doentes em idade pediátrica (o mais novo que operámos tinha 2 anos), até idades mais avançadas (o mais velho tinha 92 anos). A média de idades é de 48 anos. Temos uma cirurgia de ambulatório perfeitamente definida e orientada de acordo com as normas. Ainda há a possibilidade de pernoita, para os doentes que dela necessitem (normalmente por indicação da Anestesiologia). O Serviço de Urologia do HPH tem operado todos os doentes a que se propõe e não registamos nenhum caso que exceda o tempo cirúrgico previsto por lei. Estamos a desenvolver um projeto de implementação similar ao modelo de Walking Clinic, que permitirá ao doente submetido a um procedimento em regime ambulatório ser avaliado na consulta externa, ver colocada a indicação cirúrgica e, no mesmo dia, ser avaliado pelo anestesiológista (se não for uma cirurgia sob anestesia local) e pelo enfermeiro, bem como realizar os meios complementares de diagnóstico pré-operatório, otimizando, desse modo, a qualidade do ato prestado.»

**Frederico Carmo Reis**



### Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E)



«A cirurgia de ambulatório do CHVNG/E funciona numa unidade-satélite que se situa no antigo Hospital de Espinho, sendo autónoma e estando em funcionamento há oito anos. Tem uma acreditação de qualidade de nível bom pelo modelo da ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) com a DGS (Direção-Geral da Saúde) e uma avaliação de nível de excelência clínica (\*\*\*\*) pelo SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde). Esta unidade dispõe de três blocos operatórios, 16 camas no recobro e oito camas para pernoita. A Urologia ocupa um dia fixo semanal, entre as 8h00 e as 20h00, o que corresponde a dois tempos operatórios, sendo o da manhã destinado a cirurgias com anestesia geral e o da tarde a cirurgias com anestesia local. Operam-se 10 a 12 doentes por dia, correspondendo a uma média de 450 a 500 doentes por ano, o que perfaz uma taxa de cirurgia de ambulatório de 40% ao ano. A Urologia tem uma equipa fixa de dois especialistas e um interno, que são responsáveis por toda a patologia de ambulatório. Esta unidade tem margem para crescer e diversificar as patologias.»

**Luís Ferraz, diretor do Serviço de Urologia**

Continua na pág. 14

## Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André



«Apesar da elevada procura pela cirurgia de ambulatório, e de tentarmos satisfazer todos os pedidos, infelizmente, só operamos de 15 em 15 dias. Apesar disso, prestamos um bom atendimento. Dada a minha experiência em hospitais centrais, penso que as dificuldades que sentimos são gerais. As nossas limitações passam mais pela falta de anestesiológicos, que nos leva a não poder realizar cirurgias de ambulatório pelo menos uma vez por semana, concretamente em Urologia. Isto porque os anestesiológicos do nosso hospital servem outras especialidades, que também têm as suas necessidades. Além disso, a nossa equipa médica é reduzida – chegamos a ficar apenas dois urologistas de serviço. Ao todo, tenho quatro belíssimos colegas, mas, se amanhã houver a hipótese de ter mais, melhor ainda.» **José Garcia, diretor do Serviço de Urologia**

## Hospital Distrital de Santarém

«Temos uma unidade cirúrgica construída de raiz para as intervenções de ambulatório. Além disso, temos uma unidade de pequena cirurgia no setor da Consulta Externa das Especialidades Cirúrgicas, na qual fazemos pequenas cirurgias sob anestesia local. Esta segunda unidade tem aliviado a disponibilidade da Unidade de Cirurgia de Ambulatório para intervenções mais complexas e sob anestesia geral. Na unidade de pequena cirurgia, fazemos circuncisões, cortes de freios ou vasectomias. Já na unidade de cirurgia ambulatória, realizamos, preferencialmente, cirurgia sob anestesia geral. A nossa unidade funciona globalmente bem. Só há um pormenor por definir, que é a possibilidade de pernoita, ou seja, fazer um recobro até 24 horas. De resto, temos aumentado o número de doentes operados em ambulatório e, este ano, ultrapassámos, logo em setembro, os resultados de 2015, que, por sua vez, já tinham sido os melhores de sempre. Apesar disso, no que diz respeito à cirurgia com anestesia local, não temos lista de espera. Os doentes urgentes são operados no próprio dia, se necessário.»

**David Castelo**



## Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria



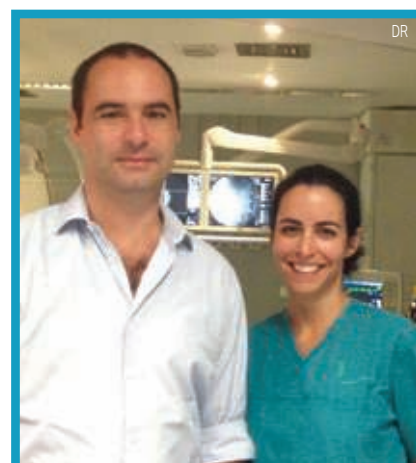
«Dispomos de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório exclusiva, que está integrada no Serviço de Urologia e conta com profissionais dedicados. São cerca de dez os assistentes hospitalares que regularmente operam nesta unidade, apoiados pelos internos do Serviço de Urologia. Temos dado resposta a um grande número de doentes nos últimos anos, destacando-se o elevado número de doentes com litíase urinária operados por via endoscópica em regime de ambulatório: cerca de 1 400 operados entre 2011 e 2015, com taxas de ambulatorização superiores a 85%. Temos aumentado a complexidade das intervenções em ambulatório, com cada vez mais cirurgia retrógrada intrarrenal (RIRS) realizada neste contexto. Apesar de a procura ser superior à capacidade instalada, temos conseguido dar resposta às necessidades sem atrasos significativos.»

**Sérgio Pereira**

## Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz

«Os nossos números da cirurgia de ambulatório são baixos, porque dispomos apenas de um tempo operatório semanal que nos permitiu realizar cerca de 214 intervenções em 2015. Já entre outubro de 2015 e setembro de 2016, operámos cerca de 200 doentes. Comparativamente aos anos anteriores, este é um número ligeiramente superior. Analisando este resultado à luz da cirurgia realizada no bloco central, concluímos que a nossa taxa é de cerca de 20%, ou seja, por cada operação em unidade ambulatória, são efetuadas cerca de cinco no bloco operatório central. As cirurgias aos genitais externos masculinos predominam no ambulatório, mas realizamos ainda um número significativo de operações para controlo da fertilidade e intervenções endourológicas. Em termos de estratégia para evoluir, destaco a necessidade de formar uma equipa fixa de enfermagem; a que temos atualmente é rotativa. No que toca aos médicos, dispomos de três equipas em rotação para assegurar um tempo operatório semanal.»

**Pedro Monteiro e Nídia Rolim**



# Novos caminhos no cancro da próstata avançado

«Oncologia prostática – a fronteira da doença avançada» é o título da mesa-redonda que vai decorrer amanhã, entre as 11h45e as 12h45. Em foco estarão a doença oligometastática, o tratamento local da doença metastizada e as implicações das novas *guidelines* no cancro da próstata metastizado.

Rui Alexandre Coelho



Carlos Silva, Rui Sousa (moderador) e Pedro Monteiro

Esta mesa-redonda inicia-se com a intervenção de Pedro Monteiro, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, que vai abordar o conceito da doença oligometastática e respetivas atitudes diagnósticas e terapêuticas. Este especialista refere que, «perante cancro da próstata avançado, é necessário saber identificar os casos que podem beneficiar de maior agressividade terapêutica dirigida aos focos de doença, até porque há dados que alertam para a possibilidade de repensar as estratégias até agora muito pré-concebidas».

Nesse sentido, Pedro Monteiro comentará os novos caminhos do tratamento da doença oligometastática, nomeadamente da radioterapia, cuja «aplicabilidade começa a parecer plausível». De resto, «a evolução da capacidade de diagnóstico imagiológico das metástases já está a fornecer um crescente número de doentes nesta fase da doença e o

cenário vai, muito provavelmente, tornar-se mais frequente», prevê este urologista.

O conceito de doença oligometastática surge da tentativa de identificar casos com menor carga neoplásica extraprostática como potencial alvo de tratamento dirigido. «Pode ser uma estratégia válida para melhorar o controlo oncológico», resume Pedro Monteiro. Porém, a natureza peculiar do cancro conduz a diferentes linhas de pensamento: «De uma forma simplista, aqueles que consideram que o tratamento dos depósitos secundários pouco numerosos pode manter o intuito curativo da doença localizada opõem-se aos que pensam que esta fase precoce progredirá, de forma inexorável, para um cenário de doença disseminada incurável.»

## Tratamento local da doença metastizada

Urologista no Hospital Infanta Sofia, em Madrid, Luis Martínez-Piñeiro tomará de seguida

a palavra, para falar sobre o tratamento local na doença metastizada. Reza a forma clássica de lidar com o doente oncológico que o cancro precisa de um tratamento sistémico quando está numa etapa metastática; só quando se encontra localizado é que se deve realizar um tratamento local com intuito curativo. Quem o afirma é Luis Martínez-Piñeiro, sublinhando, no entanto, que o enfoque está a mudar.

«Há três tipos de cancro em que se demonstra que, apesar de o tumor estar disseminado, o tratamento local pode trazer benefícios ao doente. É o caso do cancro do rim metastático, do cancro do ovário em estágio III e do cancro colorretal metastático. No cancro da mama, que, em certa medida, se assemelha ao da próstata por ser um tumor hormonosensível, testes clínicos finalizados recentemente demonstram que o tratamento cirúrgico do tumor primário não oferece vantagens de sobrevivência aos doentes que já tenham desenvolvido metástases», refere o orador espanhol.

No âmbito do cancro da próstata metastizado (CAPm), estão a ser efetuados os primeiros ensaios clínicos para perceber se a prostatectomia radical ou a radioterapia podem acrescentar algo ao tratamento sistémico com bloqueio androgénico. Por agora, diz Luis Martínez-Piñeiro, «não há resultados definitivos».

## Novas guidelines no CAP metastizado

A última intervenção desta mesa-redonda estará a cargo de Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e vai girar em torno das implicações das novas *guidelines* no CAPm. Este orador irá reforçar que, hoje em dia, existem mais possibilidades de tratamento para além da hormonoterapia isolada, o que considera tratar-se de «uma mudança de paradigma».

Neste âmbito, o urologista destaca estudos recentes, segundo os quais a associação da quimioterapia à hormonoterapia, numa fase mais precoce do CAP, prolonga a sobrevivência e melhora a qualidade de vida do doente. Nomeadamente o STAMPEDE (*Systemic Therapy in Advancing or Metastatic Prostate cancer: Evaluation of Drug Efficacy*) e o CHARTED (*ChemoHormonal Therapy vs. Androgen Ablation Randomized Trial for Extensive Disease in Prostate Cancer*) «demonstraram que há um benefício na associação da quimioterapia sistémica (docetaxel) à terapêutica de privação de androgénios». Tendo e conta estes resultados, «esta associação terapêutica deve ser equacionada perante um doente com CAPm e não apenas a hormonoterapia», sublinha Carlos Silva. ■



Francisco Cruz (moderador)



Luis Martínez-Piñeiro

# Mais e melhor tempo de vida para o doente com CPmRC

Com benefícios comprovados no aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes com cancro da próstata metastático resistente à castração (CPmRC), as mais-valias do acetato de abiraterona e a possibilidade da sua utilização em fases cada vez mais precoces da patologia estarão no cerne do simpósio-satélite organizado pela Janssen, a decorrer amanhã, entre as 11h00 e as 11h45. Os resultados obtidos com este fármaco são mais um passo para tornar o CPmRC numa doença crónica de longa duração.

**Sandra Diogo**



**Carlos Silva**

Se, até há pouco tempo, os doentes com CPmRC cujo tratamento de primeira linha falhara não tinham mais respostas eficazes disponíveis, o aparecimento de novos fármacos de segunda linha e a possibilidade de combinar terapêuticas veio alterar o paradigma de acompanhamento destes casos. «Os resultados obtidos com a abiraterona nos ensaios clínicos, que se têm confirmado na prática clínica, são mais um passo fundamental no processo de tornar o cancro da próstata avançado numa doença crónica de muito longa duração, com um aumento significativo da sobrevida e melhoria substancial da qualidade de vida dos doentes», defende Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e



**Catarina Gameiro**

um dos oradores deste simpósio-satélite intitulado «O doente com CPmRC: escolha mais e melhor tempo de vida – do diagnóstico ao tratamento».

Para o sucesso desta molécula contribui também o facto de ser uma terapêutica oral, «o que proporciona uma melhor adesão por parte do doente, que não necessita de recorrer tantas vezes ao hospital». Para Catarina Gameiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e também palestrante, essa é uma vantagem incontornável: «Com este medicamento, o doente pode ficar muito mais autónomo.» Além disso, «o acetato de abiraterona tem um perfil de segurança muito favorável e, depois de vários anos sem novidades nesta área, é uma revolução.»



**Ana Castro**

## Início precoce da terapêutica

Também oradora nesta sessão, Ana Castro, oncologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, afirma que os resultados obtidos até agora sugerem que o acetato de abiraterona deverá ser iniciado numa fase cada vez mais precoce do CPmRC. «Quanto mais cedo iniciarmos este fármaco, mais oportunidades de tratamento o doente terá, porque chegará em bom estado geral às linhas subsequentes», frisa. A oncologista fundamenta a sua opinião com a própria experiência clínica: «Tenho vários doentes tratados com a abiraterona, que mantêm um benefício clínico sustentado, permanecendo assintomáticos e sem necessidade de terapêutica concomitante com opioides.»

Catarina Gameiro alerta, no entanto, para a necessidade de selecionar bem os doentes. «Ainda que seja relevante tanto na fase pré, como pós-quimioterapia, sabemos que as pessoas que não respondem bem à terapêutica hormonal poderão ser também as que não têm melhor resultado com a abiraterona.» Assim, este fármaco está indicado para os doentes «que têm metastização óssea em progressão sob hormonoterapia e que ainda apresentam um estado geral relativamente bom e sem sintomas graves, isto é, doentes ainda perfeitamente ativos, que querem manter a sua qualidade de vida e adiar o mais possível a introdução de terapêutica que induza mais efeitos laterais, como a quimioterapia sistémica», enfatiza Carlos Silva. ■

## MEIOS DE ESTRATIFICAÇÃO E SEGUIMENTO

Para Carlos Silva, os métodos de imagem mais utilizados para a objetivação da metastização do cancro da próstata – a cintigrafia óssea e a tomografia axial computadorizada (TAC) – «estão longe do ideal e outros, com maior sensibilidade e maior especificidade, já começaram a ganhar relevo, nomeadamente a ressonância magnética de corpo inteiro e a tomografia por emissão de positrões [PET] acoplada a imagens de TAC, com a utilização de diferentes radiofármacos [por exemplo, 18F-FDG, fluorcolina-18F ou PSMA-Ga68]».

O urologista defende que a frequência de realização destes exames deve ser individualizada e variar de acordo com diversos fatores, como o estágio da doença e a existência ou não de sintomatologia. «No caso de doentes com CPmRC e sem metástases, é aconselhada a avaliação imagiológica sempre que haja sintomas ou quando o PSA atinge o valor de 2 ng/ml (posteriormente, quando atingir 5 ng/ml e ainda a cada tempo de duplicação do PSA). No caso de doentes com CPmRC e metástases já identificadas, a avaliação imagiológica é aconselhada semestralmente ou quando o quadro clínico agrava», remata Carlos Silva.

## PSA no rastreio do cancro da próstata?

O recurso ao antigénio específico da próstata (PSA, na sigla em inglês) enquanto método de rastreio do cancro da próstata vai estar no centro da mesa-redonda «A fonteira com os cuidados de saúde primários», amanhã, entre as 10h00 e as 10h30. Mostrando reservas em relação à sobreutilização deste exame, o representante da Medicina Geral e Familiar (MGF) defende que «a utilidade do PSA reside mais no seguimento do que no rastreio»; ao passo que o representante da Urologia frisa o papel desta análise no rastreio, desde que usada «de modo mais sensato, lógico e eficiente».

**Rui Alexandre Coelho**

O vice-presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), Arquimínio Eliseu, será o primeiro a intervir, partilhando as suas reservas relativamente à sobreutilização do PSA enquanto marcador de doença prostática. O também médico na Unidade de Saúde Familiar Eborae, em Évora, considera que esta situação levou a que os doentes «pensem que este exame resolve todos os diagnósticos». «O PSA dá indicações precisas, mas não propriamente para o rastreio, que é o que as pessoas pretendem.» Além disso, Arquimínio Eliseu defende que, para ser eficaz, «o rastreio tem de obedecer a determinadas premissas, como ser economicamente sustentável, universal e dar a garantia de seguimento».

Do ponto de vista da MGF, um dos maiores problemas está no período pós-exame. «Qualquer doente que apareça com um PSA elevado pretende ir ao urologista, mas a resposta destes especialistas nem sempre é dada em tempo útil», refere Arquimínio Eliseu. Assim,



Arquimínio Eliseu



Francisco Rolo (moderador), Pedro Eufrásio e Luís Campos Pinheiro (moderador)

entra-se num limbo, em que se levanta o problema, mas o diagnóstico não fica completamente definido. Para o vice-presidente da APMGF, a utilidade do PSA «reside mais no seguimento e não propriamente no rastreio» do cancro da próstata.

O clínico de MGF vai falar para uma plateia de urologistas e afirma-se, desde já, de «mente aberta» quanto à possibilidade de começar a ver com bons olhos o rastreio do carcinoma da próstata através do PSA. «A minha intervenção servirá para levantar a questão. Pode ser que me convençam do contrário», admite.

### Em busca de um rastreio equilibrado

A defender a utilidade do PSA no rastreio do cancro da próstata estará Pedro Eufrásio, urologista no Centro Hospitalar de Leiria. No entanto, este orador não fará a defesa do modelo atual, uma vez que, na sua opinião, a vantagem conseguida com este exame na Europa, ou seja, a diminuição da taxa de mortalidade, «aparece à custa do sobretratamento e dos efeitos secundários associados». Esta visão encontra suporte no estudo *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC).

Posto isto, Pedro Eufrásio rejeita que o caminho seja não rastrear, como tem acontecido nos EUA, de forma crescente nos últimos anos, muito por conta do estudo *Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian* (PLCO). Um país que, a par dessa opção, «registou, nos últimos anos, um aumento das taxas de mortalidade por cancro da próstata, sobretudo já metastizado». Segundo este urologista, nem oito nem 80: «Sabemos que o caminho não passa por diagnosticar toda a gente (como tem acontecido a nível euro-

peu) ou ninguém (como nos EUA). A tendência será rastrear, mas de modo mais sensato, lógico e eficiente.»

Tal passaria por limitar o PSA a um conjunto de critérios mais rígidos, entre os quais cingir a realização deste exame a homens com expectativa de vida inferior a 10-15 anos e adaptar o seguimento dos restantes ao risco de terem carcinoma da próstata. Outro parâmetro seria «o tratamento em casos de doença agressiva, de alto risco ou localmente avançada ser referenciado para centros de alto volume, o que não acontece de momento a nível mundial», sublinha Pedro Eufrásio. Nestes centros, «teoricamente, haverá maior experiência e menor possibilidade de os doentes sofrerem sequelas dos tratamentos, como a disfunção erétil e a incontinência urinária». Por outro lado, «apresentam maior probabilidade de controlo oncológico».

### VIGIAR OS DOENTES DE BAIXO RISCO

Assumindo que ainda não é uma solução consensual para tornar o rastreio do cancro da próstata mais eficaz, Pedro Eufrásio propõe a extensão da vigilância ativa aos doentes de baixo risco, mas sem os tratar. Nesse âmbito, sugere a implementação de algumas medidas, como «consultas de três em três meses, repetição do PSA de seis em seis meses e, eventualmente, repetição da biópsia a cada um ou dois anos, com o apoio da ressonância magnética multiparamétrica prostática».