

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA*

J. LA FUENTE DE CARVALHO, AMILCAR SISMEIRO, L. CAMPOS PINHEIRO,
M. T. CATALÃO CASTRO, M. J. CARMONA LUÍS, M. J. ABREU, M. MENDES SILVA

Serviço de Urologia. Hospital Santo António. Porto.

Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Hospital Curry Cabral. Lisboa.

Centro de Saúde de Sete Rios. Lisboa.

Hospital Militar Principal. Lisboa.

** Estas recomendações são consensos clínicos, ajustáveis no tempo e sujeitos a revisão anual, utilizáveis meramente como indicadores a que o médico é livre de aderir, interpretando, em cada caso, a necessidade específica do seu doente, no livre exercício da respectiva autonomia profissional. A autonomia profissional é, por isso, um direito que impõe a qualquer médico o dever de se desviar de quaisquer recomendações sempre que entender que estas contrariam a prestação dos cuidados médicos que considerar, casuísticamente mais indicados*

CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO
17 de Abril de 1999 - Coimbra

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	174
EPIDEMIOLOGIA. HISTORIA NATURAL.....	174
FISIOPATOLOGIA.....	175
RECOMENDAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	176
História Clínica.....	176
Exame Físico.....	179
Exames Complementares.....	179
RECOMENDAÇÕES PARA A TERAPÊUTICA.....	181
Vigilância activa. Medidas Gerais.....	181
Alfa bloqueantes.....	182
Supressão androgéneos.....	182
Fitoterapia.....	183
Tratamentos Minimamente Invasivos.....	183
Terapêuticas Cirurgicas.....	183
FLUXOGRAMAS.....	184
IMPACTO ECONÓMICO.....	185
BIBLIOGRAFIA.....	186

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

RESUMO

Os autores fazem a revisão da clínica, do registo da sintomatologia e impacto na qualidade de vida, dos meios auxiliares ao diagnóstico e das atitudes terapêuticas da Hiperplasia benigna da Prostata. Fundamentados nestes dados propõem Orientações Terapêuticas e Recomendações, para quando e como enviar os doentes portadores desta patologia a Urologia. Assim, segundo os critérios definidos neste trabalho, devem ser enviados à Urologia os doentes com sintomatologia importante ou grave, idade inferior a 50 anos, antecedentes de diabetes ou alterações neurológicas, micção francamente alterada, globo vesical, toque rectal com palpação prostática suspeita de neoplasia, hematuria, infecção urinária, insuficiência renal, ou PSA > 4 ng/ml para idade inferior a 70 anos.

SUMMARY

Therapeutic Recommendations for Benign Prostatic Hyperplasia

After reviewing the clinical, diagnostic and therapeutic attitude related to Benign Prostatic Hyperplasia, the authors present the guidelines for Generalists, in terms of practical handling and when and how to refer their patients to the Urology consultation. Based on the criteria presented, Generalists must refer their patients to the Urology consultation in the presence of mild or severe symptoms, ages below 50 years, diabetes or neurological disturbances, disturbed voiding, palpable bladder, palpable nodule or a diffusely hardened or asymmetric gland revealed by digital rectal examination, hematuria, urinary tract infection, renal impairment or PSA above 4 ng/ml in patients aged below 70 years.

Síglas: HBP - Hiperplasia benigna da próstata; LUTS - Sintomas do aparelho urinário inferior; BPE - Aumento benigno da próstata; BPO - Obstrução benigna da próstata; IPSS - Score Internacional de sintomas prostáticos; QOL - Avaliação da qualidade de vida; DRE - Toque rectal da próstata; PSA - Antígeno específico da próstata; RTU - P - Ressecção transuretral da próstata; ITU - P - Incisão transuretral da próstata; TUV - P - Vaporização transuretral da próstata; HIFU - Ultrassom focalizado de alta densidade;

INTRODUÇÃO

A próstata é uma glândula que faz parte do aparelho genital masculino. Encontra-se localizada á frente do recto e, imediatamente, por baixo da bexiga atrás do púbis. Está apoiada no diafragma urogenital e circunda a porção proximal da uretra da mesma forma que o pneu envolve a sua jante¹. A uretra atravessa longitudinalmente a glândula, através da qual deve fluir a urina. Apresenta neste trajecto uma saliência designada por *veru montanum*, onde desemboca o orifício do utrículo prostático (drena elementos glandulares) e os canais ejaculadores.

Assim, verificamos que na próstata encontra-se a desembocadura da via genital com o aparelho urinário.

A sua função principal é a produção de componentes do sémen. No momento da ejaculação forma-se, nesta zona da uretra, uma câmara de alta-pressão entre o esfíncter interno, ao nível do colo vesical, e o esfíncter externo, situado logo abaixo do *veru montanum*. Esta câmara é a responsável da propulsão do ejaculado para o exterior².

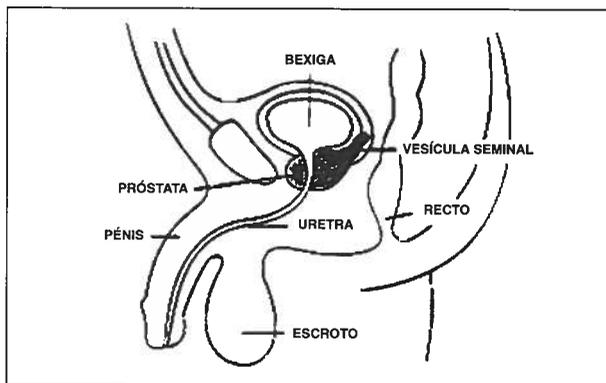


Fig. 1

Possui a forma de uma castanha e no adulto tem um volume médio de 15 - 20 cc.

Pode ser dividida em quatro zonas anatómicas segundo McNeal³:

- a) Periférica (70 % do volume da glândula).
- b) Central (20 % do tecido glandular)
- c) Transição ou Periuretral (10 % do volume da glândula)
- d) Fibromuscular anterior (não glandular e sem significado clínico)

A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) desenvolve-se na zona de transição e na zona central.

Em termos práticos, e sob o ponto de vista anatómico, podemos distinguir na próstata - 1 lobo anterior, 1 lobo posterior, 1 lobo médio e 2 lobos laterais - envolvidos por uma cápsula fibromuscular. Estruturalmente, a próstata normal é composta por 70% de elementos glandulares e 30% de estroma fibromuscular⁴. Na HBP estes valores alteram-se de forma significativa.

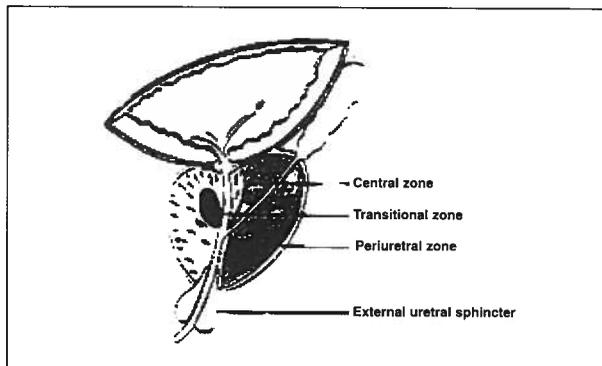


Fig. 2

EPIDEMIOLOGIA. HISTÓRIA NATURAL.

O estudo da Epidemiologia descritiva da HBP, procura a descrição da incidência, prevalência e mortalidade nos homens de determinada idade, no seu local de residência e num período de tempo definido.

Apesar da sua longa historia, a HBP não foi reconhecida como entidade nosológica até ao século XIX. Apenas durante este século foi possível disponibilizar um tratamento médico eficaz e acessível a toda a comunidade.

Quando se interpreta a prevalência e incidência da HBP, em estudos de autópsia, os resultados são muito diferentes dos derivados da avaliação clínica, isto porque nem todos os homens portadores de HBP apresentam sintomas e, também, por entre os doentes portadores de sintomas urinários inferiores nem sempre a HBP é a responsável. Por estes motivos, a informação obtida a partir de estudos *baseados na comunidade* têm maior rigor e credibilidade, que os *baseados nos doentes admitidos no hospital*.

Os estudos clássicos de Barry obtidos em autópsia, relacionaram a HBP com a idade, tendo verificado que nenhum homem de idade inferior a trinta anos tinha HBP histológica. A prevalência aumentava com a idade, com um pico máximo de 88% aos oitenta anos de idade⁵. Lytton noutro estudo, avaliou homens para exames médicos com propósito de seguro - doença tendo encontrado um aumento palpável do volume da próstata em 20% na sexta década, e de 43% pela oitava década⁶.

Estes dados, e outros estudos epidemiológicos posteriores, confirmam a prevalência do aumento de volume com a idade. Apesar das limitações nestes estudos, pode-se concluir que a HBP é comum nos homens acima dos cinquenta anos, tornando-se sintomática em 50 a 70 % na maioria das séries⁶.

A historia natural da hiperplasia benigna da próstata refere-se ao prognóstico da doença ao longo do tempo (Barry). A informação credível na literatura relativa à

história natural da HBP é muito escassa, não existindo um estudo prospectivo longitudinal. Os sintomas da HBP não são inexoravelmente progressivos, verificando-se num grupo de doentes uma resolução espontânea. Este facto deve ser tomado em consideração, para ponderar as vantagens e os efeitos secundários, antes de recomendar uma determinada terapêutica quando comparados com a vigilância activa.

A percentagem absoluta de homens que apresentam um agravamento dos sintomas, ou progressão da doença a requerer cirurgia, não é conhecida com rigor, calculando-se entre os 10 e 30 %, sendo a ressecção transuretral da próstata considerada o tratamento padrão.

FISIOPATOLOGIA DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA (HBP)

A etiologia da HBP, embora multifactorial, ainda não é totalmente conhecida. A idade avançada e a presença de androgénios (testosterona) são dois factores requeridos para o desenvolvimento e a integridade funcional da glandula.

A HBP é uma das patologias mais comuns no homem idoso e que afecta a sua qualidade de vida. Trata-se de um verdadeiro processo hiperplásico à custa do tecido glandular e fibro-muscular. Vários factores são responsáveis pelo aumento da próstata, embora de importância variável e pouco conhecida, dois deles merecem referência:

- a) proliferação celular dos elementos glandulares e estroma.
- b) diminuição da morte celular programada⁷.

A HBP tem início habitual após a quarta década de vida, na presença de níveis normais de testosterona. Os nódulos de HBP desenvolvem-se preferencialmente na região periuretral e na zona de transição (McNeal 1978, 90). Este aumento de volume provocado pelos nódulos de HBP determina necessariamente compressão do estroma na zona central e na cápsula prostática, o que conduz a aumento do tónus muscular e da resistência uretral⁷.

À medida que se acentua o crescimento da próstata, aumenta a resistência uretral, e diminui a capacidade de contracção do detrusor, o que condiciona a perda de força do jacto urinário. Quando a obstrução é a causa subjacente, o detrusor realiza um esforço acrescido e sofre uma hipertrofia compensadora do músculo liso. Este aumento da massa muscular provoca um aumento da pressão intravesical, o que conduz a instabilidade do detrusor^{7,8}. Nestas condições existe uma redução da elasticidade e da *compliance* da bexiga, que se manifesta por redução da sua capacidade⁹.

A acompanhar este aumento do grau de obstrução, a parede da bexiga apresenta uma diminuição progressiva da contractilidade por deposição de colagénio, o qual não tem capacidade elástica.

A obstrução muito prolongada, e não tratada, é acompanhada de alterações fibróticas da parede vesical, por vezes irreversíveis, com descompensação elástica do detrusor e dilatação do aparelho urinário, dando origem ao aparecimento da uropatia obstrutiva e insuficiência renal.

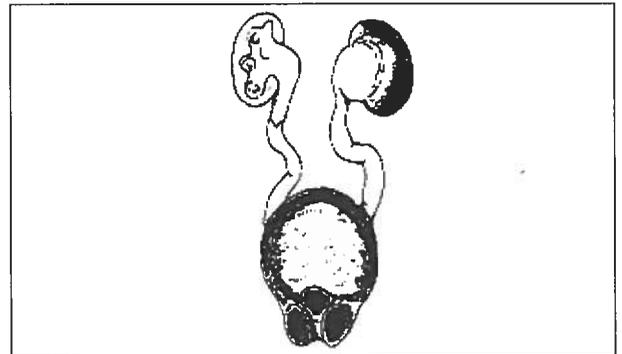


Fig. 3

A HBP pode evoluir sem manifestações clínicas, mas na maioria dos casos interfere de forma acentuada na qualidade de vida dos doentes, sendo o tipo e intensidade dos sintomas independentes do volume da próstata. Estes apresentam uma grande variabilidade na evolução, alternando períodos de grande intensidade com outros de acalmia.

Na sua evolução pode verificar-se a obstrução vesical (parcial ou completa) e as suas complicações como a infecção urinária, a litíase vesical, a dilatação do aparelho urinário alto e a insuficiência renal. Estima-se a incidência do primeiro episódio de retenção urinária de 6.8, a hidronefrose de 0.6, a insuficiência renal de 0.9 por cada 100.000 homens / ano, respectivamente¹⁰.

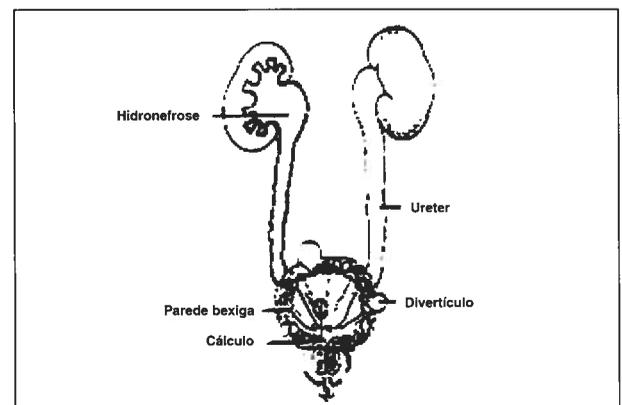


Fig. 4

A hiperplasia benigna é uma doença independente da neoplasia, e nunca se transforma em carcinoma, muito embora as duas patologias possam coexistir no mesmo doente. Sendo duas patologias independentes têm em comum uma origem hormonal (androgéneos) e serem mais frequentes com o avançar da idade.

RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE HOMENS COM SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR SUGESTIVOS DE OBSTRUÇÃO INFRAVESICAL

Definições

A) Doente - padrão

Homem com mais de 50 anos de idade, consulta um Prestador Qualificado de Cuidados de Saúde. Queixa-se de sintomas urinários baixos (LUTS), sugestivos de obstrução infravesical e não tem nenhum critério de exclusão específico.

B) Prestador Qualificado de Cuidados de Saúde

Médico com conhecimentos das doenças que afectam o aparelho genito - urinário, em especial a próstata, que tem capacidade para executar as situações necessárias para uma avaliação, foi treinado e demonstrou competência para fazer um toque rectal (DRE).

C) Teste Altamente Recomendado - teste que deve ser feito em todos ou quase todos os doentes

D) Teste Recomendado - teste que tem valor comprovado na avaliação da maioria dos doentes e o seu uso é muito recomendado na avaliação inicial

E) Teste Opcional - teste de valor comprovado na avaliação de doentes seleccionados. O seu uso fica ao critério do médico.

F) São considerados Critérios de exclusão para a realização do *score*:

- Homens com menos 50 anos
- Evidência de carcinoma da próstata ou bexiga
- Tratamento cirúrgico prévio para HBP, sem resultado
- História ou exame objectivo sugestivos de doença neurológica
- Diabetes Mellitus mal controlada e/ou neuropatia diabética
- História prévia de cirurgia pélvica ou traumatismo
- Uso de drogas que possam afectar a função vesical

1 - HISTÓRIA CLÍNICA

1 - A - A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) é uma doença cuja apresentação e evolução é muito variável e independente do volume da próstata. É fundamental determinar o grau dos sintomas e até que ponto interfe-

rem com a qualidade de vida do doente.

A HBP pode conduzir ao Aumento Benigno da Próstata (BPE) e a Obstrução Benigna Prostática (BPO), demonstrada pelos estudos urodinâmicos, dando origem ao quadro clínico denominado por Sintomas do Aparelho Urinário Inferior (LUTS). No homem idoso é necessária alguma prudência, pois os LUTS podem ocorrer na ausência de BPE ou BPO, e serem originados por sequelas de Acidente Vascular Cerebral, demência, ou outra perturbação neurológica, diabetes, doenças da bexiga como infecções ou tumores, secundários a traumatismos ou cirurgia pélvica ou após a ingestão de medicamentos (ex. anticolinérgicos ou antidepressivos).

O carcinoma da próstata e a prostatite crónica podem, igualmente, ter uma sintomatologia semelhante à HBP. As manifestações clínicas da HBP são muito raras antes dos 50 anos, pelo que perante a sua presença devem procurar-se outras causas de obstrução, como o aperto da uretra ou a disfunção do colo vesical.

A HBP pode evoluir sem manifestações clínicas, mas na maioria dos casos interfere de forma acentuada na qualidade de vida dos doentes, sendo o tipo e intensidade dos sintomas independentes do volume da próstata. Estes apresentam uma grande variabilidade na evolução, alternando períodos de grande intensidade com outros de acalmia.

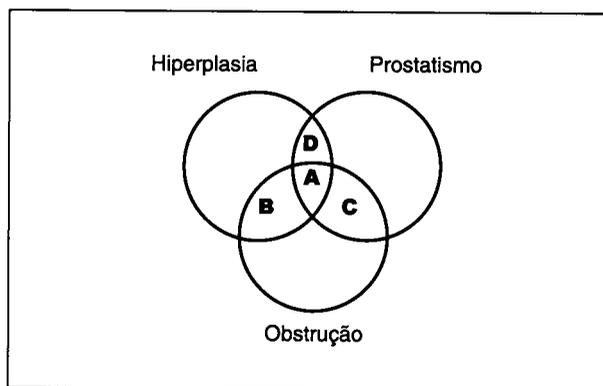


Fig. 5

Existem, fundamentalmente, dois grupos de sintomas que se podem associar e interpenetrar – esvaziamento e armanezamento.

Os **sintomas de esvaziamento** (obstrutivos), são condicionados pela diminuição do calibre da uretra prostática (componente mecânico) e pelo aumento do tónus do tecido muscular prostático (componente dinâmico). São designados como sintomas de esvaziamento:

1. atraso para iniciar a micção
2. a alteração do jacto urinário - fraco, fino ou de menor amplitude

história natural da HBP é muito escassa, não existindo um estudo prospectivo longitudinal. Os sintomas da HBP não são inexoravelmente progressivos, verificando-se num grupo de doentes uma resolução espontânea. Este facto deve ser tomado em consideração, para ponderar as vantagens e os efeitos secundários, antes de recomendar uma determinada terapêutica quando comparados com a vigilância activa.

A percentagem absoluta de homens que apresentam um agravamento dos sintomas, ou progressão da doença a requerer cirurgia, não é conhecida com rigor, calculando-se entre os 10 e 30 %, sendo a ressecção transuretral da próstata considerada o tratamento padrão.

FISIOPATOLOGIA DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA (HBP)

A etiologia da HBP, embora multifactorial, ainda não é totalmente conhecida. A idade avançada e a presença de androgénios (testosterona) são dois factores requeridos para o desenvolvimento e a integridade funcional da glandula.

A HBP é uma das patologias mais comuns no homem idoso e que afecta a sua qualidade de vida. Trata-se de um verdadeiro processo hiperplásico à custa do tecido glandular e fibro-muscular. Vários factores são responsáveis pelo aumento da próstata, embora de importância variável e pouco conhecida, dois deles merecem referência:

- a) proliferação celular dos elementos glandulares e estroma.
- b) diminuição da morte celular programada⁷.

A HBP tem início habitual após a quarta década de vida, na presença de níveis normais de testosterona. Os nódulos de HBP desenvolvem-se preferencialmente na região periuretral e na zona de transição (McNeal 1978, 90). Este aumento de volume provocado pelos nódulos de HBP determina necessariamente compressão do estroma na zona central e na cápsula prostática, o que conduz a aumento do tónus muscular e da resistência uretral⁷.

À medida que se acentua o crescimento da próstata, aumenta a resistência uretral, e diminui a capacidade de contracção do detrusor, o que condiciona a perda de força do jacto urinário. Quando a obstrução é a causa subjacente, o detrusor realiza um esforço acrescido e sofre uma hipertrofia compensadora do músculo liso. Este aumento da massa muscular provoca um aumento da pressão intravesical, o que conduz a instabilidade do detrusor^{7,8}. Nestas condições existe uma redução da elasticidade e da *compliance* da bexiga, que se manifesta por redução da sua capacidade⁹.

A acompanhar este aumento do grau de obstrução, a parede da bexiga apresenta uma diminuição progressiva da contractilidade por deposição de colagénio, o qual não tem capacidade elástica.

A obstrução muito prolongada, e não tratada, é acompanhada de alterações fibróticas da parede vesical, por vezes irreversíveis, com descompensação elástica do detrusor e dilatação do aparelho urinário, dando origem ao aparecimento da uropatia obstrutiva e insuficiência renal.

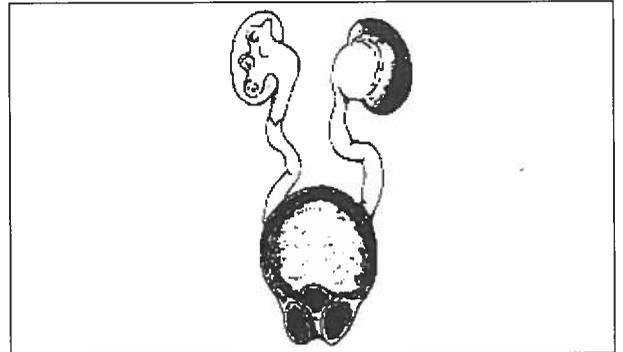


Fig. 3

A HBP pode evoluir sem manifestações clínicas, mas na maioria dos casos interfere de forma acentuada na qualidade de vida dos doentes, sendo o tipo e intensidade dos sintomas independentes do volume da próstata. Estes apresentam uma grande variabilidade na evolução, alternando períodos de grande intensidade com outros de acalmia.

Na sua evolução pode verificar-se a obstrução vesical (parcial ou completa) e as suas complicações como a infecção urinária, a litíase vesical, a dilatação do aparelho urinário alto e a insuficiência renal. Estima-se a incidência do primeiro episódio de retenção urinária de 6.8, a hidronefrose de 0.6, a insuficiência renal de 0.9 por cada 100.000 homens / ano, respectivamente¹⁰.

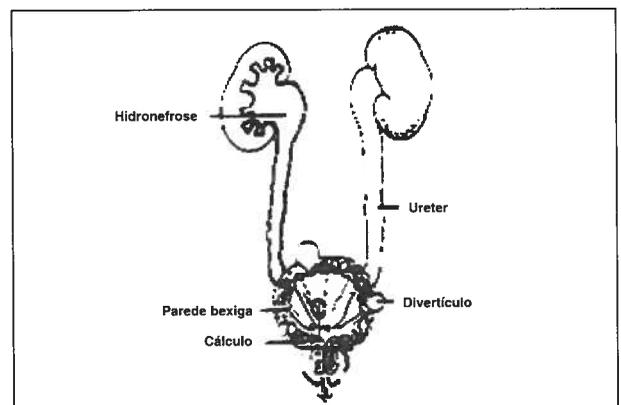


Fig. 4

3. a micção prolongada, interrompida ou intermitente
4. a sensação de micção incompleta e esvaziamento parcial da bexiga
5. gotejamento terminal e emissão de algumas gotas no fim da micção
6. a retenção urinária, aguda ou crónica. A retenção crónica evolui com acentuado resíduo após a micção e numa fase mais tardia com a incontinência por regurgitação, ou seja, a perda involuntária de urina com a bexiga repleta.

Os sintomas de armazenamento (irritativos) estão dependentes do aumento do tónus contráctil do músculo vesical condicionado pela presença da HBP:

1. a polaquiúria, isto é, o aumento do número de micções diurnas (superior a 7 e volume inferior a 200 ml)
2. a noctúria, ou seja, o número de micções noturnas superior a duas, a qual interrompe o sono. É importante distinguir a noctúria da nictúria, já que nesta última, o doente tem várias micções durante a noite de volume superior a 300 ml. A nictúria tem uma etiologia cardiovascular ou metabólica não relacionada com o aparelho urinário.
3. a imperiosidade miccional - pode levar a perdas involuntárias de urina, pela impossibilidade em reter a micção
4. o ardor miccional, que na maior parte das vezes, se deve à presença de infecção

Os doentes referem com mais frequência os sintomas de armazenamento, por serem os que afectam o seu sono e as actividades diárias.

Podem coexistir **outros sintomas**, tais como a hematúria, a dor não-miccional, a disfunção sexual, a infecção urinária ou a insuficiência renal.

A hematúria (presença de sangue na urina) pode ser inicial, terminal ou em toda a micção. A sua presença deve obrigar ao despiste de outra patologia, nomeadamente a neoplasia vesical ou renal, que podem coexistir com a HBP.

As dores não - miccionais podem ter uma localização hipogástrica, pélvica ou perineal, e como ponto de partida uma infecção da próstata, patologias ano - rectais ou estados psicossomáticos.

As alterações da libido ou da capacidade erétil raramente são devidas à HBP, no entanto, esta pode ser a causa de homospermia e dor na ejaculação.

Na avaliação diagnóstica inicial é pois fundamental o registo do tipo e intensidade dos sintomas, da sua interferência na qualidade de vida, dos antecedentes pessoais e familiares, antes de se recomendar os exames subsidiários. Deve pois ser colhida uma história clínica

cuidadosa focando:

- O aparelho urinário - História urológica
- Sintomas urinários (armazenamento / esvaziamento, outros)
- Alterações do aspecto da urina
- Registo pelo doente do diário das micções
- Ingestão habitual de medicamentos - anticolinérgicos; simpaticomiméticos
- Cirurgias anteriores (em particular no aparelho urinário ou cólon - recto)
- Manifestações sistémicas
- Antecedentes pessoais e familiares
- Avaliação para possível intervenção cirúrgica

1. B - QUANTIFICAÇÃO DE SINTOMAS E QUALIDADE DE VIDA

1. B. a - Quantificação de Sintomas

Os sintomas podem ser quantificados pelo uso de esquemas de pontuação *scores* que são úteis na avaliação inicial destes doentes e sobretudo para o controlo evolutivo e na avaliação da eficácia terapêutica, para além do seu valor em protocolos de investigação. Têm sido recomendados pelo Comité Internacional de Consenso (Monte Carlo 1995 e Paris 1997), sob a égide da Organização Mundial de Saúde, o uso de um *score* de sintomas para a HBP - o Score Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS) e Avaliação da Qualidade de Vida (QOL) (*vide* quadro).

Como vemos o IPSS baseia-se nas respostas a sete perguntas relativas à severidade dos sintomas urinários e deve ser preenchido pelo próprio doente. Cada pergunta permite ao doente escolher uma das seis respostas, indicando o aumento da severidade de um sintoma em particular.

Às perguntas são conferidos pontos de 0 a 5. O *score* total pode ir de 0 a 35 pontos (desde assintomático até muito sintomático), podendo os doentes serem classificados da seguinte maneira:

0 - 7 = sintomatologia ligeira

8 - 19 = sintomatologia moderada

20 - 35 = sintomatologia severa

O símbolo para o IPSS é - S (0 a 35)

1. B. b - Qualidade de Vida

É efectuada uma única pergunta na prática clínica para avaliar o impacto da sintomatologia na Qualidade de vida. É útil como ponto de partida para o diálogo médico - doente a respeito deste importante parâmetro.

O símbolo para a resposta para o QOL-L é (0 a 6)

Quadro I - IPSS Score Internacional de Sintomas Prostáticos

	Nunca	Menos que 1 vez em 5	Menos de metade do tempo	Cerca de metade do tempo	Mais de metade do tempo	Quase Sempre
1. Durante o último mês, quantas vezes teve a sensação de não esvaziar por completo a bexiga depois de ter urinado	0	1	2	3	4	5
2. Durante o último mês, quantas vezes teve que urinar com menos de 2 horas de intervalo entre micções	0	1	2	3	4	5
3. Durante o último mês, quantas vezes parou e recomeçou a urinar durante a micção	0	1	2	3	4	5
4. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em conter a micção	0	1	2	3	4	5
5. Durante o último mês, quantas vezes teve um jacto urinário fraco	0	1	2	3	4	5
6. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em iniciar a micção	0	1	2	3	4	5
	Nenhuma	1 Vez	2 Vezes	3 Vezes	4 Vezes	5 Vezes
7. Durante o último mês, quantas vezes se levantou para urinar durante a noite	0	1	2	3	4	5

SCORE TOTAL DA WHOPSS S -

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

	Ótimo	Muito bem	Bem	Mais ou menos	Pouco satisfeito	Insatisfeito	Péssimo
Se tiver que viver toda a vida com os problemas urinários de que sofre actualmente como se sentiria?	0	1	2	3	4	5	6

ÍNDICE DA QUALIDADE DE VIDA L -

O *score* sintomático de um doente pode ser expresso da seguinte forma:

$$IPSS = (0 \text{ a } 35) \quad QOL = (0 \text{ a } 6)$$

O índice de sintomas IPSS - QOL deve ser aplicado, apenas, a doentes que preencham os critérios definidos para o doente-padrão, e este deve ser reavaliado periodicamente, à luz da experiência clínica e do progresso científico.

Este instrumento de avaliação, apesar de validado internacionalmente, é muitas vezes mal percebido pelos doentes e não correlaciona variáveis como a incontinência, a função sexual e outros sintomas. Vários investigadores criticaram-no por não ser específico para a HBP.

No processo da decisão terapêutica o IPSS é útil

para a discussão com o doente sobre a necessidade e as vantagens (ou desvantagens) de efectuar tratamento.

O uso destas tabelas de sintomas como único critério para iniciar uma terapêutica parece ser todavia pouco sensato por vários motivos:

- Ainda não foi demonstrada nenhuma correlação entre os sintomas e o grau de obstrução.
- Apenas a hesitação inicial e a diminuição do jacto miccional têm correlação com a obstrução, podendo esta ser evidenciada por estudos urodinâmicos.
- O agravamento ou diminuição do grau dos sintomas não é previsível na primeira consulta, podendo inclusivé em muitos doentes melhorar, espontâneamente, com o avançar do tempo.

- Existem outros sintomas importantes, para além dos avaliados (irritativos ou obstrutivos)

Apesar da falta de especificidade e de variações com o nível intelectual e cultural do doente, sugere-se uma avaliação pelo Prestador - Qualificado dos cuidados de saúde da relação sintomatologia/qualidade de vida, ainda que subjectiva, e a sua classificação em ligeira, moderada ou grave.

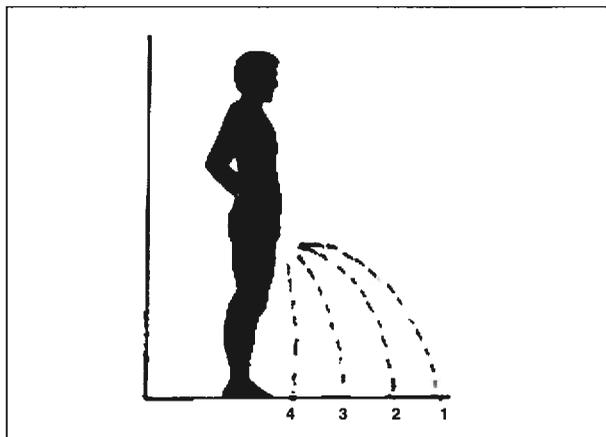


Fig. 6 - 1 - normal; 2 - obstrução ligeira; 3 - obstrução moderada; 4 - obstrução grave

2 - EXAME FÍSICO E TOQUE RECTAL (DRE)

O exame físico do aparelho urinário deve incluir:

- Palpação abdominal - para despiste de massas abdominais/lombares, e sobretudo, da área suprapúbica com o objectivo de detectar a retenção vesical (a palpação bimanual no momento da realização do toque rectal)
- Observar os genitais externos, em especial o pénis, o meato uretral, a palpação da uretra e sempre que possível apreciar a micção.
- Avaliação do tónus do esfíncter anal e da sensibilidade perianal
- Pesquisa do reflexo bulbo cavernoso e avaliação sumária das funções sensoriais e motoras dos membros inferiores
- O Toque rectal da próstata (DRE) - deve ser bi-manual, com o doente em posição ginecológica. Permite caracterizar as dimensões, consistência, superfície, limites e sensibilidades da próstata, além de definir as suas características na HBP - a qual apesar do aumento do tamanho, deve ter uma consistência elástica uniforme, ser móvel e não - dolorosa. Permite, também, avaliar a região suprapúbica.

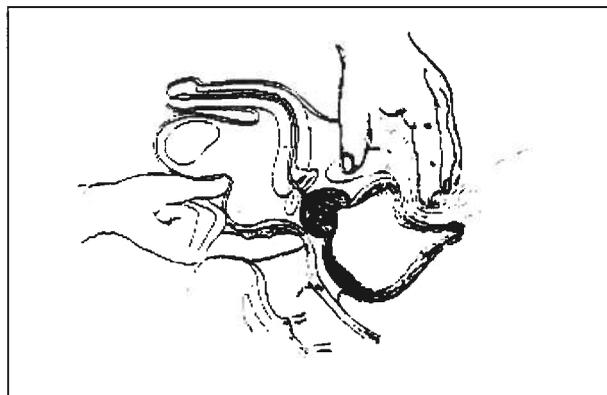


Fig. 7

3 - EXAMES COMPLEMENTARES

A avaliação diagnóstica do doente que apresenta sintomas do aparelho urinário inferior (LUTS) deve ser orientada no sentido de identificar os portadores de HBP, detectar as repercussões no aparelho urinário, as complicações condicionadas pela obstrução, além de excluir outros processos patológicos subjacentes.

3. A - EXAMES LABORATORIAIS

Os exames recomendados pelo Consenso Internacional do Mónaco (1995) e Paris (1997), e homologados pela O.M.S. têm por objectivo estabelecer os critérios mínimos de avaliação, tendo sido considerados na avaliação inicial com determinação obrigatória^{12,13}:

- a) Análise sumária de urina
- b) Doseamento sérico da creatinina.

A **urina** deve ser analisada através do *dipstick test* ou pelo exame microscópico do sedimento após centrifugação, para determinar se o doente tem hematúria, proteinúria, piúria ou outros achados patológicos (por exemplo glicosúria) (Cockett 1993).

O doseamento da **creatinina sérica** é mandatório em todos os doentes com o objectivo de detectar insuficiência renal. A taxa de detecção da insuficiência renal crónica (IRC) varia entre 0,3 e 30 % em vários estudos efectuados (HBP - Guideline Panel - McConnel). É bem conhecido o facto de que os doentes com IRC têm um risco aumentado de complicações pós - operatórias (25 *versus* 17 %), e uma taxa de mortalidade seis vezes mais elevada quando tratados cirurgicamente. Quando a taxa de creatinina se encontra elevada recomenda-se o estudo imagiológico do aparelho urinário superior.

O **Antigénio Específico da Próstata (PSA)** tem vindo a representar um papel importante no diagnóstico e tratamento de doentes com carcinoma da próstata. Na Hiperplasia Benigna da Próstata o PSA tem, normalmente, valores dentro dos parâmetros normais. Todavia,

o PSA pode estar ligeiramente elevado a acompanhar outras situações, como a própria hiperplasia benigna, prostatites e enfartes prostáticos, além de que o carcinoma da próstata pode coexistir com a HBP no mesmo doente.

Assim, perante valores de PSA superiores a 10 ng/ml é obrigatório o despiste de carcinoma com a realização de biópsia prostática transrectal.

Em doentes com valores entre 4 - 10 ng/ml deve haver repetição e confirmação, e cada caso deve ser avaliado e ponderado perante a situação clínica.

O doseamento sérico do PSA conjuntamente com o toque rectal, aumenta claramente a taxa de detecção do carcinoma da próstata em relação ao toque rectal utilizado isoladamente⁵. Por este motivo, e apesar da controvérsia, o doseamento sérico do PSA é recomendado na avaliação inicial dos doentes com pelo menos dez anos de esperança de vida e naqueles a quem o diagnóstico de carcinoma, uma vez estabelecido, vai alterar o plano de tratamento.

O doente deve ser informado do benefício e dos riscos do resultado da determinação do PSA (existência de falsos positivos e negativos, necessidade de biópsias eco-guiadas e a possibilidade de uma biópsia falso - negativa)¹¹.

3. B - EXAMES IMAGIOLÓGICOS

Apesar de considerado um exame opcional, a ultrasonografia representa um exame - padrão da avaliação diagnóstica, pois permite estudar as alterações estruturais e as dimensões de órgãos com interesse urológico. Deve ser recomendada sempre que se perspectiva uma terapêutica cirúrgica.

A **ultrasonografia suprapúbica** constitui um auxiliar importante no diagnóstico de cálculos, tumores ou divertículos, e permite a determinação da espessura da parede vesical e do resíduo pós-miccional. Estes parâmetros têm todavia uma marcada variabilidade individual. O resíduo pós-miccional considera-se anormal se, persistentemente, superior a 100 -120 ml. Permite ainda avaliar a procidência intravesical (lobo médio) da próstata, a qual não é perceptível ao toque rectal^{7,12} e uma avaliação, ainda que grosseira, do volume global da próstata.

Este exame pode ser repetido, para melhorar a sua precisão, além de poder ser avaliado antes e no seguimento da terapêutica instituída

A **ultrasonografia transrectal** - não tem interesse na avaliação de rotina, por permitir avaliar apenas a forma, as dimensões e o volume da glândula, podendo estas

informações serem fornecidas pelo toque rectal.

Embora continue a apresentar limitações na detecção de pequenas lesões associadas a HBP, este exame pode ser útil no despiste de lesões suspeitas de malignidade, e por isso deve ser realizada, **apenas**, em doentes selecionados (quando há suspeita de neoplasia e para realização simultânea de biópsia) ou em estudos científicos.

A **Ultrasonografia do aparelho urinário superior e a Urografia** - não são testes recomendados, a menos que os doentes apresentem retenção urinária, hematúria, infecção urinária recorrente, insuficiência renal, história de litíase ou de cirurgia do aparelho urinário.

Outros exames por imagem como a **uretrocistografia retrógrada e miccional**, a **tomografia axial computadorizada (TAC)** e a **ressonância magnética (RMN)** têm um interesse muito limitado na prática clínica da HBP e só deverão ser indicados em casos muito restritos para se estabelecer um diagnóstico diferencial.

São, por esse motivo, testes não - recomendados na avaliação de rotina.

3.C - EXAMES ENDOSCÓPICOS

A avaliação endoscópica do aparelho urinário inferior não é recomendada na avaliação inicial do doente para estabelecer a necessidade de tratamento. A uretrocistoscopia pode ter indicação em situações específicas de patologia vesical e uretral como neoplasias vesicais e a estenose da uretra. De resto pode auxiliar na definição ou na escolha da modalidade de tratamento cirúrgico.

3.D - EXAMES URODINÂMICOS

A **urofluxometria** é um registo eléctrico do débito miccional. É um exame não - invasivo que tem por finalidade demonstrar a existência de uma obstrução urinária. Apesar da relatividade dos seus resultados é recomendado na avaliação diagnóstica inicial de doentes com LUTS e na avaliação dos resultados durante e após o tratamento. Dado o seu valor clínico e a natureza não invasiva, este exame deve ser solicitado sempre que se propõe um tratamento cirúrgico da HBP.

Os **estudos débito - pressão** são testes opcionais, de comprovado valor quando um diagnóstico preciso de obstrução (BPO) é importante em doentes candidatos a terapêuticas invasivas⁵. O parâmetro mais importante do estudo débito - pressão é a pressão do detrusor (P det) determinada ao mesmo tempo que a taxa de débito urinário máximo (Q max).

Os sintomas que perturbam os doentes, nem sempre são devidos a um problema obstrutivo, podendo estar presentes nas situações de alterações do detrusor (como

a instabilidade), não tendo estas indicação para cirurgia. Os estudos urodinâmicos como a cistomanometria e os estudos débito-pressão, embora invasivos, são os únicos métodos com capacidade para diferenciar homens com LUTS, devido a uma alteração do detrusor ou a um processo obstrutivo, com ou sem modificações na urofluxometria.

RECOMENDAÇÕES PARA A TERAPÊUTICA MÉDICA E CIRÚRGICA DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

INTRODUÇÃO

O objectivo do tratamento da Hiperplasia Benigna da Próstata é dirigido, primariamente, ao alívio da obstrução infravesical e, secundariamente, à sintomatologia, aliviando os LUTS e assim, melhorando a qualidade de vida.

Admite-se que a eficácia terapêutica seja dependente do alívio da obstrução prostática e da melhoria conseguida no esvaziamento vesical.

Até recentemente, o tratamento da Hiperplasia Benigna da Próstata limitava-se, essencialmente, à cirurgia - ressecção endoscópica ou cirurgia aberta. Actualmente o Urologista tem também à sua disposição terapêuticas médicas e terapêuticas ditas de *intervenção minimamente invasiva* que, embora com eficácia aquém da obtida pela cirurgia devem ser consideradas, em muitos doentes, como terapêuticas alternativas em virtude de se acompanharem de menor morbidade.

É desejável que um tratamento deva prevenir ou resolver as complicações da HBP, por outras palavras, deva ser capaz de alterar a história natural da doença.

Os doentes apresentam-se ao seu Médico em fases diferentes da doença:

- Poderemos estar perante um doente sintomático com maior ou menor impacto na qualidade de vida
- ou perante um doente que para além dos sintomas apresenta já complicações.

Neste sentido, justifica-se a opção por terapêuticas de eficácia moderada, mas com baixa morbidade, em detrimento da cirurgia, naqueles doentes com queixas subjectivas mas sem complicações.

ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA DE ACORDO COM AS QUEIXAS E FASE DE EVOLUÇÃO DA HBP

A - As complicações da Hiperplasia Benigna da Próstata com indicação absoluta para cirurgia são:

- Retenção urinária
- Insuficiência renal obstrutiva ocasionada pela HBP
- Hematúria devida a HBP
- Infecção urinária recorrente

- Litiase vesical
- Divertículo vesical

B - Nos doentes com obstrução infravesical significativa (fluxometria com fluxos máximos inferiores a 10 ml/s, e resíduo pós - miccional superior a 100 ml, de forma persistente), devem ser submetidos a terapêutica cirúrgica, imediata ou diferida, quando não houver resposta à terapêutica médica. Reconhece-se que, nestes doentes, o risco de complicações da HBP é elevado.

C - O doente apresenta-se sintomático mas não desenvolve qualquer complicação da HBP:

- Se o doente apresenta sintomatologia ligeira, que no seu próprio critério, é pouco relevante para a sua qualidade de vida, poder-se-à não prescrever qualquer terapêutica, e manter o doente em vigilância activa. Numa grande percentagem a história natural da doença revela-se como flutuante podendo mesmo ocorrer melhoria significativa espontaneamente
- Nos doentes sintomáticos com queixas importantes pode-se optar por:

- 1 - Terapêutica médica - com eficácia moderada mas uma baixa morbidade
- 2 - Terapêutica cirúrgica - de eficácia elevada e morbidade moderada

Deve-se pôr em evidência que uma pequena percentagem de doentes submetidos a cirurgia manifestam-se insatisfeitos após a cirurgia, o que comprova, esta não apresentar uma eficácia absoluta no alívio de todos os sintomas.

1 - VIGILÂNCIA ACTIVA. MEDIDAS GERAIS

As medidas gerais podem mitigar os sintomas, complementar a terapêutica médica e, em alguns casos, tornar as terapêuticas farmacológicas e cirúrgicas desnecessárias. Têm como objectivo evitar a congestão pélvica, quando a sintomatologia é ligeira ou moderada, e a obstrução urinária é mínima, bem compensada e não existem complicações, ou se a idade, o estado geral, as doenças coexistentes e a qualidade de vida não justificam os riscos de uma terapêutica ou tornam duvidoso o seu benefício^{22,48}.

Assim, sugerem-se como conselhos gerais para todos os doentes:

- Evitar contrariar o esvaziamento vesical
- Urinar durante o tempo suficiente para esvaziar adequadamente a bexiga
- Evitar as viagens prolongadas e permanecer muito tempo sentado
- Evitar as alterações do trânsito intestinal, nomeadamente a obstipação
- Jantar cedo. Evitar bebidas depois das 19 horas.

- Evitar actividades sexuais muito frequentes ou prolongadas
- Evitar a ingestão excessiva de sal. Eliminar o café, o chá, e as bebidas como a coca - cola (que contém cafeína), e o chocolate (contém teobromina)
- Evitar as especiarias e outros condimentos que podem ser irritantes urinários e exacerbar os sintomas
- Reduzir o consumo das bebidas alcoólicas
- Evitar medicamentos de venda-livre que contenham descongestionantes adrenérgicos.
- Evitar, ou avisar o Médico-Assistente, quando tomar antidepressivos tricíclicos ou antiespasmódicos urinários, os quais podem agravar os sintomas urinários.

2 - TERAPÊUTICA MÉDICA

a) Alfa Bloqueantes

A obstrução provocada pela HBP é devida a um componente estático (aumento da glândula) e também a um componente dinâmico (aumento do tónus do músculo liso prostático). Este componente dinâmico é mediado pelo sistema nervoso simpático (adrenoreceptores alfa 1). O antagonismo alfa 1 diminui a pressão intrauretral e reduz a obstrução prostática melhorando o esvaziamento vesical. Concomitantemente, os adrenoreceptores alfa 1 existem no músculo liso das artérias e veias pelo que o seu bloqueio pode desenvolver hipotensão ortostática (a principal complicação dos bloqueadores alfa 1).

Foram identificados diversos subtipos de receptores

alfa 1: alfa 1a
 alfa 1b
 alfa 1d

A contracção do músculo liso prostático parece ser mediada pelos receptores alfa 1 a. Os bloqueadores alfa podem ser não-selectivos ou selectivos (alfa 1 e alfa 1 a).

Classificação dos bloqueadores alfa 1 de acordo com a selectividade e semi - vida:

Classe de bloqueadores alfa	dose
não selectivo	
Fenoxibenzamina	10 mg bid
alfa 1	
Prasosina	2 mg bid
Alfuzosina (Benestan)	2,5 mg bid
Indoramina	20 mg bid
Duracção de acção longa	
Terasosina (Hitrin)	5 ou 10 mg qd
Doxasosina	4 ou 8 mg qd
Subtipo Selectivo alfa 1a	
Tamulosin (Omnice, Pradif)	0,4 ou 0,8 mg qd

A eficácia relativa entre os diversos alfa bloqueantes é difícil de apurar perante a falta de estudos randomizados duplamente cegos esclarecedores. Aparentemente todos os alfa bloqueantes são similares em termos de eficácia e segurança:

- Melhoria de 20 a 30 % de aumento no fluxo urinário máximo
- Melhoria de 20 a 50 % nos sintomas

As vantagens dos bloqueadores alfa 1a supra-selectivos apenas têm sido evidenciadas em modelos animais, sendo que as alegadas vantagens clínicas (maior segurança) ainda não foram demonstradas em ensaios clínicos duplamente cegos.

Os efeitos secundários mais frequentemente referidos são cefaleias, mal estar, hipotensão postural, ejaculação retrógrada e anejaculação.

b) Terapêutica médica por Supressão de Androgéneos

O desenvolvimento da HBP é dependente da Dihidrotestosterona (DHT) produzida a partir da testosterona (T) através da acção da enzima 5 alfa - redutase.

A castração, química ou cirúrgica, e os antiandrogéneos reduzem o volume prostático por regressão dos elementos epiteliais da próstata. Admite-se que esta redução do volume diminui o componente estático da obstrução prostática facilitando o esvaziamento vesical. O efeito máximo obtém-se ao fim de seis meses de tratamento.

A **Finasteride** é um inibidor competitivo da 5 alfa - redutase tipo II, impedindo a conversão, no tecido prostático da testosterona em dihidrotestosterona. Tem-se demonstrado, em diversos ensaios clínicos, a eficácia da finasteride na HBP conseguindo-se, em terapêuticas durante seis meses, uma diminuição do volume prostático da ordem dos 30 % e um aumento do fluxo urinário máximo de 1.5 ml/s. Relativamente à sintomatologia, as melhorias são discretas não se tendo demonstrado haver significado estatístico.

Os resultados desta terapêutica são mais expressivos para volumes prostáticos superiores a 50 cc. Supõe-se que doentes com volumes prostáticos maiores, em que é possível uma maior redução do volume, sejam a melhor indicação para esta terapêutica.

Neste momento, é controverso se a tomada de finasteride, a longo prazo altera a história natural da HBP. Alguns estudos sugerem que a terapêutica a longo prazo com a finasteride diminui os episódios de retenção urinária e a necessidade de intervenção cirúrgica.

Os efeitos secundários são da esfera sexual, referindo-se em 10 % dos doentes impotência e alterações da ejaculação.

É de realçar que esta terapêutica altera os valores de PSA sérico para cerca de metade. A suspeição de carcinoma da próstata deve pois ter em atenção essa alteração (nestes casos, os valores de PSA, antes de interpretados, devem ser multiplicados por 2).

c) Fitoterapia

Tradicionalmente receitam-se estratos de plantas para o tratamento da HBP. Os mecanismos de acção não estão esclarecidos, actuando, presumivelmente, por uma acção descongestionante pélvica. A eficácia é controversa sendo necessário a realização de estudos duplamente cegos para demonstrar uma eficácia superior ao placebo. No entanto, pelo facto de serem, praticamente, desprovidos de efeitos secundários, mantêm-se como uma opção do tratamento da HBP.

3 - TRATAMENTOS MINIMAMENTE INVASIVOS

O tratamento - padrão da Hiperplasia benigna da próstata é a ressecção transuretral (RTU - P). Dada a elevada prevalência da HBP na população masculina com mais de 50 anos e as implicações dos custos e da morbilidade que qualquer intervenção cirúrgica implica, têm-se desenvolvido terapêuticas designadas de *minimamente invasivas*. No entanto, as tecnologias são dispendiosas, os resultados têm sido pouco animadores, algumas têm complicações significativas, pelo que estas técnicas estão pouco difundidas e são exclusivas de alguns centros integrados em protocolos de investigação. São de referir:

- HIFU - High Intensity Focused Ultrasound
- Laser Therapy
- Hipertermia
- Termoterapia
- Stent Intrauretral
- Dilatação transuretral com balão
- Electrovaporização transuretral (TUV - P)
- ITU - P - Incisão Transuretral da Próstata

A Electrovaporização transuretral (TUV-P) em virtude da sua simplicidade e baixo custo, teve uma difusão entusiástica havendo alguns centros que, praticamente, substituíram a RTU - P. Esta técnica utiliza o calor para destruir o tecido prostático, por meio do mesmo ressectoscópio que da RTU - P, substituindo apenas a ansa diatérmica por uma outra apropriada para esta técnica. Apresenta, em relação à RTU - P, uma eficácia semelhante, mas tem a vantagem de menor hemorragia e tempo de internamento mais curto, contudo não é colhido material para exame histológico e nalgumas séries a taxa de sintomas irritativos pós - cirurgia é superior à da

RTU - P.

A Incisão transuretral da próstata (ITU - P) tem indicação nos casos de volume prostático inferior a 30 cc. É uma técnica de fácil execução e menor morbilidade que a RTU - P, designadamente, quanto ao risco de hemorragia per - operatória ou o doente vir a desenvolver ejaculação retrógrada.

4 - TERAPÊUTICAS CIRÚRGICAS

As indicações clássicas para as terapêuticas cirúrgicas convencionais e endoscópicas - Prostatectomia retropúbica ou transvesical e a Ressecção transuretral - são a obstrução infravesical significativa acompanhada, ou não, de sintomatologia moderada ou severa que interfere de forma relevante, com a qualidade de vida.

Em qualquer técnica é removido apenas o tecido hiperplásico originado na zona de transição. A zona periférica ou cápsula cirúrgica da próstata, local mais frequente de aparecimento do carcinoma não é excisada nem ressecada. Por esta razão deve ser salientado que os doentes submetidos a terapêutica cirúrgica mantêm o mesmo risco de desenvolver carcinoma que o resto da população.

Em virtude do risco do Síndrome da ressecção transuretral da próstata originado pela absorção de líquidos, quando os tempos de cirurgia na RTU-P são prolongados, habitualmente, excluem-se deste tipo de cirurgia endoscópica os doentes com volumes prostáticos superiores a 60 cc. Nestes, pressupõe-se exigir um tempo de cirurgia superior a 90 minutos, sendo a alternativa a prostatectomia aberta. Assim, o volume prostático, por si, pode definir o tipo de cirurgia a efectuar. No entanto, o tipo de doente, o critério e a experiência do cirurgião são factores decisivos na escolha da técnica a utilizar.

As complicações potenciais da cirurgia são as seguintes:

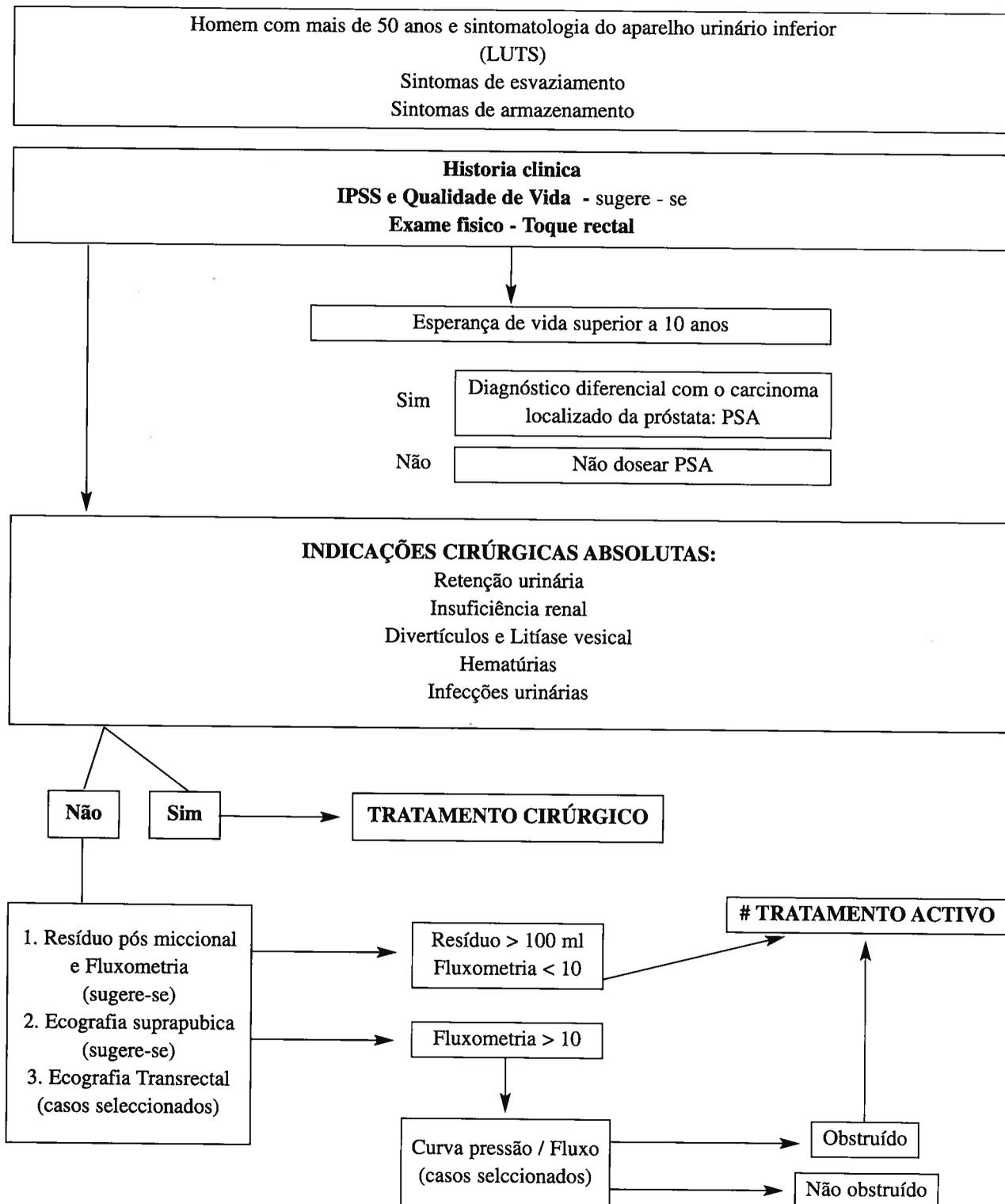
- Mortalidade e morbilidade inerentes a qualquer cirurgia pélvica
- Hemorragia
- Excisão incompleta
- Incontinência urinária transitória ou permanente (< 1 %)
- Síndrome miccional irritativo
- Infecção urinária e Epididimite aguda
- Esclerose do colo vesical (2 a 3 %)
- Aperto da uretra
- Ejaculação retrógrada (80 a 90 %)
- Disfunção erétil (3 a 6 %)

As terapêuticas cirúrgicas convencionais e endoscópicas apresentam eficácia elevada no alívio da sintomatologia dos doentes com Hiperplasia Benigna da

Próstata. Há, no entanto, um pequeno grupo de doentes (10 %) que mantêm sintomatologia de armazenamento (irritativa). Uma parte destes doentes não tinham indicação para cirurgia, pois não apresentavam obstrução

infravesical, sendo os sintomas originados, exclusivamente, por doença do detrusor. A outra parte deles, já tinham alterações irreversíveis do detrusor com origem na obstrução infravesical.

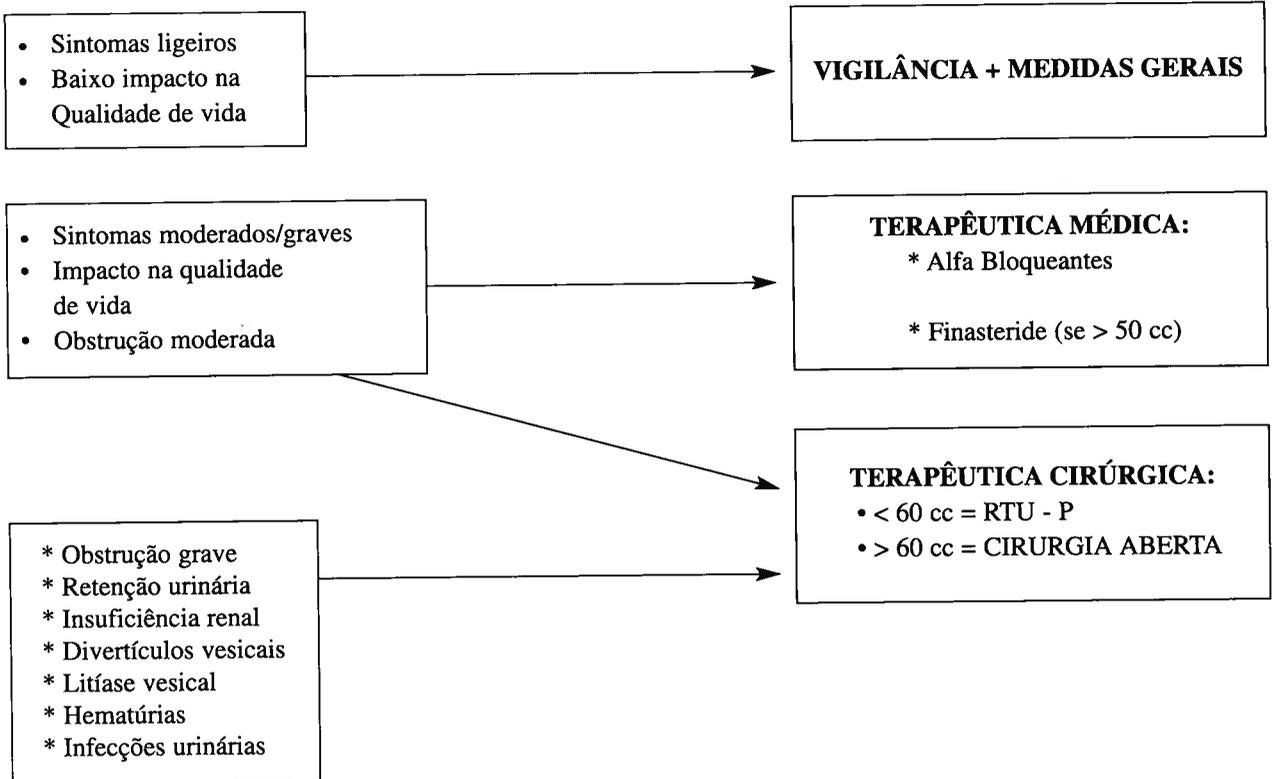
ALGORITMO - ESTUDO DO DOENTE



Tratameno Activo - entenda-se o tratamento cirúrgico ou médico vigiado ou instrumental. e se não houver resposta clínica inicia tratamento cirúrgico

ALGORITMO - TERAPÊUTICA

DECISÃO TERAPÊUTICA PARTILHADA COM O DOENTE

(Eficácia *versus* Morbilidade *versus* Custo)

IMPACTO ECONÓMICO DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PROSTATA

Todos os países do mundo devem enfrentar a realidade económica da actual e altamente competitiva economia mundial. Os gastos com os cuidados de saúde constituem um componente significativo no preço de bens e serviços que os países exportam para essa economia mundial. A população mundial está a envelhecer e no ano 2000 estima-se que mais de 600 milhões terá mais de 60 anos de idade. Nos países desenvolvidos a esperança de vida dos homens de 65 anos é de aproximadamente 15 anos.

Este facto representa para uma elevada percentagem de homens (50%), com risco de HBP e LUTS, que se traduz em anos de tratamento e custos continuados.

A HBP e LUTS têm sido e, provavelmente, continuarão a ser um dos principais factores nos custos em cuidados de saúde em todo o mundo^{12,13}.

Assim, a avaliação dos aspectos económicos da HBP deve começar com o reconhecimento de algumas realidades:

1 - Os custos com cuidados de saúde estão a aumentar a

nível mundial. Em 1992 esse custo foi de 3.094 USD *per capita* nos E.U.A., representando 13,6 % do PIB.

2 - HBP é um factor significativo nos custos com cuidados de saúde (pelo aumento da população envelhecida; os avanços médicos e terapêuticos).

3 - A contenção de custos é necessária mesmo nos países prósperos. Uma política eficaz de contenção de custos, necessita de uma avaliação adequada das despesas e do custo/benefício dos vários tratamentos⁹.

Genericamente os custos actuais são referentes a:

– custos directos – consultas e estudo diagnóstico, medicação, hospitalização.

– custos indirectos – tempo, perda de produção, deslocações.

– custos impalpáveis – dores; impacto negativo na qualidade de vida.

A informação visando a contenção dos custos é um factor muito importante reconhecido pelo Comité Económico da HBP⁴⁴. Somente alguns dos muitos estudos clínicos fazem referência a custos, donde a necessi-

dade de uma maior divulgação desta aspecto.

Finalmente é necessária melhor, e mais convincente, informação para a Classe Médica no exercício da clínica prática, resistir a informações dos *media* sem confirmação científica. A nossa conduta em relação à HBP tem sido submetida a alterações, rápidas e profundas, nas últimas duas décadas. As mais importantes dizem respeito à redução do número de cirurgia aberta em todo o mundo (menos 43% entre 1987 e 1994) e ao aparecimento de terapêuticas menos invasivas.

Além disso, a atitude expectante e o tratamento médico têm vindo a aumentar de importância de forma regular ao longo dos últimos anos.

Os custos iniciais da terapêutica cirúrgica eram substancialmente mais elevados que os custos do tratamento médico. Actualmente, com uma tendência assente nas novas modalidades de tratamento médico e nas técnicas minimamente invasivas, os custos têm vindo a diminuir^{13,44}.

RECOMENDAÇÕES

Não surpreende que um vasto conjunto de organizações científicas internacionais se dedique a estudar e a aprofundar estes problemas, a racionalizar os métodos e condutas terapêuticas. Nesse sentido, o Comité Científico Internacional faz as seguintes recomendações concretas:

- A comunidade médica e urológica deve desenvolver um sistema preciso para determinar o custo/benefício nas estratégias de avaliação de LUTS e HBP
- Estudos clínicos para o tratamento de LUTS e HBP devem ser realizados sobre um espectro de vários anos
- Os jornais médicos deverão rejeitar manuscritos de tratamento quando não fizerem referência à emissão de custos.
- A comunidade urológica mundial deve estabelecer o custo/benefício relativo dos tratamentos a incluir nas decisões terapêuticas.

Estas Recomendações Terapêuticas são consensos clínicos, ajustáveis no tempo e sujeitos a revisão anual, utilizáveis meramente como indicadores a que o Médico é livre de aderir, interpretando, em cada caso, a necessidade específica do seu doente, no livre exercício da respectiva autonomia profissional.

A autonomia profissional é, por isso, um direito que impõe a qualquer Médico o dever de se desviar de quais-

quer recomendações sempre que entender que estas contrariam a prestação de cuidados médicos que considerar, casuisticamente, mais indicados.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se a colaboração de H. Luz Rodrigues, coordenador das Recomendações Terapêuticas da Ordem dos Médicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Recomendações do Comité Científico Internacional. Paris; Julho 1997
2. CHAPPLE CR, JANKNEGHT CA: Clinician's Manual on Benign Prostatic Hyperplasia; Science Press Limited, 1993, pp 2 - 12
3. MC NEAL JE: Origin and evolution of benign prostatic enlargement. Invest Urol 1978; 15: 340 - 345
4. BROOKS JD: Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia- Campbell's Urology -1997; pp 110 - 114 .
5. BERRY SJ: The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol, 1984; 132: 474 - 479
6. LYTTON B: The incidence of benign prostatic hypertrophy. J Urol, 1986; 99: 639 - 645
7. MCCONNELL DJ: Epidemiology, etiology, pathophysiology and diagnosis of benign prostatic hyperplasia - Campbell's Urology 1997; pp 1429 - 1442 .
8. ABRAMS PH: Detrusor instability and bladder outlet obstruction. NeuroUrol. Urodynam. 4 (4): 317, 1985.
9. SCHAFFER W: Urodynamics of micturition. Curr Opin Urology 1992; 2 :252 -256
10. JACOBSEN S: Natural History of prostatism: urologic complications in community-dwelling men JGIM 1972; 12: 53
11. GIRMAN C: Relationship among symptoms, prostate volume and peak urinary flow rate. J Urol 1995; 153: 1510 - 1515
12. HOLTGREWE HL, NIELSEN HB, CARLSSON P: 4th International Consultation on BPH. Proceedings 1997; 63-81
13. HOLTGREWE HL, ACKERMANN R, BOYLE P: The 3rd International Consultation on BPH. Proceedings 1995; 53 - 70
14. BOYLE P: Decrease in mortality from benign prostatic hyperplasia : a major unheralded heal triumph J Urol 1996; 155: 176 - 80
15. WADA T: Age - related change of histology of benign prostatic hyperplasia.
16. GUESS H: The role of community-based longitudinal studies in evaluating treatment effects. Benign prostatic hiperplasia. Med care 1995; 33: AS 26-35
17. Urol Clin North America. 1995; 22: 247-261
18. CLARK R: The prostate and the endocrine: A control series. Brit J Urol. 1937; 9: 254-271
19. CRAIGEN A: History natural of obstruction prostatic. Avaliation prospective. R: Coll Gen Pract 1969; 18: 226 - 232
20. BARNES R, MARSH C: Progression of obstruction and symptoms. In Hinman Fed: Benign Prostatic Hypertrophy. New York 1983.
21. BIRKHOFF J: Natural history of benign prostatic hypertrophy and acute urinary retention. Urology 1976; 7: 48 - 52
22. WAINABE H: Natural history of benign prostatic hypertrophy. Ultrasound Med Biol 1986; 12: 567 - 571.
23. GUESS H: Similar levels of urological symptoms have similar impact on Scottish and American men although Scots report less symptoms. J Urol 1993; 150: 1701 - 1705.
24. CHUTT C: The prevalence of prostatism: A population - based survey of urinary symptoms J Urol 1993; 150: 85 - 89
25. BARRY M J: Measuring the symptoms and health impact of Benign prostatic hyperplasia and its treatments commite 6. 265 - 278
26. COCKETT A T, ASO: Recomendações do Comité de Concenso Internacional. 1994
27. CHRISTENSEN M, BRUSKEWITZ R: Clinical manifestations of

- benign prostatic hyperplasia and indications for therapeutic intervention Urol Clin N Am 17(3):509 - 513
28. DENIS L: 4 th International consultation on HBP. Proceedings; 1-6
29. FERREIRA M., SILVA M: Conselho Português Estudo da Prostata 1993; 1-15
30. GUTHRIE R: Hiperplasia benigna da prostata em idosos. Postgraduate Medicine; 9(3): 86-81
31. KIRBY S, FITZPATRICK J: Shared care for Benign prostatic hiperplasia. Text book of benign prostatic hiperplasia. 531 - 537
32. KOYANAGI T: Inicial diagnostic evaluation of men with lower urinary tract symptoms committee 5. 179 -246
33. LEPOR H, OESTERLING J: Tratamento da HBP : do minimo ao máximo. Patient Care 14 - 25
34. MCCONNELL J: Guidelines for diagnosis and management of HBP. Text book of benign prostatic hiperplasia. 507 - 525
35. MOUL J: Hiperplasia benigna da prostata. Postgraduate Medicine. 3(3): 42 - 43
36. PAYNE S: Abordagem actual dos problemas prostáticos. Update 24-26
37. Prostate Health Council. Enlarged prostate: BPH and Male Urinary Problem 1 -7
38. JAMES D: Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia - Campbell Urology 1997. 110 - 114
39. MCNEAL J: Zonal anatomy of the prostate. Prostate 1981; 2: 35-49
40. JONH D: Epidemiology, etiology, pathophysiology and diagnosis of benign prostatic hiperplasia - Campbell Urology, 1997; 1429 - 1442
41. ABRAMS PH: Detrusor instability and bladder outlet obstruction. Neurol Urodynam 1985; 4: 317
42. SCHAFFER W: Urodynamics of micturition. Curr Opin Urolgy 1992; 2 : 252 - 256
43. HOLTGREWE H, BOYLE P : The 3 rd International Consultation on HBP. Proceedings; 63 - 81
44. Economics of HBP: Text book of Benign Prostatic Hyperplasia. 527 - 536
45. CHAPPLE C: Clinian Manual on Benign Prostatic Hyperplasia. Science Press Limited, 1993; 2 - 12
46. MCNEAL JE.: Zonal anatomy of the prostate . Prostate 1981; 2(1): 35-40
47. Economics of BPH: Text book of Benign Prostatic Hyperplasia; 527 - 536 .
48. SILVA M, SOUSA R: Orientações e Recomendações Urológicas na prática clinica. Acta Med Port 1999; 12