

# **HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA** **(HBP)**

A hiperplasia benigna e outras doenças da próstata

Manual de Apoio

Formador: José Santos Dias

2017

migs

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. SINOPSE DO CURSO	6
3. OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO	7
4. HBP - UM RESUMO	8
5. O QUE É A PRÓSTATA? ONDE SE SITUA? PARA QUE SERVE?	24
6. SINTOMAS “PROVOCADOS” PELA PRÓSTATA	28
7. DOENÇAS MAIS FREQUENTES DA PRÓSTATA:	39
- Hiperplasia Benigna da Próstata - HBP (aumento benigno da próstata)	39
- Cancro da próstata (tumor maligno)	40
- Prostatite (inflamação da próstata)	40
8. HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA - HBP	41
- O que é a HBP?	41
- Frequência e causas desta doença	42
- Queixas provocadas pela HBP	43
- Como se diagnostica a HBP	50
- Outras causas para as mesmas queixas – o “diagnóstico diferencial”	55
- Consequências e complicações da HBP	57
- Tratamento da HBP	58
Vigilância	59
Tratamento farmacológico	60
Técnicas “minimamente invasivas”	65
Cirurgia	67
Resultados dos tratamentos cirúrgicos para a HBP	67
- Prognóstico	69
9. CONSEQUÊNCIAS DO AUMENTO DE VOLUME DA PRÓSTATA	71
10. O QUE É O PSA?	73
- PSA total	73
- PSA livre. Relação entre o PSA livre e o PSA total	75
- PSA ajustado à idade	75
- Densidade do PSA	76
- Velocidade do PSA	76
- PSA da zona de transição	77
- E além do PSA? Outros marcadores	77
PCA3	77
Outros marcadores	77

11. CANCRO DA PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA)	78
- O que é o cancro da próstata?	78
- Que tipos de cancro da próstata existem?	78
- Frequência, factores de risco e prevenção do cancro da próstata	79
- Queixas que o cancro da próstata pode provocar	87
- Foi-me diagnosticado um Cancro da Próstata! E agora? O que devo fazer?	89
12. INFLAMAÇÃO DA PRÓSTATA - PROSTATITE	92
- Tipos de prostatite – classificação desta doença	92
- Tratamento	95
13. BIBLIOGRAFIA	97
14. CV DO AUTOR	98



## 1. INTRODUÇÃO

A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) consiste no aumento do número de células da próstata, que por sua vez causa um aumento do volume deste órgão.

Anteriormente designada por “Hipertrofia” justamente por esse facto (o aumento de volume), a designação actualmente utilizada reflecte de forma mais precisa o processo fisiopatológico que origina esta doença. Antigamente era também assumido que se tratava de uma “neoplasia benigna”, terminologia actualmente também posta de parte, por não se tratar propriamente de um processo neoplásico.

Independentemente da designação, esta é uma das doenças que mais frequentemente afecta o homem a partir dos 50 anos, sobretudo em idades mais avançadas. Foi descrita como “a neoplasia mais comum do homem”, por afectar cerca de 80% dos homens com idade superior a 75 anos.

Se não tratada, pode ter consequências graves como a retenção urinária ou a insuficiência renal. Felizmente, as formas avançadas da doença são actualmente menos frequentes – embora ainda se diagnostiquem muitos doentes nesta fase da doença – graças às terapêuticas médicas, cirúrgicas minimamente invasivas existentes.

A elevada prevalência da doença, o progressivo envelhecimento da população e a disponibilidade de novos medicamentos e produtos para o tratamento e controle desta doença permitem que a mesma seja, cada vez mais, abordada, tratada e controlada em ambulatório, na esmagadora maioria dos doentes, sem ser necessário o recurso a terapêuticas invasivas.

## 2. SINOPSE DO CURSO

Neste curso serão transmitidos os conhecimentos julgados necessários para conhecer os aspectos relevantes da Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP), nomeadamente os referentes à anatomia, fisiopatologia, sintomas, meios de diagnóstico (exame objectivo e exames complementares) e formas de tratamento disponíveis.

No entanto, abordará ainda todos os aspectos relacionados com esta doença que, de uma forma mais lata, são importantes para a compreender e enquadrar no espectro das doenças da próstata e dos sintomas do aparelho urinário inferior (conhecidos por LUTS, de designação inglesa de “*Lower Urinary Tract Symptoms*”) – antigamente designados por “prostatismo” mas que sabemos actualmente não se deverem exclusivamente à próstata.

Por este motivo, além dos tópicos mais directamente relacionados com a HBP, serão também abordadas as restantes doenças da próstata, nomeadamente a prostatite e o cancro da próstata.



### 3. OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO

Com este manual e o curso a que se destina, pretende-se ministrar aos formandos a informação necessária para conhecer a HBP, os seus sintomas, as diversas possibilidades de tratamento, adequadas à esmagadora maioria dos doentes.

Pretende-se ainda descrever as diversas *nuances* da doença, as implicações da evolução da doença não tratada e ainda alertar para o reconhecimento de sintomas e sinais que poderão traduzir a progressão da doença e a consequente necessidade de avaliação médica do foro da especialidade de urologia, nomeadamente por ser eventualmente necessário um tratamento mais eficaz e invasivo.



## 4. HBP - UM RESUMO

Com este capítulo pretende-se compilar, num número reduzido de páginas, a informação mais relevante relativa à HBP, de modo a permitir uma consulta breve e o esclarecimento rápido de dúvidas que possam surgir no dia-a-dia, nomeadamente na presença de homens com sintomatologia sugestiva desta patologia.

### INTRODUÇÃO

A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) é a neoplasia mais comum no homem. Está intimamente relacionada com o envelhecimento e, embora poucas vezes ponha em risco a vida, interfere grandemente com a sua qualidade. O aumento progressivo da esperança média de vida transforma esta patologia num problema de saúde pública. O aparecimento de terapêuticas médicas eficazes nos últimos vinte anos levou a que um leque cada vez maior de médicos não urologistas aborde de uma forma eficaz a HBP.

### I. ANATOMIA

A próstata é uma glândula sexual acessória masculina localizada entre a base da bexiga (acima), as ampolas dos canais deferentes e o recto (atrás), o púbis (na frente) e a musculatura do pavimento pélvico (em baixo), rodeando uma porção da uretra. Está ligada superiormente ao colo vesical e inferiormente é limitada pelo diafragma urogenital. Está separada do recto pela fâscia rectovesical (Figura 1).

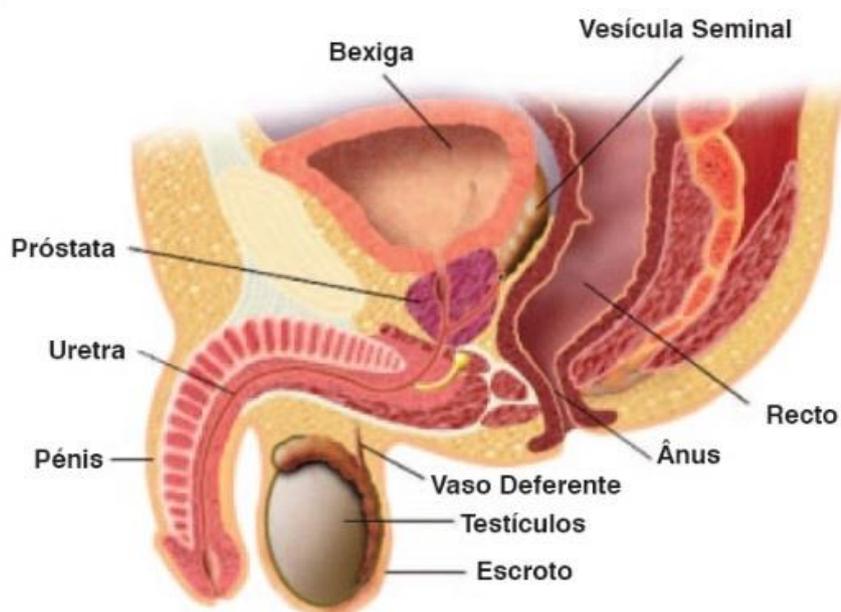


Figura 1 - Anatomia da próstata

Durante a ejaculação produz um fluido prostático alcalino, rico em nutrientes e proteases, que em conjunto com as secreções dos testículos, vesículas seminais, glândulas uretrais e bulbouretrais formam o sémen. Cerca de um terço da próstata é constituída pela zona anterior fibromuscular, não glandular. O tecido restante constitui o componente glandular: zona

periférica (70%), zona central (25%, rodeando os canais ejaculadores), zona de transição (5-10% do volume) – Figura 2. A HBP desenvolve-se principalmente na área periuretral da zona de transição, enquanto os carcinomas da próstata surgem mais frequentemente (70%) na zona periférica.

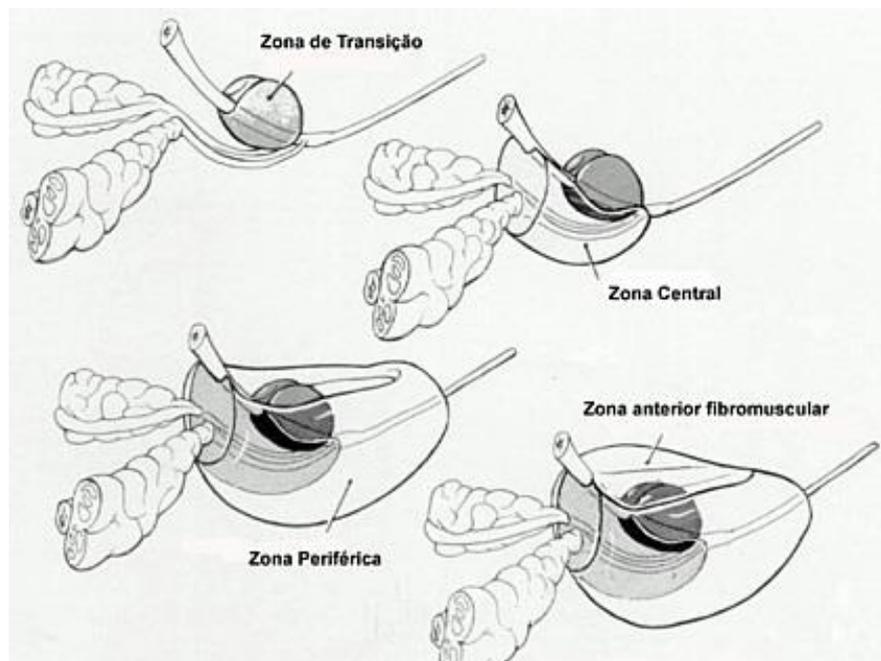


Figura 2 - Anatomia zonal da próstata

## **II. DEFINIÇÃO**

A HBP é em sentido restrito um conceito anatomopatológico que implica um aumento do número de células epiteliais e estromais na zona periuretral da próstata. Na prática clínica é, no entanto, considerada como um conjunto de sintomas não específicos relacionados com este fenómeno. A obstrução ao fluxo urinário é um conceito urodinâmico, só demonstrável com estudos de pressão-fluxo, sendo mais tarde evidente clinicamente. O simples aumento de volume da glândula prostática não é suficiente para definir a HBP, pois ele pode ocorrer sem sintomatologia associada e sem obstrução.

Será de uma combinação destas variáveis (aumento de volume, hiperplasia histológica, obstrução e sintomatologia) que surge a noção mais correcta de HBP; podendo estar todas presentes ou só algumas. Uma definição possível de HBP – processo tumoral benigno originado no interior da próstata e caracterizado pela hiperplasia da glândula, com sintomas de maior ou menor intensidade e um grau variável de obstrução, com ou sem aumento de volume – Figura 3.

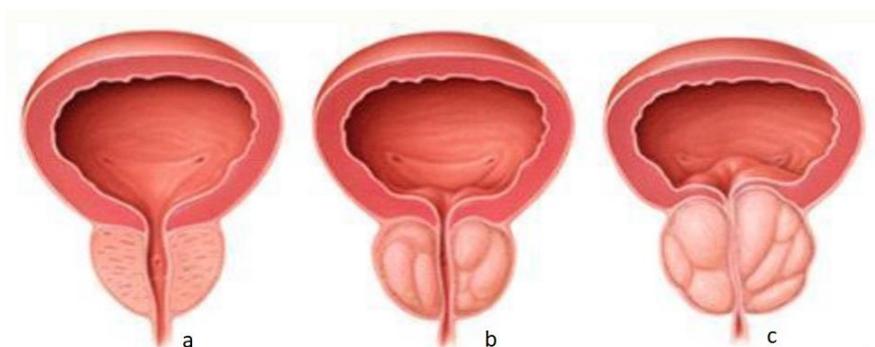


Figura 3 - Próstata e HBP

- a) Próstata normal
- b) HBP ligeira
- c) HBP moderada/grave

### III. PREVALÊNCIA

A prevalência da HBP é difícil de determinar e varia consoante a definição utilizada, a população e os métodos escolhidos. Em estudos necróticos a **HBP histológica** está ausente abaixo dos 30 anos e a sua prevalência aumenta com a idade atingindo os 88% na nona década de vida. Um **aumento prostático palpável** aparece em 20% dos homens com 60 anos e em 43% dos que têm 80 anos; embora nem sempre associado a sintomatologia. Cerca de um terço dos homens com mais de 50 anos apresenta algum tipo de **sintomatologia** relacionada com a HBP.

### IV. FISIO-PATOLOGIA E HISTÓRIA NATURAL

A etiologia da HBP é multifactorial, mas os únicos factores que provavelmente estão implicados no seu aparecimento são a idade e o estado hormonal. A HBP está intimamente ligada ao envelhecimento e é necessária a produção de testosterona para que esta ocorra.

Após entrar na próstata por difusão, a testosterona é transformada em dihidrotestosterona (DHT) por acção da 5  $\alpha$ -reductase. Esta estimula a expressão da síntese de RNA que actua directamente na actividade celular. Sempre sob a acção da DHT as células estromais produzem factores de crescimento polipeptídicos, que ao actuar sobre as células basais do epitélio induzem a sua proliferação e crescimento. Altera-se assim o equilíbrio entre apoptose e proliferação e é determinada a percentagem relativa de hiperplasia glandular e estromal presente (o estroma é habitualmente o tecido mais abundante).

Alguns dos principais **factores de crescimento estimuladores** já identificados são: factor de crescimento epidérmico (EGF), factor de crescimento fibroblástico (FGF), factores de crescimento semelhantes à insulina I e II (IGF), factor transformador do crescimento alfa (TGF- $\alpha$ ), factor de crescimento dos queratinócitos (KGF). O principal **factor de crescimento que actua de uma forma inibitória** é o factor de crescimento transformador beta (TGF- $\beta$ ).

O óxido nítrico (NO) é produzido pelo endotélio, células nervosas e macrófagos e afecta a contracção das células musculares lisas, tendo também um papel na patogénese da HBP.

Sabe-se que a dieta pode influenciar o desenvolvimento da HBP (papel protector dos vegetais) e que os componentes da síndrome metabólica, nomeadamente a adiposidade visceral podem ter algum papel na fisiopatologia desta entidade.

Sob estas acções complexas começam por se formar nódulos constituídos predominantemente por tecido estromal na região periuretral. Estes nódulos microscópicos começam a desenvolver-se por volta dos 30-40 anos e crescem com o avançar da idade podendo atingir alguns centímetros de diâmetro. Macroscopicamente a HBP caracteriza-se por nódulos amarelados ou acinzentados, de consistência duro-elástica no interior da próstata – Figura 4.

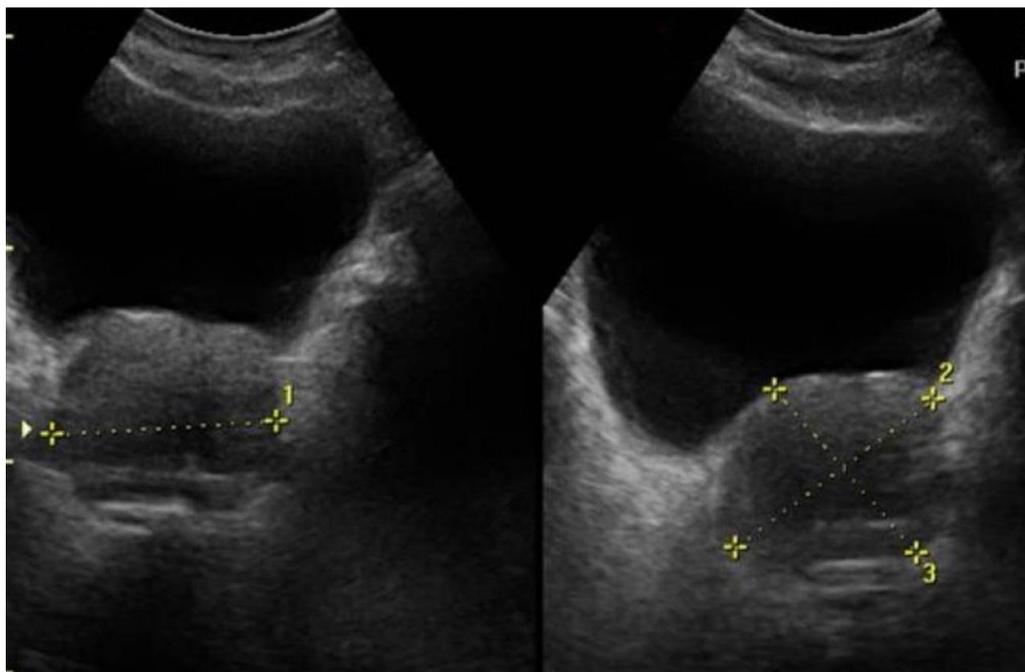


Figura 4 - Ecografia prostática supra-púbica

O aparecimento e agravamento dos sintomas devem-se não só à eventual obstrução, mas também a alterações vesicais compensatórias que surgem na sua sequência. A obstrução prolongada e o próprio envelhecimento provocam alterações macroscópicas, histológicas, celulares e moleculares na parede da bexiga. Numa primeira fase há uma hipertrofia do detrusor na tentativa de vencer o obstáculo a montante, mas posteriormente assiste-se a uma deposição de componentes da matriz extracelular, como por exemplo colagénio, a um esvaziamento vesical incompleto e a perda da *compliance*. A interferência com os mecanismos motores e sensitivos provoca contracções involuntárias (não inibidas) do detrusor – instabilidade - e a um agravamento sintomatológico. Estas alterações vesicais são irreversíveis e manifestam-se com: **espessamento da parede vesical, trabeculação, formação de células e divertículos.**

A estase urinária resultante favorece a formação de cálculos vesicais e ao desenvolvimento bacteriano com as consequentes **infecções urinárias de repetição**. O **aparelho urinário superior começa a dilatar-se** e a transmissão retrógrada da pressão, o refluxo urinário e a infecção facilitam a lesão renal com o consequente compromisso da função. A **deterioração da função renal** pode ocorrer em doentes com sintomatologia frustrada e nem sempre é reversível com a desobstrução.

A próstata hiperplasiada apresenta uma densidade vascular elevada e por vezes surgem quadros de **hematúria** recidivante.

A HBP é uma doença que, de uma maneira geral, evolui e a **probabilidade de progressão** (agravamento sintomático ou eventos graves como a retenção urinária ou necessidade de cirurgia) aumenta com: **Idade** - em doentes acima dos 70 anos a progressão é mais provável; **Volume prostático** - em próstatas com mais de 30 cc a HBP progride mais frequentemente; **PSA** - como indicador indirecto do volume prostático (a deterioração é mais elevada acima dos 1,5 ng/ml). Outros factores menos importantes que prevêm a probabilidade de progressão são a **severidade dos sintomas** e o **fluxo urinário** baixo.

Existe uma incidência familiar aumentada de HBP, principalmente em doentes com adenomas de grande volume e que dão sintomas em idades mais jovens.

## V. DIAGNÓSTICO

### 1. Clínica

O pilar fundamental do diagnóstico é uma história clínica cuidadosa e um exame objectivo dirigido.

Na **anamnese** devem identificar-se outras causas possíveis de alterações da função miccional e co-morbilidades que possam afectar o tratamento, caracterizando a natureza e duração dos sintomas, intervenções cirúrgicas anteriores. Os hábitos do doente devem ser revistos, principalmente os medicamentosos: os anticolinérgicos diminuem a contractilidade vesical e os simpaticomiméticos alfa aumentam a resistência ao fluxo urinário, por exemplo.

A HBP caracteriza-se por um conjunto de sintomas que se instalam de uma forma mais ou menos progressiva e que antes eram chamados de prostatismo, mas que podem ter outras causas. É portanto mais correcto utilizar as siglas **LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)**. Os LUTS classificam-se em sintomas obstrutivos (de esvaziamento), irritativos (de armazenamento) e ainda sintomas pós-miccionais.

#### **Sintomas de esvaziamento**

**Hesitação** - atraso no início da micção, reflectindo o tempo que o músculo detrusor demora a vencer a resistência do tracto de saída vesical ou uma hipocontractilidade do mesmo. O **jacto urinário intermitente e mais fraco** (lento, com pouca força ou fino) e o **esforço abdominal para urinar** desenvolvem-se de uma forma insidiosa, pelo que o doente pode ter alguma dificuldade em tomar consciência dos mesmos. Pode ocorrer uma micção em dois tempos.

#### **Sintomas de armazenamento**

O número de micções diurnas de um homem normal é variável, mas quando surge a necessidade de urinar a curtos intervalos de tempo falamos de **frequência**. Pode ser causada por um volume

residual elevado com uma diminuição da capacidade vesical funcional, por uma bexiga de volume reduzido ou por uma hiperactividade do detrusor. Pode surgir uma sensação de **peso ou dor suprapúbica**. **Noctúria (ou polaquiúria nocturna)** é a necessidade de urinar frequentemente durante a noite, podendo ter outras causas além da HBP (insuficiência cardíaca congestiva e terapêutica diurética entre outras), mas que afecta bastante a qualidade de vida do doente.

**Urgência ou imperiosidade** é uma vontade súbita de urinar e que é difícil de deferir no tempo, podendo estar associada a episódios de **incontinência urinária**, por isso chamada **de urgência** e é causada habitualmente por uma hiperactividade do detrusor associada à obstrução.

Outro tipo de incontinência que pode desenvolver-se é a **incontinência urinária paradoxal ou de regurgitação**, sendo a manifestação tardia de uma bexiga que não se consegue esvaziar mas que vai perdendo urina por regurgitação quando a sua capacidade máxima é atingida.

A **sensação de esvaziamento incompleto** indica que pode existir já algum grau de descompensação do detrusor originando um certo volume de urina residual (volume residual pós-miccional). O **gotejamento terminal e pós-miccional** resultam habitualmente de uma debilidade (relacionada com o envelhecimento) do músculo bulbo-esponjoso, cuja função é ajudar o esvaziamento uretral. Estes constituem os **Sintomas pós-miccionais**.

Em casos extremos desenvolve-se uma capacidade incompleta para urinar - **retenção urinária aguda**.

A **hematúria** é uma manifestação frequente de estádios mais avançados da doença podendo ser macroscópica e com coágulos, habitualmente total e indolor.

A HBP pode evoluir raramente de uma forma quase assintomática (**silenciosa**) e em que a primeira manifestação é uma complicação grave como por exemplo uma insuficiência renal obstrutiva.

Existem vários questionários e índices de sintomas que permitem avaliar de uma forma mais objectiva e quantificável a sintomatologia, podendo ajudar na monitorização da gravidade e evolução da doença. O mais utilizado é o **IPSS** (International Prostate Symptom Score), que utiliza um conjunto de sete questões relativas aos sintomas e uma pergunta independente sobre a qualidade de vida. Consoante a pontuação obtida a sintomatologia pode classificar-se em: Ligeira 0 – 7 / Moderada 8 – 19 / Grave 20 – 35.

## 2. Exame Físico

O exame objectivo deve avaliar as funções motoras e sensitivas gerais, com um exame **neurológico**, a **região supra-púbica** procurando identificar sinais de distensão vesical e um **toque rectal**.

### Toque Rectal

A melhor posição para efectuar um toque rectal com intenção de avaliar a próstata é o decúbito dorsal com as coxas em abdução e os joelhos flectidos. Após explicar ao doente em que consiste a manobra e obter o consentimento para a sua realização, o dedo indicador da mão direita, bem lubrificado, deve massajar ligeiramente o esfíncter anal e em seguida introduzi-lo na ampola rectal. A mão esquerda sobre a região supra-púbica permite avaliar simultaneamente a área

vesical. O toque rectal permite avaliar a ampola rectal, o tónus do esfíncter anal e as características da próstata: **dimensões**, consistência (mole ou duro-elástica, podendo desaparecer o sulco médio – sugere HBP; dura ou com nódulos pétreos – sugestiva de carcinoma, **dolorosa** – sugere prostatite, **simetria**, **mobilidade** (carcinoma pode estar fixo aos tecidos vizinhos), **limites anatómicos** (as vesículas seminais não são normalmente palpáveis – o seu endurecimento sugere carcinoma). Na HBP a próstata está aumentada de volume, de consistência duro-elástica, móvel, de limites bem definidos e indolor. Após o toque rectal, um médico com alguma experiência, deve ficar com uma ideia aproximada do volume prostático.

### 3. Exames auxiliares de diagnóstico

#### 3.1 Sumária de urina e análise microscópica do sedimento urinário

Deve ser efectuada em todos os homens com LUTS ajudando no diagnóstico diferencial entre HBP, infecções do tracto urinário e tumores do urotélio.

#### 3.2 PSA sérico

O Antígeno Específico da Próstata (PSA) é uma glicoproteína que actua como protease e encontrada quase exclusivamente nas células epiteliais da próstata. A sua função é a lise do coágulo de sémen com importância na fisiologia da reprodução. Qualquer alteração na arquitectura da glândula prostática pode originar fugas de PSA para a circulação: aumentando o seu valor sérico. Isto acontece não só no carcinoma da próstata mas também na HBP, prostatite, após retenção urinária, algaliação, instrumentação uretral, traumatismos e biópsias entre outras causas. O PSA é portanto um marcador de órgão e não de doença tumoral.

A probabilidade de existir um carcinoma da próstata aumenta com valores mais elevados de PSA. Durante alguns anos 4 ng/ml foi considerado o limite superior do valor normal de PSA. Actualmente existe uma tendência para reduzir este limite aumentando assim a eficácia no diagnóstico precoce de carcinoma. No caso de HBP o valor do PSA pode ser utilizado como um indicador indirecto do volume glandular.

#### 3.3 Ecografia prostática

Uma vez que a estratégia terapêutica depende, como veremos adiante, do volume prostático e este não pode ser determinado com exactidão através do toque rectal a ecografia prostática pode ser muito útil. A ecografia supra-púbica permite avaliar as dimensões da próstata, pode detectar alterações vesicais (cálculos e divertículos por exemplo) e medir o resíduo pós-miccional. A ecografia transrectal fornece uma medição mais rigorosa do volume prostático e permite detectar alterações da ecogenecidade com maior precisão, mas só deve ser utilizada para dirigir biópsias prostáticas ou para esclarecimento de dúvidas específicas.

#### 3.4 Avaliação do aparelho urinário superior

Uma vez que o aparelho urinário superior pode ser afectado com a HBP, é necessário proceder à sua avaliação. A função renal pode ser avaliada de uma forma global com a determinação da **creatininémia**. Os doentes com algum grau de insuficiência renal estão habitualmente numa fase mais avançada da doença e têm um risco cirúrgico mais elevado. A **avaliação morfológica** pode

ser feita através de **ecografia** e é mandatória quando houver história ou suspeita de: elevação da creatinina, infecção urinária, litíase urinária, cirurgia do aparelho urinário, tumor urotelial, hematúria, retenção urinária.

### 3.5 Fluxometria

Técnica simples e não invasiva na qual o fluxo urinário (ml/seg) é registado electronicamente ao longo da micção. Obtém-se um traçado gráfico do fluxo e parâmetros numéricos que podem ser analisados. O **fluxo máximo (Qmax)** é o parâmetro mais útil e fornece uma ajuda na determinação se um doente está obstruído ou não. Lembre-se que um fluxo baixo pode ser resultado quer de uma obstrução do tracto de saída vesical (por HBP por exemplo), de uma hipocontractilidade do detrusor ou de ambos. A análise da morfologia da curva ajuda também no diagnóstico.

### 3.6 Estudos Pressão-Fluxo

Único método capaz de diagnosticar com segurança a obstrução, permitindo determinar se um fluxo urinário baixo se deve a um obstáculo na saída vesical ou a uma diminuição da contractilidade do detrusor. É um exame caro, demorado e invasivo que consiste na medição simultânea das pressões do detrusor (pressão calculada pela diferença entre a pressão vesical e pressão rectal) e do fluxo urinário, obrigando por isso à introdução de um cateter na bexiga e outro no recto. As suas principais indicações são os doentes nos quais o diagnóstico de obstrução é incerto ou nos quais existe a possibilidade de haver alguma deterioração do detrusor, uma vez que nestes doentes a cirurgia desobstrutiva pode não melhorar ou mesmo agravar a sintomatologia.

### 3.7 Medição do resíduo vesical pós-miccional

A quantidade de urina que permanece na bexiga depois da micção pode dar alguma indicação sobre o estado evolutivo da doença. Resíduos mais elevados podem implicar fases mais avançadas, já com algum grau de descompensação do detrusor e com uma probabilidade maior de desenvolver episódios de retenção urinária aguda, merecendo portanto uma atitude terapêutica mais agressiva. Este parâmetro pode ser medido através de cateterização vesical ou ecografia.

### 3.8 Uretrocistoscopia

Uma uretrocistoscopia pode ser realizada se houver suspeita de patologia uretral (apertos ou divertículos da uretra) ou vesical (tumores, divertículos, litíase) e para estudo de hematórias.

## VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Envelhecimento** - as alterações vesicais e uretrais induzidas pelo envelhecimento podem causar uma sintomatologia em tudo semelhante à HBP.

**Carcinoma da próstata** - o toque rectal, PSA e eventual biópsia devem fazer o diagnóstico desta patologia que pode cursar com LUTS e hematória.

**Apertos da uretra** - estenoses a qualquer nível da uretra (desde o meato até à bexiga) podem ser causa de LUTS. O melhor exame para diagnosticar e caracterizar esta patologia são os exames contrastados - uretrocistografia retrógrada e per-miccional.

**Litíase urinária** - cálculos do ureter terminal e da bexiga podem causar uma sintomatologia irritativa intensa e cálculos na uretra podem mesmo provocar episódios de retenção urinária aguda. Os exames radiográficos (cálculos radio-opacos) ou ecográficos costumam ser suficientes para fazer o seu diagnóstico.

**Alterações da contractilidade vesical** - existem uma série de patologias de causa neurológica - bexigas neurogénicas (esclerose múltipla, Doença de Parkinson, AVCs, traumatismos vértebro-medulares entre outros) ou não neurológica (idiopática, diabetes mellitus) que podem provocar alterações da contractilidade (hiperactividade ou hipocontractilidade) vesical e da sinergia desta com o relaxamento do esfíncter urinário (dissinergia vesico-esfincteriana). Estas alterações podem originar LUTS e ser necessário fazer o seu diagnóstico antes do tratamento da HBP.

**Neoplasias vesicais** - tumores vesicais invasivos ou superficiais originam frequentemente sintomatologia irritativa e hematória podendo confundir-se com HBP. Uma uretrocistoscopia e citologia urinária ajudam a fazer o diagnóstico.

**Processos inflamatórios ou infecciosos** - sintomatologia provocada por patologia infecciosa ou inflamatória do tracto urinário (cistite, prostatite, uretrite) pode confundir-se com a originada pela HBP. Estudos bacteriológicos podem ser necessários para as excluir. Existem infecções específicas como por exemplo a tuberculose, cujo diagnóstico pode ser difícil.

**Doença do colo vesical** - um colo vesical elevado ou que relaxa de uma forma deficiente pode ser a causa da sintomatologia, mesmo na ausência de uma próstata aumentada de volume.

## **VII. TRATAMENTO**

Até há cerca de trinta anos atrás praticamente só os urologistas tratavam a HBP, uma vez que a terapêutica cirúrgica era a única eficaz. Hoje em dia existem outras armas e a tendência actual é para uma redução do intervalo entre o diagnóstico e a terapêutica e um atraso e diminuição da frequência da cirurgia. Os objectivos actuais do tratamento da HBP são: tranquilizar o doente, curar a doença (o que nem sempre é possível), eliminar ou atenuar os sintomas e atrasar ou evitar a progressão. A intensidade dos sintomas e sua interferência na qualidade de vida são os parâmetros que definem a necessidade de tratamento. O volume prostático indica-nos habitualmente a terapêutica inicial mais eficaz.

### **1. Observação expectante**

A HBP não progride da mesma forma em todos os homens, podendo a sintomatologia estabilizar ou mesmo regredir em alguns doentes. Uma atitude expectante pode ser a mais correcta em doentes com uma HBP não complicada e com LUTS ligeiros, que condicionem poucas alterações na sua qualidade de vida.

Quando a probabilidade de progressão da doença for pequena (baixo volume prostático, sintomatologia ligeira, indivíduo mais jovem, fluxo urinário relativamente conservado) esta opção deve ser colocada ao doente. Esta opção não implica a abstinência terapêutica, mas antes o seu diferimento no tempo até que seja julgada conveniente, necessitando de uma monitorização frequente.

Deve ser acompanhada de **uma tranquilização e informação do doente e de alterações simples do estilo de vida e de alguns comportamentos:**

- Redução da ingestão hídrica, principalmente a partir do fim da tarde ou em situações em que se preveja um acesso difícil aos lavabos, acautelando, no entanto, que o doente não desidrate e agrave outras patologias.
- Evitar atitudes que condicionem congestão pélvica: hiperdistensão vesical, permanecer sentado durante longos períodos.
- Esvaziar a bexiga à primeira necessidade e com regularidade (micção pelo relógio - estabelecer por exemplo um intervalo de duas horas para esvaziar a bexiga).
- Evitar alimentos e bebidas que interfiram com o ciclo miccional, sendo irritantes ou diuréticos como por exemplo a cafeína e o álcool.
- Fazer uma expressão da uretra no final da micção para evitar o gotejamento pós-miccional.
- Rever a tabela terapêutica do doente; há fármacos que reconhecidamente agravam ou desencadeiam sintomatologia obstrutiva (por exemplo os simpaticomiméticos como os descongestionantes nasais que podem provocar uma retenção urinária aguda num homem com HBP).
- Tratar a obstipação, que por vezes é um factor agravante da sintomatologia.

## 2. Terapêutica Médica

Várias estratégias foram desenvolvidas para o tratamento da HBP, mas poucas alcançaram uma aceitação consensual na prática clínica diária dos últimos vinte anos:

- Inibição do tónus simpático da próstata e colo vesical;
- Supressão da estimulação androgénica do crescimento prostático.

O facto de serem terapêuticas eficazes, seguras e relativamente fáceis de prescrever levou a que o tratamento desta patologia não seja hoje exclusivo do urologista, como o era no passado.

Além do tratamento com fármacos, é frequente o início da terapêutica desta entidade com suplementos e outros produtos fitoterapêuticos. Dado tratar-se de uma patologia benigna, geralmente com uma história natural com anos de evolução, faz sentido pensar-se em substâncias que não tenham efeitos secundários significativos, quer no imediato quer a longo prazo (dado que, na maior parte dos casos, serão necessários tratamentos de longa duração, para que os sintomas não se tornem perturbadores do bem estar e da qualidade de vida e para controlar, na medida do possível, a evolução e eventualmente a progressão da doença.

Por isso, em muitos casos – e são muitas vezes os próprios doentes a pretender esta abordagem, pelo menos numa fase inicial (com os riscos inerentes à automedicação com produtos muitas vezes de origem duvidosa, comprados na internet ou sem qualquer eficácia comprovada em estudos clínicos controlados) – o tratamento inicial consiste em fitoterapia, ou seja, em produtos de origem vegetal e que frequentemente são suficientes para reduzir a intensidade dos sintomas e melhorar o bem-estar dos doentes.

### 2.1 Fitoterapia

A utilização de agentes fitoterapêuticos na HBP é muito popular em alguns países. Estes produtos são extractos de raízes, sementes, frutos ou outras partes de plantas. A sua composição é complexa, contendo uma grande variedade de compostos: fitosteróides, ácidos gordos, terpenóides e fitoestrogénios.

São vários os mecanismos propostos para a sua acção, sendo os principais a inibição da 5-alfa-redutase, uma acção anti-inflamatória por interferência na síntese das prostaglandinas e a alteração da proliferação e crescimento induzidos pelos factores de crescimento.

Alguns extractos utilizados são: fruto do Palmeto (*Serenoa repens*), raízes de “Star grass” da África do Sul (*Hypoxis rooperi*), casca de *Pygeum africanum*, pólen de centeio (*Secale cereale*), sementes de abóbora (*Cucurbita pepo*), Urtiga (*Urtica dioica et urens*), flor do cacto (*Opuntia*), raízes de *Echinacea purpurea*, entre outros.

Um dos mais utilizados e estudado é o extracto lipoesterólico de *Serenoa repens* (160 mg duas vezes por dia ou 320mg/dia), que mostrou uma melhoria da sintomatologia e do fluxo urinário, com efeitos secundários mínimos e praticamente sem contraindicações.

## 2.2 Alfa-bloqueantes

A bexiga (principalmente o trígono e colo vesical), o músculo liso e cápsula prostática e a uretra apresentam uma inervação simpática importante. A densidade de receptores adrenérgicos alfa é elevada nestas áreas, sendo responsáveis pela contracção destas estruturas. Ao bloquear estes receptores consegue-se um relaxamento do tracto de saída vesical e um aumento do fluxo urinário. Os fármacos alfa-bloqueantes actuam no componente dinâmico do ciclo miccional. Outro mecanismo proposto é a sua interferência na apoptose da população celular na próstata e algumas acções espinhais.

Os fármacos mais utilizados actualmente são os bloqueadores selectivos tansulosina (bloqueadores selectivo dos receptores  $1\alpha$ ) e silodosina (igualmente um bloqueador selectivo dos receptores  $1\alpha$ , ainda mais potente). Os fármacos não selectivos actualmetne disponíveis são a alfuzosina e a doxazosina (a terazosina já não é praticamente utilizada).

A maioria dos doentes apresenta uma melhoria significativa dos sintomas e do fluxo urinário num espaço de tempo relativamente curto. Se ao fim de três a quatro semanas o doente não referir qualquer melhoria, é provável que o fármaco não seja adequado à sua patologia. Se o fármaco for eficaz necessita ser administrado de uma forma continuada. As taxas de sucesso com este tipo de terapêutica são mais reduzidas em doentes com próstatas mais volumosas (acima de 40 cc). A eficácia parece ser semelhante em todos eles com melhorias da sintomatologia em 30 a 45% e do fluxo urinário em 15 a 30%.

As diferenças principais entre os diferentes alfa-bloqueantes situa-se a nível do perfil de tolerância. Os efeitos secundários são habitualmente pouco intensos, raramente obrigando a interromper a terapêutica, e pouco frequentes (4-10%): hipotensão postural, astenia e tonturas (mais na doxazosina), cefaleias, obnubilação, congestão nasal, ejaculação retrógrada (tansulosina).

Embora melhorando a sintomatologia e o fluxo urinário não há, até ao momento, estudos que demonstrem que este grupo de fármacos altere a história natural da doença: a probabilidade de retenção urinária aguda ou de necessidade de cirurgia mantém-se constante. Não modificam o volume prostático e não alteram os valores de PSA.

Podem ser utilizados após episódios de retenção urinária aguda, aumentando a probabilidade de micção espontânea após a remoção da sonda vesical.

## 2.3 Inibidores da 5-alfa-redutase

A relação dos androgénios com a hipertrofia prostática é conhecida há longos anos. Sabe-se que o principal androgénio a nível intraprostático é a dihidrotestosterona, metabolito da testosterona após a acção da enzima 5-alfa-redutase. Existem duas isoformas desta enzima com uma distribuição desigual ao nível do organismo, e mesmo a nível prostático com localizações diferentes: o tipo I predomina no epitélio e o tipo II no estroma.

Os fármacos deste grupo, ao inibirem esta enzima, promovem uma diminuição da DHT a nível prostático com o conseqüente bloqueio do principal estímulo trófico desta glândula. Assiste-se a

uma diminuição progressiva do volume prostático que atinge o seu máximo por volta dos seis meses. Esta diminuição pode atingir os 20-30% e acompanha-se de uma diminuição de cerca de 50% do nível sérico de PSA após este mesmo período.

Ao utilizar o PSA no diagnóstico precoce do carcinoma da próstata, o seu valor deve ser duplicado em indivíduos medicados com inibidores da 5-alfa-redutase. A relação PSA livre / total permanece inalterada pelo que pode continuar a ser utilizada no eventual diagnóstico de carcinoma da próstata.

Actuam no componente mecânico da doença, diminuindo o obstáculo que o volume prostático constitui, daí que os melhores resultados sejam obtidos em glândulas com mais de 40cc. Após alguns meses melhoram a sintomatologia e o fluxo urinário, com máximos atingidos aos seis meses.

Estão publicados alguns estudos que demonstram que este tipo de fármacos diminui a probabilidade de retenção urinária aguda e a necessidade de cirurgia.

Os inibidores da 5-alfa-redutase melhoram também a hematuria associada à HBP. Está presentemente em estudo a capacidade deste grupo de fármacos poder prevenir o aparecimento do carcinoma da próstata.

Os efeitos adversos são relativamente frequentes (cerca de 10%), reversíveis com a suspensão do fármaco e relacionados com a esfera sexual: diminuição da libido, disfunção erétil, diminuição do volume do ejaculado, ginecomastia.

Os fármacos deste grupo actualmente disponíveis são: finasterida (inibidor selectivo da 5-alfa-redutase do tipo II); dutasterida (inibidor da 5-alfa-redutase do tipo I e II).

As diferenças clínicas entre estes dois fármacos ainda não foram demonstradas, parecendo que a dutasterida pode exercer a sua acção de uma forma mais rápida.

	<b>Alfa-bloqueantes</b>	<b>Inibidores da 5-alfa-redutase</b>
Mecanismo de acção	Relaxamento do músculo liso	Diminuição do estímulo trófico prostático - DHT
Componente do ciclo miccional	Dinâmico	Mecânico
Início de acção	Rápido – algumas semanas	Lento – alguns meses
Efeito no volume prostático	Nenhum	Redução de 30% aos 6 meses
Efeito no PSA	Nenhum	Redução de 50% aos 6 meses
Probabilidade de progressão	Inalterada	Redução
Efeitos secundários	Tonturas, hipotensão, obnubilação, congestão nasal, cefaleias, astenia, ejaculação retrógrada	Diminuição da libido, disfunção erétil, diminuição do ejaculado, ginecomastia
Exemplos	Alfuzosina, Doxazosina, Tansulosina, Terazosina, Silodosina	Dutasterida, Finasterida

*Quadro 1 – Comparação entre os alfa-bloqueantes e inibidores da 5-alfa-redutase.*

## 2.4 Terapêutica de associação

Como os dois grupos de fármacos anteriormente descritos apresentam mecanismos e tempos de acção diferentes parece lógico que a associação dos dois seja benéfica.

Estão publicados estudos que demonstram que em próstatas volumosas (> 40 cc), a administração concomitante de um alfa-bloqueante e um 5ARI tem uma eficácia superior à sua administração isolada. É particularmente útil fazer esta terapêutica de associação durante os primeiros seis meses; permitindo que o alfa-bloqueante exerça o seu efeito de melhoria sintomática rápida enquanto o 5ARI diminui o volume prostático. Passado este tempo pode fazer-se a tentativa de suspensão do alfa-bloqueante e monitorizar a evolução.

## 2.5 Outras estratégias

Em casos refractários à terapêutica padrão, especialmente naqueles com sintomatologia irritativa ou de armazenamento predominante, podem utilizar-se, em casos seleccionados e com os cuidados habituais, fármacos com acções **anti-muscarínicas** como por exemplo o tiroprium, a oxibutinina, tolterodina, entre outros. Uma percentagem significativa de doentes refere melhoria sintomática pelas acções de inibição da contractilidade vesical involuntária e alguns mesmo um aumento do fluxo urinário, devido ao acréscimo da capacidade funcional da bexiga.

Alguns estudos demonstraram os efeitos **dos inibidores da fosfodiesterase-5** (nomeadamente o tadalafil, o único comercializado com esta indicação) na melhoria dos LUTS e HBP, com resultados animadores.

A **desmopressina** pode ser utilizada, pelas suas acções anti-diuréticas, em casos de noctúria refractária a outras medidas e quando está associada a poliúria.

VOLUME	PSA	SINTOMAS	INCÓMODO	TRATAMENTO	
< 40cc	↓	Sim	Pouco	Observação	
< 40cc	↓	Sim	Sim	α-bloqueantes	
> 40cc	↑	Sim	Sim	i-5AR	
			Muito	Combinação	Parar α-bloqueante aos 6 meses
> 40cc	↑	Sim / Não	Não	i-5AR	Opcional – prevenir progressão
Qualquer	↑↓	Sim	Sim	<i>Serenoa repens</i>	Preocupação com os efeitos 2 <sup>os</sup>

Quadro II – estratégia na escolha racional de terapêutica médica na HBP.

## 3. Terapêutica Cirúrgica

As indicações absolutas para este tipo de terapêutica são:

LUTS com interferência na qualidade de vida e **refractários à terapêutica médica** ou por insistência expressa do doente de uma atitude mais interventiva.

**Retenção urinária aguda** recidivante. A maioria dos autores defende que a prostatectomia não se deve realizar imediatamente após o episódio agudo. Os riscos cirúrgicos são menores se se esperarem algumas semanas, mantendo o doente algaliado ou não.

**Infecções urinárias** (prostatites, cistites, pielonefrites) de repetição.

**Hematúria macroscópica** resistente à terapêutica com inibidores da 5-alfa-redutase.

**Dilatação do aparelho urinário superior** com deterioração da função renal.

**Litíase ou divertículos vesicais** volumosos ou sintomáticos.

### 3.1 Cirurgia Aberta

Consiste na remoção do adenoma prostático que motiva a obstrução. Realiza-se através de uma incisão infraumbilical mediana. O volume prostático (superior a 70-80 cc), a coexistência de litíase vesical volumosa ou divertículos podem ser indicações para este tipo de cirurgia, bem como a impossibilidade de colocar o doente na posição de litotomia, necessária para as técnicas endoscópicas.

### 3.2 Cirurgia Endoscópica

#### **Ressecção transuretral da próstata (RTU-P)**

A RTU-P é a cirurgia padrão para a HBP. Nesta cirurgia a próstata (o “adenoma”) é removida através de electro-cirurgia, com um aparelho próprio (ressectoscópio), que após ser introduzido através da uretra permite a visualização e ressecção da próstata aumentada de volume em fragmentos.

#### **“Laser” prostático**

Actualmente e cada vez mais, as técnicas minimamente invasivas que utilizam os lasers médicos são utilizadas no tratamento eficaz e seguro da HBP. Basicamente, as técnicas de tratamento dividem-se técnicas de vaporização e técnicas de enucleação.

#### **Técnicas de enucleação**

Além do laser, pode ser utilizada a energia bipolar para realizar a enucleação endoscópica da próstata. A tecnologia bipolar permite, igualmente, a coagulação e “selagem” dos vasos, permitindo tratar próstatas de elevado volume por via endoscópica.

#### **Transcervicoprostatomia (incisão transuretral da próstata) - ITU-P**

#### **Electrovaporização transuretral da próstata - VTU-P**

A taxa de mortalidade das técnicas cirúrgicas, no seu conjunto, é inferior a 0,25%.

#### 4. Técnicas Minimamente Invasivas

Nos últimos quinze anos surgiram algumas técnicas inovadoras, cujas principais vantagens em relação à cirurgia clássica seriam ser menos invasivas e apresentarem uma menor morbidade. Algumas delas ainda não têm resultados a longo prazo que lhes permitam apresentar indicações precisas.

**LASER** - existem vários tipos de LASER e várias técnicas que podem ser utilizadas no tratamento da HBP. Actualmente as mais eficazes são: a vaporização fotoselectiva da próstata e a enucleação da próstata com LASER (ver acima).

**HIFU (High-intensity focused ultrasound)**

**TUNA (Transurethral needle ablation)**

**TUMT (Transurethral microwave thermotherapy)**

**Stents ou próteses intraprostáticas**

**Toxina botulínica**

**Outras (ex. Rezum, UroLift)**

#### 5. Tratamento da retenção urinária aguda

A retenção urinária aguda é uma das complicações mais incómodas e potencialmente graves da HBP. A actuação deve ser urgente e consiste na cateterização vesical por via uretral ou suprapúbica.

#### 6. Outras situações

Em doentes acamados ou com mobilidade limitada pode ser mais cómodo manter uma algália ou algum tipo de derivação urinária do que tratar a HBP.

## 5. O QUE É A PRÓSTATA? ONDE SE SITUA? PARA QUE SERVE?

### O que é a Próstata?

É um órgão que faz parte do aparelho genital masculino. Trata-se de uma glândula sexual acessória, que produz, armazena e posteriormente elimina uma parte do líquido que forma o esperma (cerca de 10 a 30%). Diz-se, por isso, que é uma glândula exócrina, ou seja, cujo produto é eliminado para o exterior e não lançado na circulação sanguínea (ao contrário de outras glândulas, como a tiroideia ou as glândulas supra-renais).

### Anatomia da próstata

A próstata normal tem a forma e o tamanho aproximado de uma castanha. Para se ter uma noção mais aproximada, considera-se que, normalmente, este órgão pesa cerca de 20 gramas e que tem 3 cm de comprimento, 4 cm de largura e 2cm de profundidade. Com a idade, as dimensões da próstata são muito variáveis, porque o grau de hiperplasia benigna (ver à frente, capítulo de “HBP”) é, igualmente, muito variável.

Externamente, a próstata apresenta a base (mais larga, junto à bexiga), o ápex (a parte mais pontiaguda do órgão, mas longe da bexiga), uma face anterior e duas faces postero-laterais. A próstata é atravessada pela uretra (canal por onde passa a urina). É na porção da uretra que atravessa a próstata (designada por “uretra prostática”), que está no interior deste órgão, que “desembocam” os canais que transportam o esperma, desde os testículos e das vesículas seminais até à uretra prostática (as vesículas seminais são dois órgãos situados junto à próstata e à bexiga e que produzem a maior parte do volume do esperma).

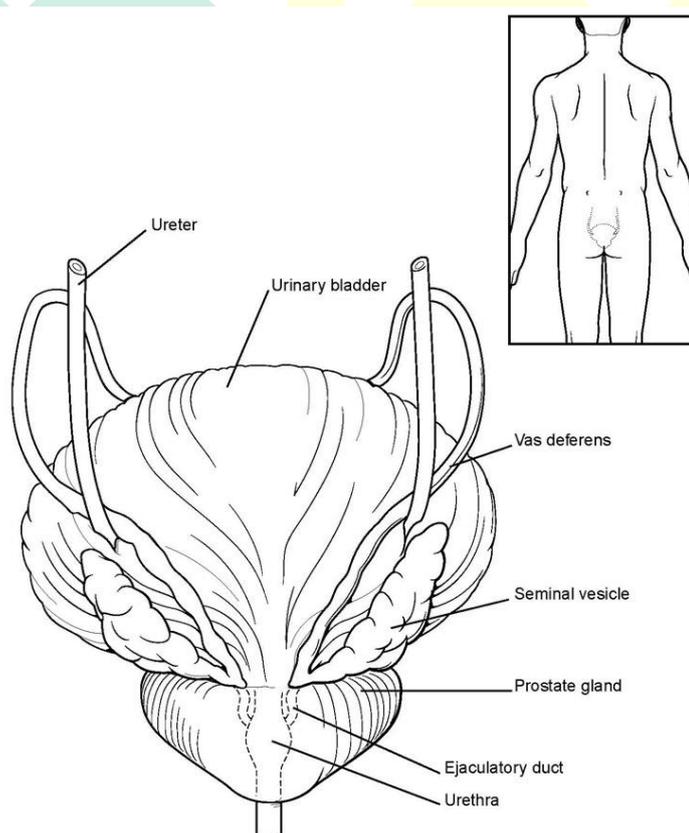
A próstata é formada por várias zonas distintas (designadas por zonas de McNeal, por terem sido descritas pelo médico americano John E. McNeal, falecido em 2005). Esta divisão por “zonas” tem como base o desenvolvimento embrionário deste órgão. Consideram-se as seguintes zonas:

- **Zona central**, zona que rodeia os canais ejaculadores; estes são os canais por onde o esperma passa para a uretra; corresponde a cerca de 25% do órgão;
- **Zona de transição**, envolve a parte proximal, mais interna (isto é, superior, mais próxima da bexiga) da uretra e onde se desenvolve o aumento benigno ou hiperplasia benigna da próstata; corresponde a aproximadamente 5 a 10% da próstata normal;
- **Zona periférica**, zona onde mais frequentemente se originam os tumores malignos ou cancro da próstata e que corresponde a 70% da próstata; é a parte posterior da próstata, envolvendo a porção mais distal, mais externa, mais distante da bexiga, da uretra prostática;

- **Zona ou Estroma fibromuscular anterior**, parte não glandular da próstata (isto é, sem glândulas), constituída por tecido muscular e fibroso e que se localiza na vertente anterior da próstata.

Outra divisão, muitas vezes utilizada pelos urologistas divide este órgão em “lobos”. Esta divisão é mais anatómica, ou seja, é utilizada nomeadamente para descrever o aspecto “a olho nu”, o aspecto macroscópico da próstata ou o seu aspecto endoscópico, o que se observa quando se visualiza a próstata pelo interior (durante uma cirurgia ou exame de diagnóstico). Descrevem-se habitualmente os seguintes lobos:

- Lobos laterais;
- Lobo médio;
- Lobo posterior e anterior;
- Muitas vezes utiliza-se igualmente o termo “lobos apicais” (termo que tem mais a ver com a cirurgia prostática e o aspecto endoscópico do órgão), que se situam junto do ápex da próstata - a parte mais distal, afilada, da próstata.



Onde se situa este órgão?

A próstata é um órgão situado abaixo da bexiga, entre esta e o pavimento pélvico ou períneo (isto é, acima da zona que, externamente, corresponde à área entre o ânus e os testículos, mais correctamente designada por “diafragma urogenital”), limitada

inferiormente por uma estrutura designada por diafragma urogenital. Localiza-se à frente do recto e atrás (e ligeiramente abaixo) do púbis - a parte dos ossos ilíacos através da qual estes dois ossos se unem um com o outro, anteriormente, logo acima do pénis. Também imediatamente atrás e acima da próstata, situam-se as ampolas dos canais deferentes e as vesículas seminais (cujos canais de drenagem se fundem com os deferentes, formando os canais ejaculadores, que atravessam a próstata e por onde é expulso o esperma, aquando da ejaculação).

É atravessada pela parte inicial da uretra, sendo esta o canal por onde passa a urina, entre a bexiga e o exterior do corpo. É também pela uretra que, como referido, o esperma é eliminado (no momento da ejaculação) para o exterior. A porção da uretra que atravessa a próstata é designada, como já referido, por “uretra prostática”.

Imediatamente à frente da próstata e entre a próstata e a bexiga situam-se os esfíncteres urinários, ou seja, as estruturas musculares que permitem controlar as micções (o acto de urinar). Estas estruturas são uma espécie de “braçadeira”, que podem estar fechadas (impedindo a micção, assegurando a continência urinária, isto é, assegurando que não se perde involuntariamente urina) ou abrir, no momento adequado, isto é, quando o indivíduo pretende urinar.

Existem dois órgãos, fundamentais na produção de parte do esperma e por vários motivos importantes na dinâmica local, junto à próstata (são, por exemplo, retirados junto com a próstata durante a cirurgia para o cancro deste órgão), designados por vesículas seminais. Estas vesículas estão situadas acima da base da próstata, por trás e por baixo da bexiga e têm cerca de 6 cm de comprimento. O canal de drenagem das vesículas seminais junta-se com o canal que vem dos testículos (canal deferente), de cada lado, formando os canais ejaculadores, que atravessam a próstata e por onde passa o esperma que vai entrar na uretra prostática (ver acima).

A próstata é irrigada, isto é, recebe sangue arterial, a partir das artérias vesicais inferiores, que são as artérias que transportam o sangue para a parte inferior da bexiga. Dela nascem as artérias uretrais e destas, por sua vez, as artérias capsulares.

As veias que drenam o sangue que vem da próstata formam uma rede venosa em torno da próstata, chamada “plexo”, sobretudo nos lados e na face anterior deste órgão. Destes plexos, o sangue é drenado para umas veias de maior calibre, conhecidas como veias ilíacas internas.

A drenagem linfática da próstata faz-se para umas estruturas que se designam por gânglios linfáticos, principalmente para os gânglios obturadores e ilíacos internos (os mais próximos do órgão, na parte interna da cavidade pélvica). É para estes gânglios que geralmente se disseminam, numa fase inicial, os tumores da próstata. Pode, por isso, ser necessária a sua remoção cirúrgica ou o seu tratamento com radiação, quando se trata o cancro da próstata. A drenagem linfática da próstata pode também ocorrer para gânglios de outras regiões, como os gânglios ilíacos externos, os sagrados ou os situados junto à aorta e à veia cava.

## Para que serve a próstata? As funções deste órgão

A próstata produz parte do líquido que forma o esperma. É um órgão sexual acessório, tal como as vesículas seminais ou as glândulas peri-uretrais.

O líquido produzido na próstata, designado por fluido prostático, junta-se ao componente proveniente dos testículos (que contém os espermatozoides), ao líquido das vesículas seminais (órgãos que produzem a maior parte do esperma) e ainda de outras glândulas mais pequenas, situadas em torno da uretra (as referidas as glândulas peri-uretrais), contribuindo assim para a formação do esperma ou sémen.

O fluido prostático é rico em nutrientes e substâncias conhecidas como enzimas, importantes para as características normais do esperma. Ambos são essenciais para que os espermatozoides possam desempenhar a sua função, movimentando-se em direcção aos óvulos femininos. Contém, entre outras, enzimas que ajudam a liquefazer o esperma, de modo a que os espermatozoides mais facilmente possam progredir. Além destes elementos, o líquido prostático contém cálcio, zinco, ácido cítrico, fosfatase ácida, albumina e também PSA (de *Prostate Specific Antigen*, ou seja, Antígeno Específico da Próstata), que será abordado em pormenor mais à frente neste livro.

## 6. SINTOMAS “PROVOCADOS” PELA PRÓSTATA

A próstata pode provocar inúmeras queixas (que, em linguagem médica, se designam por “sintomas”).

Estes sintomas, no entanto, não são específicos da próstata, ou seja, não são provocados apenas por este órgão. Podem ser causados por qualquer outro factor que cause uma obstrução à saída, à drenagem, da urina da bexiga, por doenças da uretra, por doenças da bexiga e mesmo por doenças que aparentemente não têm qualquer relação com o aparelho urinário, como, por exemplo, a Diabetes e outras doenças metabólicas, doenças neurológicas como a doença de Parkinson, os acidentes vasculares cerebrais (AVCs), lesões da medula e esclerose múltipla, entre muitas outras. Todas estas doenças podem provocar queixas iguais ou muito semelhantes às provadas pela próstata. Por isso, nem sempre é fácil saber se um determinado sintoma é provocado pela próstata ou por uma destas doenças.

Por este motivo, o conjunto de sintomas que a próstata pode provocar e que antigamente se designavam por “prostatismo” são agora designados por “**LUTS**”, ou seja, **sintomas do aparelho urinário inferior** (sigla que tem origem no inglês “**Lower Urinary Tract Symptoms**”). Esta designação é a mais correcta e a que actualmente se deve utilizar, porque traduz com maior rigor o facto destes sintomas poderem ter origem noutra órgão que não a próstata.

Por outro lado, os “sintomas da próstata” não são específicos de doenças benignas ou malignas. Assim, um mesmo sintoma pode traduzir um simples aumento benigno do volume da próstata, mas pode também ser provocado por um cancro deste órgão.

Para complicar um pouco mais a questão, doenças graves da próstata (como o cancro da próstata ou o aumento benigno mas já com complicações graves) podem evoluir silenciosamente, isto é, sem se manifestarem clinicamente, sem provocarem quaisquer queixas.

Em fases precoces, quer do cancro quer do aumento benigno, a grande maioria dos doentes não têm quaisquer queixas. Por isso, apenas é possível suspeitar-se do diagnóstico de um cancro da próstata, por exemplo, através da realização de exames como o toque rectal e o doseamento do PSA.

Se um homem apresenta sintomas urinários, a causa dessas queixas tem obrigatoriamente de ser investigada, não podendo as mesmas ser, à partida, atribuídas à próstata e ao seu aumento. Com efeito, elas tanto podem ser desencadeadas por esse “simples” aumento benigno (HBP), como serem provocadas por um cancro deste órgão, por uma estenose da uretra (um estreitamento, um aperto, ou seja, uma redução do calibre da uretra) ou por qualquer outra causa de LUTS.

Os sintomas provocados pela próstata – conhecidos como *LUTS* – podem ser divididos em três grandes grupos:

1 - sintomas de “esvaziamento” (que classicamente se designavam de tipo “obstrutivo”), que são aqueles sintomas que se manifestam durante o esvaziamento da bexiga, ou seja, durante a micção;

2 - sintomas de enchimento ou de “armazenamento” (classicamente chamados de tipo “irritativo”), isto é, os que se manifestam durante o período em que a bexiga se enche, lenta e progressivamente, de urina;

3 - sintomas pós-miccionais, ou seja, os que ocorrem no final ou logo após a micção.

Estes sintomas são discriminados na tabela abaixo.

### SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR (“LUTS”)

1 - SINTOMAS DE ESVAZIAMENTO	2 - SINTOMAS DE ENCHIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da força e calibre do jacto</li> <li>- Atraso no início da micção*</li> <li>- Micção prolongada</li> <li>- Jacto interrompido ou em dois tempos</li> <li>- “Esforço” miccional (necessidade de contracção abdominal para urinar)</li> <li>- Retenção urinária</li> <li>- Incontinência (por “regurgitação”)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imperiosidade miccional (necessidade súbita de urinar)</li> <li>- Aumento da frequência das micções (polaquiúria)</li> <li>- Aumento do número de micções durante a noite (noctúria)</li> <li>- Incontinência associada à imperiosidade</li> <li>- Dor supra-púbica/hipogástrica</li> </ul>

\*Micção: acto de urinar

3 - SINTOMAS PÓS-MICCIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga</li> <li>- Gotejo terminal ou pós-terminal</li> </ul>

#### **1 - SINTOMAS DE “ESVAZIAMENTO”**

##### **Diminuição da força e calibre do jacto**

O jacto urinário é mais fraco e mais fino; a “pressão” do jacto é menor. Os homens têm a perfeita percepção de que “o jacto já não é como era” e, progressivamente, deixa de se projectar para longe e começa a “cair para os pés”. O curioso é que a maioria dos

homens aceita esta alteração progressiva (tal como outras relacionadas com o aparelho urinário, a próstata ou o aparelho genital) como fazendo parte normal do envelhecimento. É muito frequente os homens referirem “é claro que não posso querer urinar como se tivesse 20 anos!”, ou “claro que já não urino como aos 20 anos!”, como se isso fosse uma alteração normal. Este facto só acontece porque, em conversas com outros homens da mesma idade, amigos e colegas, muitos se queixam (ou melhor, não se queixam, constataam) as mesmas alterações. Estas não são de todo “normais”, embora possam ser – e são, de facto – muito frequentes. Ou seja, são queixas “habituais”, frequentes, mas não “normais”, o que é uma diferença muito importante.

### **Atraso no início da micção**

Ocorre quando se tenta iniciar a micção e se verifica uma dificuldade em começar a urinar. Apesar da vontade de urinar, os doentes demoram alguns segundos ou mesmo minutos, a começar a urinar. Muitas vezes, quanto maior a vontade, quanto mais cheia está a bexiga, maior a dificuldade em iniciar a micção.

### **Micção prolongada**

Sendo o jacto mais fino e fraco - o que tem a ver com o facto do calibre da uretra estar reduzido, ao atravessar a próstata (pelo aumento de volume desta) e com a menor capacidade da bexiga se contrair para expulsar a urina (uma das consequências que o aumento de volume da próstata tem sobre a bexiga e o seu funcionamento) - a velocidade de esvaziamento da bexiga está muito diminuída. Ou seja, o tempo que a bexiga demora a esvaziar é muito superior ao normal, a duração da micção é muito prolongada.

### **Jacto interrompido ou em dois (ou mais) tempos**

Ocorre quando a micção é interrompida, ou seja, não se dá um esvaziamento da bexiga de uma só vez. Durante a micção, o jacto para e após uma ou mais pausas, de duração variável, a micção reinicia-se. Por vezes, apesar de se urinar por diversas vezes, a bexiga não fica completamente vazia, o doente não fica com a sensação de ter esvaziado completamente a bexiga – ver à frente “sensação de esvaziamento incompleto da bexiga”.

### **“Esforço” miccional (necessidade de contração abdominal para urinar)**

Esta queixa ocorre quando o doente precisa de “fazer força” para urinar. Se a obstrução ao esvaziamento da bexiga é significativa e/ou a bexiga não contrai o suficiente para expulsar a urina para o exterior, o aumento da pressão sobre a bexiga, que se consegue com a contração dos músculos abdominais, contribui para melhorar o

esvaziamento deste órgão. A contração destes músculos provoca um aumento da pressão abdominal. Este aumento tem como efeito final o aumento da pressão sobre a bexiga, que é um órgão oco e no interior do qual está a urina. Assim, é como se se espremesse a bexiga, ajudando a “empurrar” a urina, através da uretra, para o exterior.

### **Incontinência (por “regurgitação”)**

Por vezes, quando o aumento de volume da próstata provoca uma marcada obstrução e dificuldade de esvaziamento da bexiga, esta vai ficando sempre “semi-cheia”, nunca esvaziando. Se este problema se prolonga, a bexiga vai distendendo cada vez mais, ficando com cada vez mais urina retida e, num certo ponto, como que “transborda”, ou seja, a capacidade de distensão atinge o seu limite e, para que a pressão no interior da bexiga alivie um pouco, é eliminada uma pequena quantidade de urina. Estas perdas podem ocorrer de dia ou, frequentemente, de noite. Geralmente são simultâneas com a passagem de urina dos ureteres (os canais que conduzem a urina dos rins até à bexiga) para a bexiga. Esta passagem (diz-se que há uma “ejaculação” de urina para a bexiga) aumenta subitamente a pressão no interior deste órgão oco (como se fosse um balão); para alívio dessa pressão, que a bexiga já não consegue tolerar (ao contrário de um balão, a bexiga em princípio não explode por estar cada vez mais cheia...), ocorre incontinência, ou seja, perda involuntária de urina. Quando ocorre durante o sono o doente pode não acordar pela sensação de bexiga cheia, não tem consciência de ter perdido urina e, quando acorda, já “está molhado”.

### **Retenção urinária**

Diz-se que há uma “retenção urinária” quando o doente não consegue urinar, apesar da bexiga estar muito cheia. Esta situação ocorre quando a doença da próstata já está avançada, quer dizer, quando já evoluiu durante muito tempo (geralmente meses ou anos). Por vezes, essa evolução é silenciosa e os homens afectados por este problema, infelizmente bastante comum, nem sempre referem – ou valorizam – as queixas prévias. Assim, ocasionalmente, é a primeira manifestação relevante das doenças da próstata. Há factores que podem contribuir para precipitar este acontecimento. Alguns medicamentos, a realização de uma cirurgia (algumas cirurgias e alguns tipos de anestesia têm um maior risco de provocar esta complicação), a ingestão de álcool, uma refeição muito abundante, entre outros, são alguns dos factores que podem contribuir para provocar a “prisão de urina”. É clássico ocorrer após festas ou almoços/jantares especiais (o casamento de um filho/a, um aniversário, a comemoração da reforma...), uma ingestão abundante de líquidos para, por exemplo, efectuar exames que implicam que a bexiga esteja cheia (muitas vezes exames à próstata...), ocorrendo em homens mais frequentemente em homens com cerca de 60 anos de idade e já com queixas provocadas pelo aumento de volume da próstata.

## 2 - SINTOMAS DE “ENCHIMENTO”

### Imperiosidade miccional (necessidade súbita de urinar)

Chamamos “imperiosidade miccional” à queixa, muito frequente, que os homens afectados por doenças da próstata referem e que consiste na vontade muito súbita, inadiável, de urinar. Muitas vezes, embora nem sempre, associa-se a incontinência (ver abaixo). Ocorre quer em situações típicas e habituais (é clássico os homens associarem esta queixa, por exemplo, à chegada a casa, ao “colocar a chave na porta”, ao apanhar o elevador para chegar a casa...), quer em situações e momentos imprevistos e não habituais. Pode ser suficientemente intenso para causar grande desconforto, interromper reuniões, obrigar à saída súbita de salas de aula ou de cinema. É causa de grande desconforto e embaraço e tem repercussões muito marcadas na qualidade de vida dos homens que sofrem deste problema.

Por vezes, se o doente não consegue, em tempo útil, chegar a uma casa de banho, como vimos, pode provocar perda involuntária de urina. No entanto, por vezes, a sensação de micção eminente desaparece após alguns momentos, mesmo que o doente não vá urinar. Esta queixa e o eventual alívio subsequente, explica-se pelas variações de pressão da bexiga. Inicialmente, a pressão aumenta de repente (por uma contração súbita deste órgão), causando a sensação de que a bexiga está cheia – quando por vezes isso não acontece. Na bexiga, existem “sensores” de pressão (terminações nervosas ou “receptores” que são sensíveis à pressão), que transmitem a informação da pressão nas paredes e no interior da bexiga aos centros coordenadores cerebrais, que a processam e “registam” a mensagem”: a bexiga está cheia! É essa, pois, a causa da sensação da repleção, do enchimento da bexiga. Posteriormente, e porque a bexiga não consegue estar sempre em contracção, a pressão baixa progressivamente, à medida que a contração da bexiga vai diminuindo. Esta baixa da pressão é acompanhada pela sensação de alívio, ou seja, mesmo que o doente não tenha urinado, por vezes a sensação de micção eminente e incontrolável acaba por “passar”, por diminuir ou desaparecer.

### Aumento da frequência das micções (polaquiúria)

Chama-se “polaquiúria” ao aumento da frequência das micções, ou seja, à redução – por vezes muito significativa – do intervalo entre elas. Não é inédito doentes referirem que urinam (por vezes ocasionalmente, apenas de vez em quando, outras vezes diariamente) “de quarto em quarto de hora”. Esta alteração é geralmente, mas nem sempre, progressiva, ou seja, se inicialmente o doente nota que deixou de conseguir “aguentar” 3 ou 4 horas sem urinar, após algum tempo (meses, anos) nota que urina de 3/3 horas, depois de 2/2 horas e mesmo de “hora a hora”.

### **Aumento do número de micções durante a noite (noctúria)**

Ao número de vezes que o doente acorda de noite para urinar chama-se “noctúria”. O número de vezes que cada indivíduo acorda de noite para urinar é muito variável, de pessoa para pessoa e pode variar ao longo do tempo. Por vezes, a existência de outros factores que nada têm a ver com a próstata (maior ingestão de líquidos, ingestão de bebidas alcoólicas, infecções urinárias, medicamentos, doenças como a diabetes, problemas cardíacos ou renais, a existência de edemas – acumulação de líquidos no organismo, com, por exemplo, “inchaço” das pernas, etc.) faz com que os homens possam acordar de noite com necessidade de urinar. Por vezes, a existência de perturbações do sono, como a insónia, por sua vez consequentes a muitos outros factores, fazem com que os homens urinem de noite mais frequentemente do que o normal.

No entanto, a próstata faz com que o número de micções durante a noite vá aumentando progressivamente, à medida que, paralelamente, a dimensão da próstata vai também aumentando. Mesmo assim, nestas circunstâncias, o número de vezes que a pessoa urina pode variar ao longo do tempo, existindo períodos em que esta queixa agrava, e outros em que a pessoa “está melhor”. No entanto, esse número, geralmente, vai aumentando com a idade e consequente aumento de volume da próstata. Não é inédito doentes referirem que urinam seis, sete, oito ou mais vezes por noite com, com é óbvio, franca perturbação da qualidade de vida e do bem estar. Esta queixa, de facto, é uma das que causa mais transtorno aos doentes afectados pelo aumento de volume da próstata.

### **Incontinência associada à imperiosidade**

Como vimos anteriormente, a vontade súbita de urinar é uma queixa frequente dos homens que sofrem de doenças da próstata. Por vezes, a esta vontade súbita, a esta sensação de micção eminente e incontrolável, inadiável, associa-se uma perda involuntária, não controlada, de urina. É, como se percebe facilmente, uma queixa que perturba o bem-estar dos homens afectados, com implicações pessoais, sociais, profissionais que podem ser devastadoras. De facto, não é difícil imaginar as situações embaraçosas que este tipo de queixa pode provocar... Como qualquer tipo de incontinência, o indivíduo fica devastado pela sensação de impotência e de falta de controlo de uma função fisiológica básica e essencial ao bem-estar. No entanto, mais do que outros tipos de incontinência (por exemplo, quando associada a esforços como a tosse, ou espirro, o carregar pesos, designada por incontinência de esforço), o carácter imprevisível e súbito destas perdas podem tornar a vida dos indivíduos afectados pouco menos do que... miserável.

### **Dor supra-púbica/hipogástrica**

É frequente os doentes com problemas da próstata referirem a queixa de sensação de peso, de desconforto, e por vezes mesmo de dor “hipogástrica”, ou seja, abaixo do umbigo (na zona entre o umbigo e o osso, o púbis, situado logo acima da base do pénis).

Não é geralmente das queixas mais incomodativas uma vez que a intensidade dessa dor ou desconforto é geralmente ligeira (traduzindo-se, como referido, por uma sensação muitas vezes indefinida de peso, de mal-estar local). No entanto, por vezes, pode ser francamente desconfortável e condicionante do bem-estar dos indivíduos afectados.

Deve ser diferenciada da dor, geralmente mais intensa, que pode ocorrer no períneo, ou seja, na zona entre os testículos e o ânus, que tem geralmente outros significados que não apenas um aumento de volume da próstata e as suas repercussões sobre a bexiga.

### **3 - SINTOMAS “PÓS-MICCIONAIS”**

#### **Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga (“vesical”)**

Trata-se de uma queixa frequente e recorrente dos homens afectados por doenças da próstata. Como a próstata “comprime” a uretra que a atravessa, o calibre desta é reduzido, fazendo com que o jacto seja mais fino e fraco e que a micção demore mais tempo. Como consequência deste facto, o músculo que constitui a parede da bexiga - que, numa fase inicial, consegue compensar esta obstrução - a partir de certa altura perde alguma da sua capacidade de contração, perde “qualidades” e deixa de conseguir vencer a obstrução. A bexiga deixa assim de conseguir expulsar a totalidade da urina, ficando com alguma urina residual (ou seja, com urina retida no interior da bexiga, no final da micção). Muitas vezes, o doente não tem a percepção de que a bexiga não esvazia e esta alteração é apenas detectada quando se realizam exames ecográficos à bexiga (em que a urina retida na bexiga – o chamado “resíduo pós miccional” – é detectado e medido, quantificado). Com a progressão da doença da próstata, essa sensação, de não esvaziamento, torna-se cada vez mais perceptível e o doente toma progressivamente consciência de que não consegue, por mais que se esforce e por mais tempo que demore o acto de urinar, esvaziar a bexiga.

## Gotejo terminal ou pós-terminal

Esta é uma das queixas clássicas dos doentes com problemas da próstata. Com efeito, o “pingar” no fim da micção é uma queixa quase universal dos homens de idade avançada. À medida que o tempo passa, que a idade evolui, acompanhando o declínio progressivo da força e do calibre do jacto urinário, surge a dificuldade de terminar a micção e o gotejo no final ou após o fim da micção. Estas alterações, como já referido, são de tal modo frequentes que os homens as entendem como “normais”, como fazendo parte do envelhecimento normal, fisiológico. No entanto, não é assim em apesar de ser muito frequentes, estas queixas não são “normais” e representam geralmente algum problema nos mecanismos de regulação e/ou da mecânica da micção, que deve ser avaliada e quantificada, isto é, medida.

## Inquéritos de sintomas

De modo a medir, de uma forma mais objectiva, a intensidade e a “gravidade” das queixas dos homens com problemas da próstata, desenvolveram-se diversas “ferramentas”. O objectivo destes meios de avaliação foi o de medir, o de quantificar, de tornar objetivos, alterações que são subjectivas. Ou seja, pretende-se com estes instrumentos avaliar de uma forma mais rigorosa alterações que os doentes referem mas que, de outra forma, seria, por exemplo, comparar com os de outros doentes ou medir ao longo do tempo. Porque é que isto é importante? Como se tratam de queixas que se arrastam geralmente ao longo de muitos meses e mesmo de muitos anos, os próprios doentes poderão transmitir uma falsa percepção da gravidade e intensidade das mesmas. É fundamental para os médicos, por exemplo, saber se um determinado tratamento - quer com medicamentos, com remédios, quer com cirurgia, quer com técnicas minimamente invasivas (por exemplo com lasers aplicados à próstata) – está a ser ou foi eficaz e, mais do que isso, *quanto* é que foi eficaz.

Um dos instrumentos mais utilizados para medir a intensidade das queixas e a sua evolução ao longo do tempo, são os inquéritos de sintomas. Estes inquéritos são questionários, idealmente auto-preenchidos pelos doentes, em que são avaliadas algumas das queixas que a próstata pode provocar.

É muito importante referir que o facto de estes inquéritos não revelarem queixas intensas, marcadas, “graves”, não quer dizer que os doentes não padeçam de doenças graves. Como vimos anteriormente, as doenças mais graves da próstata, nomeadamente o cancro, pode evoluir sem quaisquer queixas relevantes, de forma silenciosa. Estes inquéritos, assim, não podem ser entendidos como uma forma de despiste de doenças graves da próstata, apenas classificando, quantificando, a intensidade das queixas em ligeira, moderadas ou graves (independentemente da causa). Aliás, e em rigor, as queixas urinárias - e a sua intensidade - estão geralmente mais directamente relacionadas com o aumento de volume, benigno, da próstata. Este facto é, por outro lado, independente do volume, do tamanho, das dimensões da próstata. Ou seja, não quer dizer que uma próstata de maior dimensão provoque mais

queixas do que uma próstata mais pequena. Não há, como veremos à frente, uma correlação entre o tamanho da próstata e as queixas que provoca.

Existem vários questionários – designados por “Inquéritos de sintomas” - que permitem avaliar de uma forma mais objectiva e quantificável a sintomatologia, ajudando, por exemplo, na monitorização da gravidade e evolução da doença. Exemplos destes inquéritos são o americano - da *AUA* (da Associação de Urologia Americana) e o dinamarquês (designado por *Danish*).

O inquérito mais utilizado desde há já largos anos, no entanto, adoptado pela maior parte dos urologistas (os que o utilizam...) e das associações de Urologia, utilizado ainda nos estudos sobre HBP e sintomas da próstata, é o **IPSS** (de *International Prostate Symptom Score*, ou seja, Score Internacional de Sintomas Prostáticos), que utiliza um conjunto de sete questões relativas aos sintomas e uma última pergunta independente, sobre a qualidade de vida.

Consoante a pontuação obtida, os sintomas podem classificar-se em:

Sintomas Ligeiros	Pontuação de 0 a 7
Sintomas Moderados	Pontuação de 8 a 19
Sintomas Graves	Pontuação de 20 –35

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS URINÁRIOS – IPSS**  
**INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOMS SCORE (VERSÃO PORTUGUESA)**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos de metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais de metade das vezes	Quase sempre
Durante o último mês, quantas vezes teve a sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga depois de urinar?	0	1	2	3	4	5
Durante o último mês, quantas vezes teve de urinar menos de 2 horas após a última micção?	0	1	2	3	4	5
Durante o último mês, quantas vezes parou e recomeçou a urinar durante a micção?	0	1	2	3	4	5
Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em reter a urina, depois de ter sentido vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
Durante o último mês, quantas vezes teve um jacto urinário fraco?	0	1	2	3	4	5
Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em começar a urinar?	0	1	2	3	4	5

Durante o último mês, quantas vezes por noite, em média, se levantou de noite para urinar?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5 ou mais</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------	------------------

**International Prostate Symptoms Score**

**PONTUAÇÃO TOTAL**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

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

**RESULTADOS**

**Pontuação de 0 a 7 = Sintomas Ligeiros**

**Recomendações:**

As respostas dos doentes cuja soma se situa entre os 8 e os 19 indicam que estes doentes não sofrem de queixas urinárias significativas (o que não quer dizer que não haja uma doença grave subjacente, ou seja, não exclui a presença de doenças graves como o cancro da próstata; só quer dizer que a intensidade das queixas não é muito significativa).

Se se excluírem doenças graves, nomeadamente o cancro da próstata, é recomendado que estes doentes sejam avaliados regularmente pelo seu médico, como habitual, não sendo necessário em princípio qualquer tratamento para as queixas que apresentam.

Estes doentes deverão, de qualquer modo, realizar as avaliações de rotina recomendadas (como o PSA anual, após os 45 anos, entre outras). O resultado obtido neste inquérito deve ser guardado, para comparação com resultados futuros. É ainda sugerido que, tal como a realização do PSA, se repita regularmente esta avaliação, por exemplo, de ano a ano (ou mais cedo, se ocorrer alguma alteração da intensidade das queixas).

**Pontuação de 8 a 19 = Sintomas Moderados**

**Recomendações:**

As respostas dos doentes cuja soma se situa entre os 0 e os 7 indicam que estes sofrem de queixas urinárias significativas. Deverão por isso ser avaliados rapidamente por um urologista ou pelo médico assistente, desde que este esteja habilitado a tratar doenças da próstata. Existem diversos tratamentos possíveis para aliviar as queixas que estes doentes apresentam. Na avaliação efectuada por Urologista competente, deverá ser colhida uma história clínica completa e efectuado um exame clínico (que inclui, obrigatoriamente, o toque rectal, tão temido - injustificadamente! - por alguns doentes). Deverão ainda ser realizados alguns exames, para determinar a melhor forma de aliviar as suas queixas. O tratamento dos doentes com esta gravidade de queixas, pode ser “médico” (isto é, medicamentoso, com fármacos) ou cirúrgico.

**Pontuação de 20 a 35 = Sintomas Graves**

**Recomendações:**

Se a soma das respostas se situa neste intervalo, de 20 a 35, quer dizer que estes doentes sofrem de queixas urinárias graves. Deverão por isso ser avaliados imediatamente por um urologista habilitado a tratar doenças da próstata. Existem diversos tratamentos possíveis para aliviar as queixas que estes doentes apresentam, mas, dada a intensidade das mesmas, pode ser necessária efectuar uma cirurgia ou uma das técnicas minimamente invasivas não cirúrgicas, como os tratamentos com laser. É possível que apenas estas sejam suficientemente eficazes para aliviar a sintomatologia de forma relevante, embora o tratamento médico, com medicamentos, possa permitir aliviar a intensidade das queixas.

## 7. DOENÇAS MAIS FREQUENTES DA PRÓSTATA:

Existem essencialmente três doenças com origem na próstata: o aumento benigno (conhecido como HBP, de Hiperplasia Benigna da Próstata), os tumores malignos (o cancro da próstata) e os processos inflamatórios deste órgão (designadas por prostatites). Cada uma destas doenças é objecto de um capítulo específico, pelo que se remetem os leitores para os respectivos capítulos, fazendo-se aqui apenas uma breve introdução e referência a estas doenças.

### Hiperplasia Benigna da Próstata ou HBP (Aumento benigno da próstata)

À medida que a idade vai avançando, a próstata aumenta progressivamente de dimensões, de volume. Este facto ocorre, entre outros factores, devido à presença de testosterona em circulação. Graças ao efeito na próstata desta hormona (a hormona “masculina”), as células prostáticas proliferam, dando origem ao aumento benigno da próstata, conhecido como HBP (de Hiperplasia Benigna da Próstata). Este aumento é progressivo e tão frequente que aos 90 anos 88% dos homens sofrem deste problema – pelo menos do aumento de dimensão, não necessariamente de sintomas relacionados com este aumento.

Embora a maior parte dos homens note, com o passar da idade, alterações das características do jacto urinário, das suas micções, da frequência das mesmas ou do número de vezes que urina de noite, por exemplo, estas alterações nem sempre são causa de desconforto. Com efeito, estas alterações são tão frequentes que a maior parte das pessoas as encara como “normais” e relacionadas com o envelhecimento normal (“faz parte”, dizem tão frequentemente os homens afectados), encarando-as como alterações fisiológicas.

Apenas cerca de metade dos homens afectados por este problema manifesta incómodo pela presença das queixas causadas pela HBP. Só estes deverão ser tratados, ou seja, se a HBP não causar sintomas que perturbem o dia-a-dia e o bem estar do homem afectado, não há necessidade de ser tratada. A excepção a esta regra ocorre quando a HBP provoca complicações ou consequências graves, sem que ocorram, previamente, sintomas que afectem a qualidade de vida dos indivíduos.

Com efeito, a HBP pode evoluir sem grandes manifestações clínicas, sem grandes queixas, de uma forma “silenciosa”, mas provocando alterações graves e por vezes irreversíveis na bexiga e/ou nos rins, entre outros órgãos. Deste facto decorre a necessidade dos homens serem regularmente avaliados, vigiados, para que a doença não progrida silenciosamente e não cause alterações graves, por vezes irreversíveis e eventualmente fatais, como a insuficiência renal.

## Cancro da próstata (tumor maligno da próstata)

Sendo responsável por cerca de 239.000 novos casos e cerca de 30.000 mortes anuais, nos Estados Unidos da América e surgindo, em Portugal, a cada ano que passa, cerca de 5.000 novos casos (e aproximadamente 2.000 mortes), é o tumor maligno mais frequente dos homens dos países ocidentais e a segunda causa de morte por tumor nestes países. Ao contrário do que acontecia até há relativamente poucos anos, actualmente é – felizmente! - diagnosticado em fases mais precoces e, por isso, passível de ser tratado com intuítos curativos, isto é, com a intenção e com a expectativa de se erradicar e curar a doença. Com efeito, em mais de metade dos casos actualmente diagnosticados, é possível efectuar cirurgia, braquiterapia (colocação de implantes, “sementes” radioactivas no interior do órgão) ou radioterapia externa (ver capítulos respectivos), que permitem, na maior parte dos casos, erradicar a doença, com taxas de sobrevida aos 5 anos próximas dos 100%.

## Prostatite (inflamação da próstata)

Ao contrário do que acontece com o cancro da próstata ou a HBP, a prostatite é uma doença que ocorre muito frequentemente em homens novos. Apesar de também se manifestar em idades mais tardias e em muitos casos ser a principal responsável pelas queixas urinárias e pelas dores - frequentes nesta doença - que os homens mais idosos apresentam, os indivíduos mais novos são, por vezes, afectados de uma forma tão intensa que a sua qualidade de vida é marcadamente alterada, com queixas que tornam a vida diária perfeitamente insuportável.

Entre as queixas que podem surgir em consequência desta incómoda doença, destacam-se as queixas de dor abaixo do umbigo, entre os testículos e o ânus, na uretra, nos testículos ou no pénis, acompanhada de queixas urinárias (dor ou ardor a urinar, aumento da frequência das micções, urgência urinária) ou queixas “gerais”, sistémicas, como febre, muitas vezes elevada, acompanhada de calafrios, suores e quebra marcada do estado geral.

Por vezes, quando não adequadamente tratada, esta doença pode complicar-se, levando à formação de abscessos no interior da próstata ou podendo tornar-se uma situação crónica, que é geralmente de muito difícil tratamento – implicando geralmente o tratamento com medicamentos como anti-inflamatórios, analgésicos, antibióticos, relaxantes musculares, ansiolíticos ou mesmo anti-depressivos, bem como tratamentos complementares com técnicas como a electrostimulação, o biofeedback ou o recurso a medicinas alternativas e a técnicas como a acupunctura. Ocasionalmente pode mesmo ser necessária uma intervenção cirúrgica para debelar as queixas intensas que esta doença pode provocar.

## 8. HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA (HBP)

### O que é a HBP?

A sigla HBP significa Hiperplasia Benigna da Próstata. É utilizado geralmente como sinónimo de um aumento benigno da próstata. Em termos mais rigorosos, significa que existe um aumento do número de células da próstata (daí a designação “Hiperplasia” e não, como anteriormente, “Hipertrofia” - que queria dizer aumento do tamanho, do volume, da próstata).

Com efeito, e corretamente, HBP significa que ocorreu um aumento do número de células da próstata, sendo o aumento de dimensões uma consequência deste facto. Na prática, muitas vezes referimo-nos à “HBP” como traduzindo um aumento do tamanho da próstata que, por sua vez, causa um conjunto de sintomas relacionados com esta hiperplasia. É importante destacar que os sintomas causados pela HBP não são específicos desta entidade e podem ser causados por diversas outras doenças.

Pode existir um aumento de volume da próstata sem causar obstrução à passagem de urina pela uretra e ao esvaziamento da bexiga (para confirmar esta obstrução pode ser necessário efectuar exames especiais, como o estudo urodinâmico do aparelho urinário inferior).

Por outro lado, pode ocorrer um aumento de volume da próstata (às vezes muito significativo) sem existirem quaisquer queixas relevantes.

Finalmente, podem existir podem sintomas, por vezes graves, sem ser possível documentar quer um aumento de volume quer uma obstrução à drenagem da urina.

O conceito mais correto de “HBP” resulta assim, e em rigor, de uma combinação destas variáveis: hiperplasia histológica (ou seja, aumento do número de células), aumento de volume do órgão, presença de obstrução e presença de sintomas. Podem estar todas presentes ou apenas algumas delas.

Uma consequência muito importante destas afirmações: o facto de se ter uma próstata muito grande não quer necessariamente dizer que se tem de ser operado à próstata, ao contrário do que muitos doentes (e mesmo alguns médicos) pensam.

Outro aspeto importante relaciona-se com o cancro da próstata. O aumento de volume que ocorre na HBP é causado por um problema benigno. A HBP desenvolve-se principalmente numa zona da próstata chamada zona de transição, situada à volta da uretra. Os tumores malignos da próstata, pelo contrário, surgem mais frequentemente numa zona designada por zona periférica (cerca de 70% dos tumores surgem nesta zona).

Isto explica porque é que o cancro da próstata pode evoluir durante muito tempo sem provocar quaisquer sintomas (ele é geralmente mais periférico, comprimindo a uretra

apenas tardiamente). Explica, ainda, porque é que o aumento benigno da próstata provoca queixas urinárias mais frequentes e geralmente mais precoces do que o cancro. Tal facto acontece porque o aumento benigno, sendo mais central, comprime a uretra mais cedo e causa, por isso, dificuldades mais precoces à passagem da urina pela uretra e ao esvaziamento da bexiga.

## Frequência e causas desta doença

A HBP é uma das doenças mais frequentes nos homens. É muito mais frequente do que o cancro da próstata.

É muito rara abaixo dos 30 anos, estando praticamente ausente nesta faixa etária.

A sua frequência vai aumentando progressivamente com a idade. Aos 90 anos, 88% dos homens terão alterações histológicas de HBP (ou seja, aumento do número de células). Mais de metade destes homens virão a desenvolver sintomas desta doença.

Aos 60, cerca de 20% dos homens apresentam um aumento palpável do volume da próstata e aos 80 anos este valor sobe para os 43% dos homens.

Mais importante ainda, mais de um terço dos homens com 50 anos apresentam algum tipo de sintomas relacionados com a HBP

### Causas da HBP

Não se conhecem totalmente as causas exatas da HBP. Há, no entanto, vários factores que se pensa poderem contribuir para o desenvolvimento da doença.

Os únicos factores que até ao momento foi possível demonstrar que são seguramente causas de HBP são a **idade** e a presença de **testosterona**, a mais importante hormona masculina.

O aumento progressivo da idade acompanha-se do aumento da frequência de HBP e a testosterona é necessária para estimular o desenvolvimento e crescimento das células da próstata que são responsáveis pela HBP.

Por outro lado, o envelhecimento altera algumas das características do músculo da parede da bexiga (chamado “detrusor”), que perde progressivamente a sua capacidade de contração, o que contribui para o agravamento dos sintomas com a idade.

Alguns elementos da dieta podem afectar o crescimento da próstata. Sabe-se que os vegetais têm um papel protetor em relação a este crescimento. Algumas das alterações corporais causadas pela obesidade facilitam o desenvolvimento de HBP.

Em relação aos antecedentes familiares, é hoje possível afirmar que existe uma tendência familiar para o desenvolvimento de HBP, sobretudo se existe uma história familiar de próstatas de grandes dimensões e de doentes com idades mais jovens.

## Queixas provocadas pela HBP

O aumento de volume da próstata (conhecido por HBP, de “Hiperplasia Benigna da Próstata”) caracteriza-se por um conjunto de sintomas que geralmente se instalam de uma forma mais ou menos progressiva, com uma intensidade crescente. No entanto, em muitos casos, essas queixas podem variar, ser “flutuantes” ao longo do tempo. Ou seja, as queixas provocadas pela próstata podem, em determinado período da vida, ser mais intensas e, noutras alturas, melhorar espontaneamente. Estas alterações na intensidade dos sintomas estão muitas vezes relacionadas com a dieta, ou seja, com o tipo e quantidade de alimentos que se ingerem, com os líquidos que se bebem (tipo e quantidade de líquidos), com medicamentos que se tomam e ainda com outros factores, como o estilo de vida, a presença de stress pessoal, profissional, familiar ou de outro tipo.

As queixas provocadas pela HBP eram antigamente designadas por “prostatismo” por se pensar que eram exclusivamente causadas pela próstata. Actualmente, no entanto, deverão ser designados por *LUTS* (do inglês “*Lower Urinary Tract Symptoms*”, ou seja, sintomas do aparelho urinário inferior) por se ter percebido que parte dos mesmos têm origem noutros órgãos (nomeadamente a bexiga), consequência do problema prostático e do envelhecimento.

Dividem-se em três grupos:

- 1 - sintomas de “esvaziamento” - aqueles sintomas que se manifestam durante o esvaziamento da bexiga, ou seja, durante a micção;
- 2 - sintomas de enchimento ou de “armazenamento”, isto é, os que se manifestam durante o período em que a bexiga enche progressiva e lentamente;
- 3 - sintomas pós-miccionais - os que ocorrem no final ou logo após a micção.

### **SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR (“LUTS”)**

1 - SINTOMAS DE ESVAZIAMENTO	2 - SINTOMAS DE ENCHIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da força e calibre do jacto</li> <li>- Atraso no início da micção</li> <li>- Micção prolongada</li> <li>- Jacto interrompido ou em dois tempos</li> <li>- “Esforço” miccional (necessidade de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imperiosidade miccional (necessidade súbita de urinar)</li> <li>- Aumento da frequência das micções (polaquiúria)</li> <li>- Aumento do número de micções durante</li> </ul>

contracção abdominal para urinar) - Retenção urinária - Incontinência (por “regurgitação”)	a noite (noctúria) - Incontinência associada à imperiosidade - Dor supra-púbica/hipogástrica
--	--

<b>3 - SINTOMAS PÓS-MICCIONAIS</b>
- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga - Gotejo terminal ou pós-terminal

## Sintomas de Esvaziamento

### **Atraso inicial (ou Hesitação)**

Atraso no início da micção. Este atraso deve-se ao tempo que o músculo da parede da bexiga demora a vencer a resistência que a próstata oferece à saída da urina da bexiga, ao tempo que o “colo” da bexiga e os esfíncteres demoram “a abrir” ou a uma diminuição da capacidade de contracção do músculo da parede da bexiga.

### **Jacto urinário mais fraco e/ou mais fino**

Surge em consequência do menor calibre da uretra que atravessa a próstata e da resistência que é oferecida à passagem da urina. Pode estabelecer-se de uma forma tão lenta e gradual que não é valorizado pelo doente. Este sintoma é tão frequente que é encarado pela maior parte dos homens com grande normalidade, como fazendo parte do envelhecimento normal.

### **Micção prolongada**

Se a urina sai da bexiga a um “ritmo” menor, a uma menor quantidade por unidade de tempo, inevitavelmente a micção vai demorar mais tempo até se completar.

### **Esforço abdominal para urinar e Jacto (ou micção) interrompido, intermitente, ou em dois tempos**

Causas semelhantes aos sintomas anteriores e que têm a ver com o jogo de pressões necessárias para a micção, em função da pressão que se desenvolve no interior da bexiga e da resistência que é oferecida à saída da urina da bexiga e à sua passagem através da uretra prostática (parte da uretra que atravessa a próstata).

### **Incontinência por “regurgitação”**

Se a bexiga não esvazia totalmente e a urina vai ficando retida, e se essa alteração é progressiva, ou seja, se vai agravando com o passar do tempo, pode ocorrer um sintoma, designado por Incontinência por regurgitação. Nesta situação, paradoxalmente (porque o doente tem uma dificuldade em esvaziar a bexiga) ocorre incontinência por existir uma retenção de urina na bexiga – daí ser também por vezes designada de “Paradoxal”.

É uma manifestação tardia da doença. Surge porque a bexiga não consegue esvaziar mas vai perdendo urina quando a sua capacidade máxima é atingida. A bexiga como que “transborda”, ou seja, está tão cheia, que basta ocorrer um pequeno aumento da pressão no interior da bexiga (quando a urina que vem dos ureteres é “empurrada” para o interior da bexiga ou se a pessoa tossir, por exemplo), que ocorre perda involuntária de urina. É frequente também este tipo de incontinência surgir durante a noite.

### **Retenção urinária aguda**

Em casos mais graves, pode ocorrer uma incapacidade total para iniciar a micção e o doente não consegue urinar. Esta alteração, designada por retenção urinária aguda, implica que a pessoa seja algaliada, ou seja, que seja colocada através da uretra uma algália (um catéter especial, um tubo), para permitir que a urina que está no interior da bexiga seja eliminada para o exterior. A Retenção Urinária é uma situação de urgência, é muito desconfortável e dolorosa para o doente afectado, que deve recorrer rapidamente a um médico ou serviço de urgência. O doente apresenta a bexiga palpável ou detectável à percussão da região supra-púbica (“globo vesical”).

A actuação deve ser urgente e consiste na cateterização vesical por via uretral ou suprapúbica. Isto é, o doente tem de ser rapidamente algaliado ou, em alternativa, ser colocado um catéter no interior da bexiga, para drenar a urina deste órgão, através da pele e parede abdominal da região supra-púbica.

O primeiro episódio de retenção urinária não significa necessariamente que o doente tem de ser operado à próstata, apesar de ser uma evidência de que algo não está bem e de que a evolução pode não ser muito positiva. É por isso muito provável que a cirurgia venha a ser necessária, a curto, médio ou longo prazo.

Após a algaliação, o doente deve permanecer algaliado durante alguns dias, habitualmente 3 a 5 dias e ser iniciada uma terapêutica de preparação para a retirada da algália e tentativa de micção espontânea. Alguns medicamentos, como os alfa-bloqueantes (ver Alfa-bloqueantes) aumentam a probabilidade de se conseguir urinar espontaneamente após a retirada da algália.

Se a retenção urinária aguda se repetir, é imprescindível realizar uma cirurgia prostática, para remoção da parte da próstata que, estando muito aumentada, provoca a obstrução e impede a normal passagem da urina através da uretra. É uma das indicações absolutas para cirurgia.

## Sintomas de Enchimento

### **Imperiosidade ou “Urgência” urinária**

Este sintoma corresponde a uma vontade súbita de urinar, difícil de controlar e de adiar. O doente afectado (é um sintoma frequente nos homens, mas também em mulheres) tem muitas vezes dificuldade em chegar a um local onde possa urinar, com uma sensação de perda iminente de urina e franco desconforto e causa de perda de qualidade de vida. Ocorre pela existência de uma forte contracção do músculo da parede vesical, designado por detrusor. Este tipo de contracções designam-se por contracções não inibidas do detrusor e este problema é denominado Hiperactividade vesical ou do detrusor (sinónimo de “Bexiga Hiperactiva”). Neste caso ocorre por problemas da próstata e está associada à obstrução, mas pode também surgir isoladamente. Por vezes associa-se a incontinência, designada de incontinência por imperiosidade (ver abaixo).

### **Frequência ou polaquiúria**

Sintoma que corresponde a um aumento anormal do número de micções/dia. Este número é variável, mas quando ocorre uma diminuição marcada do intervalo entre as micções, essa alteração é patológica. Por vezes, é necessário urinar de hora a hora, ou com intervalos de hora e meia ou duas horas, o que não é normal. Pode surgir em consequência de um esvaziamento incompleto, com volumes residuais de urina elevados, por uma diminuição da capacidade da bexiga esvaziar completamente, por uma bexiga de reduzida capacidade ou pela existência de contracções anormais do músculo da parede da bexiga.

### **Noctúria (ou polaquiúria nocturna)**

É um sintoma muito frequente nos doentes com problemas da próstata. Corresponde a uma necessidade de urinar frequentemente durante a noite. A próstata não é, contudo, a única causa para este sintoma e outros problemas têm de ser ponderados, avaliados e excluídos. Esta queixa pode surgir em consequência de problemas cardíacos ou renais, do tratamento com medicamentos diuréticos, de doenças neurológicas, de diabetes, entre outras causas.

É um dos sintomas que mais afecta o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes, nomeadamente pelas implicações óbvias no número de horas e na qualidade do sono, que é interrompido frequentemente, pela necessidade de urinar.

**Incontinência urinária associada a imperiosidade (ou de urgência)**

Este tipo de incontinência surge na sequência de uma sensação de imperiosidade miccional, ou seja, de vontade urgente para urinar, com uma sensação de incapacidade de adiar a micção (ver acima “Imperiosidade ou “Urgência” urinária). Ocorre, tal como este último sintoma, por uma Hiperactividade vesical (“Bexiga Hiperactiva ou Hiperactividade Vesical”), ou seja, por uma contracção anormal do músculo da parede vesical (detrusor), associada à obstrução causada pela próstata.

**Sensação de Peso ou dor hipogástrica (suprapúbica)**

Esta sensação é muito frequente em doentes com problemas da próstata, com bexiga continuamente em semi-enchimento, com um não esvaziamento completo deste órgão, com compressão contínua das estruturas e órgãos adjacentes, da cavidade pélvica. Ocorre um mal-estar, por vezes pouco definido, um peso ou mesmo dor mais marcada na região hipogástrica ou supra-púbica, ou seja, acima do púbis, abaixo do umbigo.

**Sintomas pós-miccionais****Sensação de esvaziamento incompleto**

Na presença de aumento da próstata é frequente não se conseguir esvaziar completamente a bexiga e ficar alguma urina retida no interior da mesma, após a micção (designada por resíduo pós-miccional).

Este resíduo pode ser facilmente medido por ecografia da bexiga, efectuada a seguir à micção. Este é um exame muito solicitado pelos urologistas, porque a informação que fornece complementa a informação fornecida pela fluxometria (medida do “fluxo” urinário - ver “Urofluxometria”).

**Gotejo terminal e pós-terminal (ou pós-miccional)**

O gotejo que surge no final ou após a micção resulta geralmente de uma alteração de um músculo (chamado bulbo-esponjoso), que tem por função ajudar a completar o esvaziamento da uretra.

**Inquéritos de sintomas**

A intensidade dos sintomas pode ser avaliada e objectivada (ou seja, “quantificada”, de uma forma mais objectiva) através da utilização dos chamados “Inquéritos de Sintomas”). Estes são dos instrumentos mais utilizados para medir a intensidade das queixas e a sua evolução ao longo do tempo.

Estes inquéritos são questionários, idealmente auto-preenchidos pelos doentes, em que são avaliadas algumas das queixas que a próstata pode provocar. Pela sua importância, foram já anteriormente referidos (ver capítulo “Queixas provocadas pela Próstata”).

## Outros sintomas

### **Presença de sangue na urina (hematúria)**

É geralmente uma manifestação de fases mais avançadas da doença. Pode ser visível (macroscópica) ou microscópica, ou seja, detectável apenas em análises realizadas à urina (não visível). Pode associar-se à presença de coágulos na urina. Habitualmente é indolor, ou seja, não se acompanha de dor. Pode, no entanto, associar-se a infecções urinárias (também uma das complicações ou consequências de doenças da próstata). Neste caso, os doentes sentem ainda ardor a urinar, aumento da frequência das micções e desconforto na zona abaixo do umbigo (hipogástrica ou supra-púbica).

### **Pedras (“Cálculos”) na bexiga, com ou sem sangue na urina**

O aparecimento de sangue na urina pode ser também consequência da existência de pedras (“cálculos”, “litíase”) na bexiga. É possível, no entanto, existirem pedras na bexiga e não se observar sangue na urina. Estas podem não se manifestar ou provocar sintomas semelhantes ao “simples” aumento da próstata – por exemplo, ardor ao urinar, aumento da frequência das micções e urina turva ou com cheiro mais intenso. As pedras/cálculos na bexiga surgem em consequência de problemas de esvaziamento da bexiga e são uma indicação absoluta para cirurgia da próstata (ver capítulos respectivos). Isto quer dizer que se um doente tiver pedras (“cálculos”) nos rins e estes se deslocarem e chegarem à bexiga são quase sempre eliminados para o exterior (porque o calibre da uretra, o canal por onde a urina sai da bexiga para o exterior, é muito superior ao do ureter, o canal por onde a urina passa desde os rins até à bexiga).

Para se ter cálculos na bexiga, os cálculos formam-se na própria bexiga ou são provenientes dos rins, mas não conseguem ser eliminados para o exterior. É necessário que exista um problema de esvaziamento da bexiga, ou seja, uma dificuldade, uma obstrução à normal drenagem de urina para o exterior. Isto só acontece se existir um obstáculo – ou um aumento da próstata, ou um aperto (“estenose”) da uretra, por exemplo. Este obstáculo faz com que exista urina retida cronicamente na bexiga após a micção, ou seja, nunca ocorre um esvaziamento completo da bexiga, a urina fica “estagnada” e os cálculos vão-se formando e crescendo (podendo atingir grandes dimensões; não é raro observarem-se cálculos de 3, 4, 5 ou mais centímetros de comprimento).

### Queixas de Infecção urinária ou prostatite

Nestas situações há um aumento da frequência das micções, geralmente um forte ardor a urinar, sensação de não esvaziar a bexiga e de a bexiga “estar sempre cheia” (o doente sente uma vontade muito intensa de urinar e depois parece que apenas “sai” uma pequena quantidade de urina para a vontade que tinha).

Por vezes, surgem dores mais intensas abaixo do umbigo (região supra-púbica, ou hipogástrica) ou na zona entre os testículos e o ânus (zona perineal) e febre. Estes dois últimos sintomas sugerem que podemos estar em presença de uma prostatite. A existência de febre indica que a infecção não é uma infecção urinária “banal”, mas que existe uma complicação da mesma. Pode tratar-se de uma prostatite ou mesmo, eventualmente, de uma infecção do aparelho urinário superior, ou seja, dos rins (designada por pielonefrite). São situações muito mais graves, que podem mesmo necessitar de internamento para realização de terapêutica com antibióticos administrados por via endovenosa (através de “soros”, administrados directamente “nas veias”).

Por vezes, pode surgir apenas um quadro febril, sem manifestações urinárias muito exuberantes. Nestes casos, o diagnóstico pode ser difícil, pelo que é necessário realizar uma investigação cuidada para se conseguir obter o diagnóstico.

### Sintomas de insuficiência renal

Apesar de, felizmente, ser cada vez menos frequente atingir este estado da evolução da doença, por vezes o aumento de volume da próstata causa sintomas de insuficiência renal, provocada pela retenção crónica de urina, primeiro na bexiga, depois com dilatação do aparelho urinário superior (ou seja, ureteres e rins), com consequente mau funcionamento destes órgãos.

Esta complicação apesar de cada vez mais rara, mas ainda ocorre. Nestes casos é necessário realizar uma algáliação de longa duração (geralmente cerca de três meses), até se poder resolver o problema em definitivo (através de operação, que nestes casos é obrigatória. Pode mesmo ser necessária a realização de diálise transitória - ou definitiva - em casos em que os rins não conseguem recuperar e realizar devidamente a sua função em tempo útil.

### HBP Assintomática

A HBP pode evoluir raramente de uma forma quase assintomática (**silenciosa**). Nestes casos, por vezes, a primeira manifestação da doença é uma complicação grave, por exemplo, a já mencionada alteração da função dos rins (insuficiência renal, provocada pela obstrução crónica) ou incapacidade de urinar (retenção urinária aguda).

## Como se diagnostica a HBP

Como noutras situações clínicas, o diagnóstico é feito através de um conjunto de dados provenientes da história clínica e do exame objectivo, posteriormente confirmados pelos exames complementares de diagnóstico adequados à situação clínica. A história clínica cuidadosa é a base do diagnóstico. Um exame objectivo correcto e dirigido à próstata e ao aparelho urinário é também fundamental para confirmar os dados daquela.

### História Clínica

Na realização da história clínica, devem ser avaliados as queixas referidas pelos doentes, a duração das mesmas, a sua evolução ao longo do tempo e a repercussão que apresentam sobre o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo. Habitualmente os sintomas agravam-se progressivamente com a idade, mas esta não é uma regra absoluta; há situações em que os sintomas estabilizam ou mesmo melhoram espontaneamente. Por vezes, as queixas são flutuantes ao longo do tempo, embora ocorra geralmente um ligeiro agravamento progressivo.

Devem pesquisar-se outras causas possíveis de queixas urinárias, rever os hábitos dos doentes e os medicamentos que toma, a existência das outras doenças ou cirurgias anteriores. Deve ser inquirido se existiu, no passado, alguma algaliação ou infecções da uretra.

Todos estes factores podem contribuir para a existência ou agravamento das queixas provocadas pela HBP.

### Exame Objectivo

O exame objectivo deve incluir um exame geral e um exame dirigido, mais específico, do aparelho urinário e da próstata. Além da avaliação do doente, de uma forma global, o exame objectivo deve incluir obrigatoriamente, o toque rectal e um exame neurológico dirigido à região supra-púbica (abaixo do umbigo) e perineal (a zona entre o escroto – a bolsa de pele que envolve os testículos – e o ânus).

Neste exame, pode detectar-se, por exemplo, a existência de “globo vesical” (bexiga cronicamente em repleção) ou de alterações sugestivas de cirurgias prévias ou estenoses (apertos) da uretra.

### Toque Rectal

Trata-se de um exame fundamental e indispensável, quer para ajudar a excluir o cancro da próstata (ou detectar alguma alteração que possa colocar a suspeita da presença desta doença) quer para avaliar as características do aumento benigno, nomeadamente da dimensão/volume deste órgão.

Como referido anteriormente, não faz qualquer sentido os homens temerem este exame e atrasarem ou evitarem a sua realização – com atrasos por vezes fatais no diagnóstico de doenças graves. Desde que seja efectuado correctamente e por urologistas experientes e cuidadosos, é um exame muito bem tolerado, tão ou menos traumático do que uma ecografia trans-rectal.

A informação que se obtém com o toque rectal é complementar à da ecografia e do PSA. Existem alterações, como nódulos da próstata, que podem ser sinónimo de cancro da próstata e que muitas vezes só se detectam através do toque - não são visíveis na ecografia e o valor do PSA é normal. Cerca de metade dos nódulos palpáveis no toque rectal correspondem a lesões malignas.

As informações que cada um destes exames permite obter são muitas vezes complementares, ou seja, para uma correcta avaliação da próstata (global, integral e adequada)

Apenas com a informação complementar fornecida pelo toque rectal, pela ecografia da próstata, pelo PSA e por exames como a urofluxometria, a medição do resíduo pós-miccional, a ecografia dos rins e outras análises ao sangue e urina (que muitas vezes são necessários), é possível efectuar uma correcta avaliação da situação clínica de um determinado doente.

Existem características que apenas podem ser avaliadas com o toque rectal; por exemplo, e além das dimensões e volume aproximado da próstata, a consistência deste órgão, o tipo e a regularidade da superfície, os seus limites, a existência de zonas suspeitas (zonas mais “duras”, nódulos, etc.) ou de zonas dolorosas, apenas são possíveis de avaliar com este exame. Ele é, assim, indispensável.

## **Ecografia**

A ecografia da próstata é fundamental na avaliação prostática. O seu papel na avaliação de doentes com suspeita de cancro da próstata foi já abordado no capítulo respectivo. Também nos casos de aumento benigno da próstata este exame fornece informação muito útil, quer quando realizada através do abdómen, abaixo do umbigo (designada por “supra-púbica”), quer por via trans-rectal.

Além de fornecer informações sobre as características da próstata (nomeadamente a sua dimensão, forma e eventuais alterações da estrutura), permite ainda determinar informações importantes, como a quantidade de urina que permanece na bexiga depois de uma micção (o chamado “resíduo pós-miccional”). Se a espessura da parede da bexiga estiver aumentada, isto habitualmente significa que existe uma obstrução importante ao seu esvaziamento, condicionada pela próstata. A presença de outras alterações da parede da bexiga, como micro-divertículos (pequenas “saculações” da parede) significa igualmente que a obstrução é tão significativa que já provocou uma

deterioração marcada da função da bexiga e da sua capacidade de contrair normalmente e de esvaziar. A presença destas alterações quer dizer que parte das células musculares que constituem a bexiga foram substituídas por células de fibrose, de cicatriz, mais rígidas e sem capacidade de se contrair. O conjunto destas alterações constitui o que habitualmente se designa por “bexiga de esforço”.

### **Avaliação do Aparelho Urinário Superior**

A ecografia permite ainda avaliar outro dado fundamental: se a obstrução provocada pela próstata é já tão significativa que causa uma dilatação dos rins (que conduz a uma insuficiência renal). A existência de dilatação do aparelho excretor que se localiza acima da bexiga (isto é, os ureteres e os rins) traduz já uma complicação grave da HBP, que implica a resolução do problema através de cirurgia.

O aparelho urinário superior (ureteres, rins) deve ser sempre avaliado nos doentes com HBP.

Esta avaliação pode ser ainda mais importante quando, além da possibilidade de insuficiência renal, existe a presença ou a suspeita de algumas das seguintes situações: infecção urinária, litíase urinária (cálculos urinários), cirurgia prévia do aparelho urinário, “tumor do urotélio” (isto é, do revestimento interno da bexiga, ureter e da parte interna dos rins), presença de sangue na urina (hematúria) ou retenção urinária.

### **Urofluxometria (Medição do fluxo urinário)**

Este é um exame de realização muito simples, em que o doente apenas tem que urinar para um aparelho que regista o fluxo urinário. Com este exame, obtêm-se dados objectivos acerca do fluxo (que é medido em ml/seg), através de parâmetros como o fluxo máximo, o fluxo médio, o volume de urina que foi eliminado, o tempo que dura a micção ou o tempo que decorre até ao fluxo máximo.

Este exame permite ainda obter um gráfico, a “curva miccional,” cuja forma pode ser mais ou menos característica de um determinado problema: por exemplo, sugerir uma obstrução à saída da urina da bexiga (por HBP ou um aperto da uretra), sugerir a existência de um músculo da bexiga com reduzida capacidade de contração ou de ambos simultaneamente. O conjunto dos dados obtidos ajuda a orientar o diagnóstico e é mais um dado importante a ponderar na determinação da estratégia terapêutica mais adequada.

## **Análises**

### **PSA**

O PSA (do inglês *“Prostate Specific Antigen”*, ou seja, Antígeno Específico da Próstata) é objecto de um capítulo deste manual. Remete-se, por isso, o leitor para o referido capítulo (Capítulo 10 *“O que é o PSA”*).

### **Outras Análises ao sangue**

Além do PSA, existem outras análises que são fundamentais e imprescindíveis na avaliação de um doente com HBP.

Entre estas, incluem-se a *“ureia”* e a *“creatinina”*, bem como a determinação do *“ionograma”*, nomeadamente com avaliação dos níveis de *“potássio”*. Todas estas análises permitem saber como estão a funcionar os rins. Estas análises avaliam a chamada *“função renal”*.

A presença de uma insuficiência renal é um critério que altera completamente a abordagem terapêutica (como se refere mais à frente, é uma indicação absoluta para cirurgia), pelo que, como referido, a sua determinação no início da avaliação de um doente com HBP e, depois disso, anualmente, é fundamental.

### **Análises de urina**

Em todos os doentes com LUTS (sintomas do aparelho urinário inferior) deve ser efectuada uma análise à urina. Esta é fundamental para excluir a presença de outras doenças que podem simular o aumento benigno da próstata mas que têm um tratamento totalmente diferente. Exemplos destas doenças são as infecções urinárias ou os tumores da bexiga, por exemplo.

Deve ser efectuada uma análise designada por *“Urina II”* ou *“análise sumária de urina”*. Com esta análise, além de se avaliarem parâmetros físicos da urina, como a cor, o cheiro ou a concentração urinária, detecta-se a presença de proteínas, hemoglobina ou *“nitritos”*, por exemplo, que pode sugerir outro tipo de doenças. Determinam-se as características do sedimento urinário para pesquisa de diferentes tipos de células como, entre outros, os glóbulos vermelhos (que sugerem a presença de hemorragia) e/ou glóbulos brancos (que sugerem a presença de inflamação).

### **Estudos Urodinâmicos. Estudo de Pressão-Fluxo**

Em alguns doentes pode ser necessário realizar um exame designado por estudo urodinâmico completo. Nalgumas situações, existem sintomas de obstrução ao esvaziamento da bexiga, mas os resultados da urofluxometria são contraditórios com estas queixas. Ou seja, apesar de, pela situação clínica, parecer estarmos em presença de uma

HBP, a urofluxometria não é sugestiva ou compatível com este diagnóstico. É uma das situações em que a realização deste exame poderá ser recomendada em doentes com HBP.

Apesar de todos os outros exames anteriormente referidos, este é o único método que permite confirmar com segurança a presença de uma obstrução infra-vesical, ou seja, uma dificuldade no esvaziamento da bexiga.

Noutros casos, é necessário avaliar a capacidade do músculo que constitui a parede da bexiga – designado por “detrusor”. Nestas situações, é necessário saber se este músculo “funciona mal”, ou seja, se perdeu a capacidade de contração (situação designada por hipotonicidade do detrusor – ou seja, um músculo “hipo-tónico”, que contrai pouco, menos do que o normal).

O estudo urodinâmico completo é dividido em vários componentes:

- a urofluxometria (já referida);
- a perfilometria uretral (em que se determina a pressão no interior da uretra);
- a cistometria (em que se avalia a pressão no interior da bexiga e, ao mesmo tempo, a pressão abdominal, durante o enchimento lento da bexiga com soro fisiológico);
- o estudo pressão/fluxo, em que as mesmas pressões são avaliadas durante a micção, ou seja, durante o esvaziamento da bexiga;
- em casos especiais, a electromiografia - em que se avalia a contração e o relaxamento do esfíncter urinário.

Apesar de ser um exame caro, cuja realização é, para os doentes, algo desagradável (porque implica a colocação de um cateter através da uretra, semelhante a uma algália, mas muito mais fino) e demorado, tem indicações precisas e, em algumas situações, é mesmo imprescindível.

### **Uretrocistoscopia**

Este exame consiste na avaliação por endoscopia do aparelho urinário inferior. À semelhança do que acontece com as endoscopias do estômago ou do intestino, mas com um aparelho muito mais pequeno e mais fino, é possível observar o interior da uretra e da bexiga. Com recurso a um aparelho de reduzido calibre e com a utilização de um circuito de vídeo, consegue-se “ver” em pormenor as características da uretra (o canal que transporta a urina da bexiga para o exterior), quer na parte em que atravessa o pénis quer na porção mais interna, em que atravessa a próstata. Observa-se ainda o interior da bexiga. É um exame necessário em alguns doentes. Com efeito, pode ser necessário determinar se, além da HBP; o doente sofre de outras alterações do aparelho urinário inferior, como um aperto da uretra, um tumor da bexiga ou pedras no interior da bexiga. Estas alterações são diagnosticáveis através deste exame. Fornece dados que de outra forma podem ser impossíveis de obter e avaliar. Por exemplo, é geralmente imprescindível para o estudo de hematúria (presença de sangue na urina).

### **Avaliação de resíduo pós-miccional**

Esta é uma informação muito importante. Na actualidade, determina-se geralmente através de ecografia (antigamente implicava a colocação de uma algália para medir a quantidade de urina que ficava no interior da bexiga, depois do doente ter urinado).

Se o resíduo pós-miccional for elevado, existe seguramente algum problema no jogo de pressões que permite a micção. Se a bexiga não contrai adequadamente ou se existe uma obstrução marcada à passagem de urina através da uretra, podem ocorrer elevados volumes de urina residual. Esta obstrução pode ser provocada por um aumento da próstata ou uma estenose (redução de calibre) da uretra.

### **Outros exames**

Raramente são necessários outros exames para avaliar e diagnosticar a HBP.

No entanto, em algumas situações particulares, o seu urologista poderá solicitar exames. Por exemplo, poderão ser necessárias outras análises, outros exames de imagem como uma tomografia computadorizada, designada por TC (e vulgarmente chamada “TAC”), uma ressonância magnética ou ainda exames de outro foro, como uma cintigrafia óssea ou endoscopias do aparelho digestivo, por exemplo, para esclarecer alguma dúvida ou um aspecto menos habitual da situação clínica.

### **Outras causas para as mesmas queixas – o “diagnóstico diferencial”**

Além da HBP, existem diversas outras causas para os sintomas “prostáticos” (LUTS). Por isso, é necessário efectuar o que se designa por “Diagnóstico Diferencial”, neste caso, da HBP. Isto quer dizer que é preciso perceber se as queixas de um determinado indivíduo são, como é mais habitual, causadas pela HBP ou se, pelo contrário, o mesmo tipo de queixas são provocadas por outras doenças que as podem imitar mas que têm uma abordagem e um tratamento completamente diferentes. Algumas destas doenças são benignas e têm uma evolução favorável, outras no entanto são muito mais graves – ou malignas ou, mesmo se benignas, têm consequências graves se não tratadas a tempo.

Existem diversas outras causas para os sintomas de LUTS. Se um doente desenvolve este tipo de queixas, deve sempre pensar-se em todas estas causas e todas devem ser avaliadas e incluídas no diagnóstico diferencial da HBP. Para se afirmar com certeza que as queixas são causadas pelo aumento de volume da próstata, é necessário excluir todas as outras possibilidades – nomeadamente porque podem traduzir a presença de situações graves.

**Outras causas de sintomas semelhantes ao sintomas causados pela próstata:****Cancro da Próstata**

O toque rectal e o PSA, com posterior biópsia, permitem fazer o diagnóstico desta doença grave, que pode causar LUTS e hematúria (sangue na urina), entre outros, mas pode, também, evoluir de uma forma assintomática, como anteriormente referido.

**Estenose (“Aperto”) da uretra**

Uma estenose ou “aperto” (redução do calibre) e qualquer ponto da uretra (desde o meato - ou seja, da abertura exterior da uretra, na glândula ou “ponta” do pénis - até à bexiga) podem ser causa de LUTS.

Os melhores exames para diagnosticar e caracterizar esta patologia são a uretrrocistografia retrógrada e per-miccional (exame radiológico que utiliza um produto – o contraste – que é introduzido através da uretra) e a endoscopia (uretro-cistoscopia), que é um exame que, além de confirmar a doença, permite ainda, eventualmente, o seu tratamento imediato.

**Alterações da contração da bexiga**

Existem diversas doenças neurológicas que causam a chamada bexiga neurogénica. Exemplos de doenças que causam esta complicação são a esclerose múltipla, a doença de Parkinson, após um acidente vascular cerebral (AVC) ou traumatismos vertebro-medulares, entre outros. Existem outras doenças, não neurológicas, como a diabetes mellitus, que podem provocar as mesmas alterações da capacidade de contração da bexiga (quer aumentando quer diminuindo essa contractilidade) ou da sincronização da contração da bexiga com o relaxamento do esfíncter urinário. Todas estas situações são causa de LUTS.

**Cancro da Bexiga**

O tumor maligno ou cancro da bexiga, quer invasivo quer superficial, é uma causa frequente de sintomas “irritativos” (ou de enchimento) e de hematúria (presença de sangue na urina). São necessários exames como a uretrrocistoscopia (endoscopia da uretra e da bexiga), a ecografia da bexiga e uma análise de urina especial (citologia urinária) para se poder fazer o diagnóstico destas doenças.

**Litíase urinária (“Pedras”) no ureter ou bexiga**

Cálculos na parte final do ureter ou na bexiga podem causar queixas urinárias marcadas; cálculos na uretra podem provocar retenção urinária aguda (“urina presa”). É necessário realizar exames de imagem (por exemplo, uma ecografia, uma radiografia ou TC) ou uma endoscopia da uretra e da bexiga para se fazer o diagnóstico deste problema.

### “Doença do colo” vesical

Perto da união da bexiga com a uretra (zona designada por colo vesical) pode existir uma alteração morfológica ou funcional que causa exactamente as mesmas queixas que a HBP. O colo pode estar efectivamente “elevado”, dificultando passagem de urina ou não relaxar convenientemente na altura da micção, causando a mesma dificuldade. Assim se explica que esta alteração possa causar sintomas em tudo idênticos aos provocados pela HBP.

### Doenças neurológicas

Doenças neurológicas como a esclerose múltipla, a doença de Parkinson, tumores cerebrais, os estados após acidentes vasculares cerebrais (AVC), neurocirurgias ou traumatismos vertebro-medulares, estão frequentemente associados a sintomas urinários semelhantes a alguns dos sintomas causados pela HBP.

### Doenças inflamatórias ou infecciosas

A existência de infecção ou de inflamação do aparelho urinário pode provocar sintomas idênticos aos causados pela HBP. As cistites, uretrites ou prostatites, infecciosas ou não, são doenças muito frequentes e é necessário pensar e excluir estas situações se surgirem sintomas urinários ou se ocorrer um agravamento de queixas prévias.

### Envelhecimento

As alterações causadas pelo envelhecimento “fisiológico”, “normal”, podem causar modificações das características da bexiga, do esfíncter ou da uretra que podem, por sua vez, ser causa de sintomas semelhantes aos causados pela HBP.

## Consequências e complicações da HBP

O aumento progressivo do volume da próstata que ocorre com a idade pode levar a complicações relacionadas sobretudo com a bexiga e com os rins.

A presença de algumas destas complicações significa que estes doentes devem, obrigatoriamente, ser operados à próstata. São as chamadas indicações absolutas para cirurgia e que são cinco (ver à frente “Indicações para cirurgia em doentes com HBP”):

- **Retenção urinária aguda** recorrente. Ou seja, o doente fica repetidamente em retenção urinária (com a “urina presa”). A maioria dos autores defende que a cirurgia não se deve realizar imediatamente após o episódio agudo. Os riscos cirúrgicos são menores se se esperar algum tempo, mantendo-se o doente algaliado ou (de preferência e se possível), tentando retirar a algália, após uma preparação adequada;
- **Infeções urinárias** de repetição (prostatites, cistites ou pielonefrites, isto é, infecções da própria próstata, da bexiga ou dos rins, que ocorrem repetidas vezes);

- **Hematúria macroscópica** (sangue na urina, visível a olho nu), resistente à terapêutica com medicamentos e persistente ou recorrente;
- **Dilatação do aparelho urinário superior** que, não tratada, provoca deterioração da função renal, ou seja, causa uma insuficiência renal;
- **Litíase (cálculos, vulgo “pedras”) na bexiga**, cálculos diferentes dos que se originam nos rins, estes sim, os mais frequentes; as pedras que se formam na bexiga, provocadas pela HBP, surgem apenas em consequência da obstrução e da estase, da urina que fica estagnada no interior da bexiga, causando a agregação dos pequenos cristais que existem normalmente na urina e que, ao se juntarem, pouco a pouco levam à formação de pedras que, por vezes, atingem enormes dimensões (são relativamente frequentes cálculos de 4, 5 ou 6 centímetros).

Na presença de sintomas marcados (designados por LUTS) com interferência franca na qualidade de vida e refractários à terapêutica médica, ou seja, que não respondem a medicamentos, a solução é, também, a terapêutica cirúrgica. Constitui o que é designado por indicação relativa para cirurgia.

Um outro motivo para cirurgia é a opção ou preferência do doente. Nalguns casos, o doente manifesta a vontade expressa numa atitude mais interventiva, por preferência em relação à toma contínua, durante anos, de fármacos para a próstata, o que é uma opção individual e razoável. De facto, a toma contínua de fármacos, quer se tratem de produtos químicos, sintéticos, quer derivados de plantas (a chamada “Fitoterapia” – ver à frente) não é inócua e pode causar efeitos secundários, por vezes desagradáveis. Além do custo monetário destes tratamentos contínuos - outro ponto que os doentes muitas vezes consideram -, a necessidade de toma contínua de medicamentos faz com que muitos doentes optem por um tratamento único, em que se resolva o problema de uma forma definitiva. Constitui também o que se designa como uma indicação relativa para cirurgia.

A presença de divertículos (pequenas “saculações” da bexiga, procidentes na parede deste órgão), nomeadamente se muito volumosos ou sintomáticos e sobretudo se associados a elevada quantidade de urina retida na bexiga depois do doente urinar (o “resíduo pós-miccional” elevado) constitui também uma indicação relativa para a realização de cirurgia.

## Tratamento da HBP

Existem diversas formas de tratamento da HBP. **Alguns doentes** não necessitam de qualquer tratamento e, mesmo sofrendo desta doença, podem ser vigiados regularmente, **sem qualquer terapêutica**. É o caso dos doentes sem sintomas ou com queixas ligeiras, sem repercussão significativa no seu bem-estar e na sua qualidade de vida. Tal não significa que não se possam sugerir medidas para melhorar os sintomas (ver Vigilância).

**Grande parte dos doentes** com HBP, no entanto, necessita de **tratamento farmacológico**. É o caso dos doentes com sintomatologia ligeira, moderada ou mesmo grave, com repercussão na sua qualidade de vida. Neste caso, existem diversas possibilidades terapêuticas, vários medicamentos, com diferentes efeitos e que devem ser adaptados a cada doente e a cada situação clínica. Como estes tratamentos são geralmente efectuados durante muitos anos, é importante que não a taxa de efeitos secundários seja baixa. Deve existir uma relação favorável entre a melhoria do bem-estar e qualidade de vida que induzem e a taxa de efeitos secundários, que deve ser reduzida.

Por este motivo, a **fitoterapia** é uma abordagem que faz sentido quer numa fase inicial, quando os doentes apresentam sintomatologia ligeira ou moderada - porque permite controlar a sintomatologia de forma eficaz em grande parte dos casos – quer como abordagem de “manutenção”, dada ser em termos práticos desprovida de efeitos secundários. Isto permite que seja prescrita, sem recomendações específicas ou restrições (de dose ou outras), em doentes polimedicados, com patologias comórbidas, em que, por exemplo, a terapêutica com medicamentos como os **alfa-bloqueantes** pode ser, por exemplo, causa de hipotensão ortostática. Noutros doentes da faixa etária em que a HBP habitualmente surge, as questões do foro sexual podem ser um factor relevante. Nestes casos, iniciar terapêutica com medicamentos como os **inibidores da 5 alfa redutase** pode causar problemas de disfunção erétil, redução da líbido ou alterações do volume espermático (tal como os alfa-bloqueantes). Também por este motivo, a terapêutica com produtos como a *Serenoa repens* pode ser útil, dado ser desprovida de efeitos secundários deste tipo

Finalmente, **alguns doentes com HBP terão de ser operados**, ou porque a sintomatologia é muito intensa ou porque existem complicações da doença, sendo necessária uma solução mais rápida e mais eficaz do que a medicação. Nestes casos, existem igualmente diferentes tipos de cirurgia que podem ser mais ou menos adequadas a cada doente e a cada caso. Além da cirurgia, existem diversas outras técnicas (designadas por “**minimamente invasivas**” e das quais se destaca o **laser**) que permitem a realização de um tratamento com resultados iguais aos da cirurgia, mas que não provocam alguns dos efeitos secundários e dos riscos que a cirurgia acarreta. Estas técnicas são cada vez mais utilizadas, pelas vantagens que apresentam, em relação às cirurgias “clássicas”.

## Vigilância

Em casos de doentes com HBP sem quaisquer queixas ou com sintomas ligeiros, nos quais a doença tem uma interferência reduzida na sua qualidade de vida e que não apresentem complicações da mesma, a abordagem mais indicada será a vigilância.

Vigilância não significa, no entanto, que não devam ser fomentadas e adoptadas medidas que procurem diminuir os sintomas e melhorar o bem-estar dos doentes. Estas medidas, aliás, deverão ser implementadas em todos os doentes com sintomas, porque ajudarão, em qualquer caso, a melhorar as queixas e a qualidade de vida.

A vigilância está indicada, sobretudo, em doentes jovens, com próstatas de pequeno volume, com sintomas ligeiros e com fluxo urinário quase normal. Nestes casos, a probabilidade de progressão da doença é baixa e esta atitude pode ser a mais adequada. Em qualquer momento, se ocorrer um agravamento dos sintomas, poderá ser instituída uma terapêutica (medicamentosa ou não), para alívio dos mesmos. Assim, poderá ser necessária uma “monitorização” regular, adequada ao despiste precoce do agravamento dos sintomas ou do desenvolvimento das por vezes temíveis complicações da HBP não tratada.

Os doentes deverão ser acompanhados e tranquilizados e algumas medidas simples poderão ser sugeridas e instituídas:

- Redução da ingestão de líquidos a partir do fim da tarde ou em situações em que se preveja um acesso difícil a casas de banho; há que ter cuidado, no entanto, em evitar a desidratação ou o agravamento de outras doenças para as quais esta redução vespertina de líquidos possa ser prejudicial, sobretudo em idosos;
- Evitar passar muito tempo sem urinar, porque tal pode levar a um grande enchimento e distensão da bexiga;
- Esvaziar a bexiga regularmente (de 2/2 ou de 3/3 horas, por exemplo) e não tentar reter a urina; urinar quando se sentem as primeiras vontades de urinar;
- Evitar permanecer sentado durante longos períodos de tempo;
- Evitar alimentos e bebidas que possam desencadear sintomas irritativos ou que sejam diuréticos, como por exemplo o café e as bebidas alcoólicas. Outros alimentos, como os citrinos (laranja, limão, lima), o ananás, comidas muito condimentadas, sobretudo com picantes, o tomate cru, as azeitonas, os morangos, o chocolate ou os frutos secos sobretudo se com condimentos, podem, em alguns doentes, provocar agravamento dos sintomas, pelo que, nesses doentes, a restrição da sua ingestão poderá contribuir para a melhoria das queixas;
- Efectuar a compressão da uretra (“espremer” a uretra) no final da micção pode ajudar a evitar o gotejo de urina no final da micção;
- Evitar medicamentos que possam contribuir para os sintomas (por exemplo, medicamentos aparentemente não prejudiciais e de uso tão frequente como os descongestionantes nasais podem provocar franco agravamento dos sintomas e mesmo retenção urinária aguda);
- Os doentes com obstipação (“prisão de ventre”) podem sofrer um agravamento dos sintomas urinários, pelo que a obstipação deverá ser adequadamente tratada.

## Tratamento farmacológico

Existem três grandes grupos de medicamentos que podem ser utilizados no tratamento médico da HBP: os extratos de plantas/fitoterapia (inúmeras substâncias foram testadas, sendo a mais utilizada a *Serenoa repens*), os alfa-bloqueantes (tansulosina, alfuzosina, doxazosina e, a mais recente, silodosina) e os inibidores da 5-alfa redutase (finasterida e dutasterida).

## Fitoterapia

A fitoterapia consiste na utilização de extratos de plantas (sementes, frutos, raízes, etc.). É um tipo de tratamento popular e apelativo, porque existe a convicção generalizada de que estes produtos... “mal não fazem” - o que não é necessariamente verdade. Qualquer produto com algum efeito benéfico, tem sempre algum risco associado de desencadear efeitos secundários. No entanto, de facto, os produtos mais utilizados para o tratamento da HBP, nomeadamente a *Serenoa repens* apresenta um perfil de eficácia/efeitos secundários tão favorável que é possível utilizar este produto sem, em termos práticos, correr o risco de efeitos secundários, dada a segurança do mesmo.

Os produtos mais utilizados são a *Serenoa repens* (fruto do Palmeto), casca de *Pygeum africanum* e as sementes de abóbora (*Cucurbita pepo*), mas muitos outros são utilizados (raízes de uma planta da África do Sul designada “Star grass”, pólen de centeio, Urtiga, raízes de *Echinacea purpurea*, etc). Os mecanismos de acção destes produtos não são conhecidos e nenhum deles foi estudado em profundidade em ensaios clínicos rigorosos, com a excepção da *Serenoa repens*, com a qual foram efectuados alguns estudos, nomeadamente para perceber o seu modo de funcionamento e o seu grau de eficácia. Daí que muitos médicos tenham alguma dificuldade em prescrever este tipo de terapêutica. No entanto, muitos doentes acabam por, por sua própria iniciativa, adquirir e realizar tratamento com estes produtos, que são muito populares em farmácias. Por isso se torna tão importante que os profissionais de saúde que interagem com os doentes neste contexto tenham conhecimentos acerca desta doença, tenham percepção das queixas por ela causadas e da sua intensidade para que, de um modo eficaz e seguro, possam aconselhar adequadamente os homens/doentes que com eles contactam e que a eles solicitam orientação no tratamento desta entidade que tanto pode perturbar o bem-estar e qualidade de vida. Para os profissionais de saúde, é igualmente importante que possam recomendar os tratamentos mais adequados, com a confiança e segurança que só os conhecimentos anteriormente referidos podem conferir.

## Alfa-bloqueantes

Estes medicamentos promovem o relaxamento do músculo liso existente na parte inferior da bexiga (zonas designadas por trígono e colo da bexiga), na próstata e em torno da uretra. Conseguem-se, deste modo, um relaxamento e aumento transitório do calibre da uretra que atravessa a próstata durante a micção e uma diminuição da resistência ao fluxo urinário, melhorando o fluxo e os sintomas.

Os fármacos mais utilizados actualmente dividem-se em dois tipos, uns mais “uro-selectivos” (isto é, que actuam mais especificamente nas zonas atrás referidas), outros menos “uro-selectivos” (ou seja, que actuam também no músculo liso existente noutros locais do organismo, nomeadamente nos vasos sanguíneos). São exemplos de medicamentos do primeiro grupo a tansulosina e a silodosina e do segundo a alfuzosina, a doxazosina e a terazosina.

A maioria dos doentes melhora com esta terapêutica ao fim de apenas alguns dias.

Esta terapêutica está indicada em próstatas de todas as dimensões e volumes, sendo eficaz como terapêutica única (isto é, sem ser necessário mais nenhum medicamento ou qualquer intervenção) sobretudo em próstatas de volumes menores. É geralmente necessária a terapêutica prolongada e contínua com este tipo de medicamentos. Estes medicamentos não alteram geralmente o volume prostático nem os valores do PSA.

### **Inibidores da 5-alfa redutase**

Os medicamentos deste grupo inibem uma enzima que faz a conversão da testosterona (a “hormona masculina”) num seu derivado - um composto chamado dihidrotestosterona, conhecido pela sigla DHT. O bloqueio desta enzima é efectuado no interior da próstata. A DHT promove o crescimento da próstata, pelo que o bloqueio daquela enzima faz com que ocorra uma diminuição da DHT no interior da próstata, inibindo o crescimento deste órgão e podendo mesmo provocar uma redução do seu volume. Estes medicamentos provocam também uma diminuição do valor do PSA.

Os fármacos deste grupo produzem geralmente melhores resultados em glândulas com mais de 40cc. As melhorias dos sintomas e do fluxo urinário são obtidas progressivamente, sendo os melhores resultados atingidos após alguns meses de tratamento.

O finasterida e o dutasterida, os fármacos deste grupo, se utilizados prolongadamente, reduzem o risco de retenção urinária aguda (isto é, de a “urina ficar presa” e o doente não conseguir urinar) e a necessidade de se vir a ser operado à próstata. Reduzem ainda o risco da próstata causar hematúria (presença de sangue na urina).

As melhorias obtidas, no entanto, conseguem-se à custa de alguns efeitos secundários que em alguns doentes podem ser muito relevantes. Em mais de 10% dos casos, observam-se efeitos secundários importantes, sobretudo do foro sexual. É frequente surgirem efeitos como a diminuição da libido (desejo), disfunção eréctil (dificuldade de erecção), redução da quantidade de esperma e aumento de volume mamário.

Na tabela abaixo, indicam-se os dois grupos de medicamentos utilizados para o tratamento da HBP, as suas principais características e as diferenças entre eles.

	<b>Alfa-bloqueantes</b>	<b>Inibidores da 5-alfa-redutase</b>
Mecanismo de acção	Relaxamento do músculo liso	Diminuição da DHT
Início de acção	Rápido (dias a semanas)	Lento (meses)
Efeito no volume prostático	Nenhum	Redução de volume
Efeito no PSA	Nenhum	Redução (+/- 50% aos 6 meses)
Efeitos secundários	Tonturas, hipotensão, congestão nasal, cefaleias, astenia, diminuição do volume de esperma	Diminuição da libido, disfunção eréctil, diminuição do volume de esperma, aumento de volume mamário
Exemplos	Tansulosina, Silodosina, Terazosina, Alfuzosina, Doxazosina,	Finasterida, Dutasterida

Classes de medicamentos mais importantes para o tratamento da HBP

### **Terapêutica de associação**

Em alguns doentes, podem-se associar medicamentos das duas classes anteriormente referidas – é a chamada terapêutica de associação.

Com este tipo de orientação, pretende-se obter os efeitos benéficos de ambos os grupos de fármacos. É um tipo de tratamento geralmente reservado para os doentes com sintomas mais graves, numa tentativa de protelar ou evitar a cirurgia, o que nem sempre se consegue.

Apesar da associação destes dois tipos de medicamentos ser lógica, uma vez que se associam os efeitos benéficos dos dois tipos de fármacos, esta terapêutica não é isenta de problemas. As duas principais desvantagens prendem-se com o aumento do risco de efeitos secundários e com o custo do tratamento; ambos aumentam significativamente.

### **Outros fármacos**

Apesar de na grande maioria dos doentes serem estes os medicamentos prescritos para o tratamento da HBP, outros foram estudados, mais recentemente, sendo, no entanto, actualmente proposta a sua utilização apenas em casos particulares, esporádicos e seleccionados. Nestes casos, os doentes deverão ser acompanhados de perto por especialistas nesta área, porque geralmente são - e devem ser - prescritos em conjunto com outros medicamentos e a monitorização da situação clínica, da eficácia da terapêutica e dos efeitos secundários deve ser rigorosa, pois podem acarretar alguns riscos. A utilização destes outros medicamentos visa geralmente evitar ou atrasar a cirurgia em doentes muito sintomáticos, tratar aspectos ou queixas especiais que os doentes possam apresentar ou, em situações muito particulares, “aproveitar” a medicação que se utiliza noutras doenças para tentar melhorar os sintomas causados pela HBP.

É o caso de medicamentos como os do grupo dos anticolinérgicos para redução dos sintomas de armazenamento/enchimento, como o cloreto de trospium, a solifenacina, a oxibutinina ou a tolterodina.

Em alguns doentes que apresentam simultaneamente queixas relacionadas com a HBP e dificuldades de erecção, foi proposto o tratamento com um medicamento, o tadalafil. Este medicamento é habitualmente utilizado no tratamento da disfunção erétil. Constatou-se que, alguns doentes que tomavam cronicamente este fármaco, se observava uma melhoria das queixas urinárias relacionadas com a próstata. Por este motivo, pretendia-se com a utilização de um só fármaco tratar duas doenças, “matar dois coelhos com uma só cajadada”. Este tratamento tem dois grandes problemas: o preço elevado deste tratamento e a eficácia do mesmo (a melhoria das queixas urinárias não é tão significativa como a obtida com outros tipos de medicamentos).

Outros foram ainda sugeridos, como a desmopressina, um medicamento análogo da hormona anti-diurética (hormona que faz diminuir a produção de urina) e que pode ser útil

em doentes que apresentam uma elevada frequência de micções durante a noite, eventualmente com produção elevada de urina durante a noite.

## Indicações para cirurgia em doentes com HBP

### - Indicações absolutas

Existem situações que constituem uma **indicação absoluta para cirurgia**. Quer isto dizer que os doentes que apresentam uma destas situações clínicas devem obrigatoriamente ser operados, não existindo outra solução para a resolução do seu caso.

As situações em que a cirurgia é obrigatória são as seguintes:

- **Retenção urinária aguda** recidivante. Ou seja, incapacidade recorrente para urinar, com necessidade de algáliação (“urina presa”). A maioria dos autores defende que a cirurgia não se deve realizar imediatamente após o episódio agudo. Os riscos cirúrgicos são menores se se esperar algumas semanas, mantendo-se o doente algaliado ou, de preferência e se possível, sem algália
- **Infeções urinárias** de repetição (incluindo cistites, isto é, infeções da bexiga, mas também prostatite - infecção da próstata - e pielonefrites – infecção renal);
- **Hematúria macroscópica** (sangue na urina, visível a olho nu), resistente à terapêutica com medicamentos e persistente ou recorrente;
- **Dilatação do aparelho urinário superior** com deterioração da função renal (**insuficiência renal**);
- **Litíase (cálculos, vulgo “pedras”) na bexiga**

### - Indicações relativas

Existem outras situações com **indicação cirúrgica relativa**, o que quer dizer que estes doentes não têm obrigatoriamente de ser operados, mas que são homens em que a cirurgia constitui geralmente a melhor opção para a resolução do problema - e melhoria da situação clínica e das queixas que apresentam:

- **doentes com queixas (LUTS) marcadas, com interferência na qualidade de vida** e que não se conseguem tratar nem resolver com terapêutica médica (com medicamentos), ou seja, aqueles cujas queixas são refractárias à terapêutica;
- **por opção do doente**; muitos doentes preferem uma atitude mais interventiva, definitiva, rápida e eficaz para resolução dos seus sintomas em relação à toma contínua, durante

anos, de fármacos para a próstata. É uma opção razoável e, possivelmente, mais eficaz em termos de melhoria da qualidade de vida, rápida resolução dos sintomas causados pela próstata e no evitar da progressão da doença e das suas possíveis complicações; é uma opção tomada geralmente pelos doentes com queixas mais intensas

- **na presença de divertículos (espécie de “saculações”) da bexiga**, se sintomáticos e/ou volumosos; estes divertículos podem contribuir para a existência de elevado resíduo pós-miccional (ou seja, urina retida no interior da bexiga, após a micção) e eventualmente para um maior risco de infecções urinárias e cálculos vesicais, pela estase (estagnação) de urina que podem causar

Em todos estes casos, a terapêutica cirúrgica é também, geralmente a melhor solução.

## Técnicas minimamente invasivas

Como alternativa à cirurgia, foram desenvolvidas diversas técnicas de tratamento. Com estas técnicas, pretende-se obter os mesmos benefícios que se atingem com a cirurgia, que são inequívocos, mas com menores efeitos secundários, com menores riscos ou complicações.

Diversas técnicas têm sido propostas ao longo dos últimos anos, mas até recentemente, nenhuma delas se conseguiu “implantar” e estabelecer como a melhor técnica para o tratamento da HBP. Os lasers - porque não há só “um laser” - já são utilizados desde há muitos anos no tratamento da HBP; no entanto, nenhum deles se revelou suficientemente vantajoso em relação às técnicas clássicas, que utilizam energia eléctrica para remover o tecido prostático. Mais recentemente, no entanto, a utilização de novos tipos de laser, mais sofisticados, mais potentes, com comprimento de onda diferente (isto é, emitindo numa zona diferente do espectro electro-magnético), permitiram obter resultados tão bons ou melhores do que com a cirurgia mas com muito menor taxa de complicações, risco cirúrgico, efeitos secundários, etc.

### Laser da Próstata

As técnicas que utilizam a energia laser\* constituem uma das grandes inovações recentes para o tratamento da HBP.

Existem dois ou três tipos de laser que são utilizados com este fim (no passado foram utilizados outros tipos, mas os resultados não foram tão bons como com as técnicas actuais). Os mais utilizados actualmente são o de KTP (conhecido como “Greenlight”, ou seja, “luz verde”, dada a cor do feixe do laser) e o de Holmium (Holmium:YAG). Outros, como os lasers de “Thulium” ou de diodos, são menos utilizados.

\* Laser: acrónimo para Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation, ou seja, amplificação de luz pela emissão estimulada de radiação.

### Outras técnicas minimamente invasivas

Nos últimos anos, foram descritas e utilizadas diversas técnicas para o tratamento minimamente invasivo da HBP. O objectivo destas novas técnicas seria obter os mesmos (ou melhores) resultados do que com as técnicas utilizadas há mais anos, sem os inconvenientes, riscos e complicações destas, ou seja, que estas apresentassem uma menor morbidade. No entanto, nenhuma destas técnicas se conseguiu “impor”, por diferentes motivos (nomeadamente menor eficácia do que com outras alternativas de tratamento).

- RTU bipolar
- Enucleação prostática (à semelhança do que se faz com laser, é possível actualmente efectuar técnicas com esta designação com outras fontes de energia como a energia bipolar; é uma das técnicas mais promissoras)
- HIFU (High Intensity Focused Ultrasound - Ultrassons Focados de Alta Intensidade)
- TUNA (Transurethral Needle Ablation – Ablação Trans-uretral por Agulhas)
- TUMT (Transurethral Microwave Thermo-therapy)
- Stents prostáticos (Próteses intra-prostáticas)
- Toxina botulínica (“Botox”)
- Embolização da próstata
- Outras técnicas

Diversas outras foram estudadas para o tratamento minimamente invasivo da HBP. Diversos produtos, dispositivos e medicamentos são, neste preciso momento, objecto de ensaios clínicos para avaliação e validação da sua eficácia, das suas indicações, das suas limitações e efeitos secundários. Por exemplo, foi estudada a injeção intra-prostática de etanol ou de proteínas, bem como de dispositivos com diversos conceitos e princípios subjacentes.

Duas das mais recentes e prometedoras, actualmente ainda em estudo, são designadas por Rezum e UroLift.

## Cirurgia

### **Cirurgia clássica “aberta”**

Nesta cirurgia efectua-se uma incisão na pele de pequenas dimensões (geralmente 7 a 10 cm), abaixo do umbigo. Depois de se identificar e isolar a próstata, retira-se a parte da próstata que está aumentada e a provocar a obstrução/compressão da uretra.

Esta técnica está geralmente reservada para próstatas volumosas (actualmente, para volumes superiores a cerca de 70 ou 80 centímetros cúbicos - cc), quando existem cálculos (pedras) volumosos no interior da bexiga ou ainda divertículos na bexiga. Pode ser ainda a técnica a utilizar quando não é possível colocar o doente na posição necessária à cirurgia por via endoscópica – via que é, em princípio, preferível.

### **Cirurgia Endoscópica Clássica: Ressecção Trans-uretral da Próstata (RTU-P)**

Esta cirurgia, vulgarmente designada por RTU-P, continua a ser a técnica “Gold-standard”, ou seja, a técnica padrão para a cirurgia da HBP.

Tal como na cirurgia aberta, a parte da próstata que está aumentada é removida, mas agora por via endoscópica e em pequenos fragmentos. Um aparelho designado por ressector é introduzido pela uretra. Sob controlo visual com sistema de vídeo e com uma pequena ansa eléctrica (um filamento metálico através do qual passa uma corrente eléctrica especial), pequenos fragmentos da próstata vão sendo seccionados e retirados, ao mesmo tempo que se procede à coagulação dos vasos da próstata, para controlar a hemorragia.

Uma variante desta técnica é a cirurgia de Incisão trans-uretral da próstata (ITU-P ou TUIP).

### **Vaporização Trans-uretral da Próstata (VTU-P)**

Trata-se de uma variante da ressecção trans-uretral da próstata, actualmente em desuso.

### **Ressecção Trans-uretral com corrente bipolar**

Trata-se de outra variante da RTU-P “clássica”, muito semelhante a esta, mas em que se utiliza um tipo de ansa e de corrente eléctrica especial (“bipolar”).

## **Resultados dos Tratamentos Cirúrgicos para a HBP**

**Qualquer cirurgia permite uma melhoria significativa das queixas urinárias que os doentes apresentam, melhorando significativamente a qualidade de vida dos mesmos.**

De facto, as cirurgias e técnicas minimamente invasivas para o tratamento da HBP são altamente eficazes e permitem, com riscos mínimos, melhorar muito significativamente a vida dos doentes afectados por este tão frequente problema.

Os doentes devem passar a urinar com um jacto mais forte, menos frequentemente (quer de dia, quer de noite), com redução das queixas como o gotejo, o esvaziamento incompleto, a dor supra-púbica, a imperiosidade (“urgência”) para urinar ou a incontinência associada. Além disso, provocam uma melhoria objectiva no fluxo urinário, medido através da urofluxometria (ver “Urofluxometria”).

Não sendo uma cirurgia isenta de riscos, a taxa de mortalidade é muito baixa, sendo, no conjunto das várias técnicas e cirurgias, inferior a 0,25%.

Além dos riscos e complicações comuns a qualquer outra cirurgia (riscos anestésicos, risco de hemorragia, risco de infecção, por exemplo), existem complicações e riscos específicos deste tipo de intervenção, que é necessário que os doentes conheçam, nomeadamente:

#### **Hemorragia**

Apenas 2-5% dos doentes submetidos a ressecção endoscópica da próstata necessitam de transfusão sanguínea.

#### **Perfuração da “cápsula” da próstata (aquando de cirurgias endoscópicas)**

Muito rara.

#### **Síndrome pós RTU (hipo-osmótico)**

Actualmente muito raro - pela utilização dos novos solutos de irrigação, como o sorbitol, é uma complicação rara e facilmente tratável.

#### **Incontinência**

Após uma cirurgia por aumento benigno da próstata, as taxas de incontinência urinária de esforço são muito baixas (de cerca de 3% após uma RTU-P, sendo ligeiramente superiores para a cirurgia aberta).

#### **Estenoses da uretra e da loca prostática/colo vesical**

A estenose da uretra é uma das complicações mais aborrecidas e frequentes após uma cirurgia (qualquer cirurgia) da próstata.

O doente apresenta queixas de LUTS em tudo semelhantes às que apresentava antes da cirurgia – daí o termo “aborrecido” com que este problema foi qualificado acima. O doente

julga que estas queixas traduzem uma recidiva do problema da próstata, uma falta de eficácia da cirurgia ou uma inépcia do cirurgião, o que não é verdade.

### **Ejaculação retrógrada**

Esta é uma consequência quase universal das cirurgias prostáticas, quer abertas quer endoscópicas (embora alguns doentes conservem a ejaculação normal). Surge em consequência da destruição do chamado “esfíncter interno” (termo que não é inteiramente correcto mas é aqui utilizado para que se perceba melhor este problema), durante a realização da cirurgia.

### **Disfunção erétil**

A percentagem real de doentes com Disfunção Erétil (DE) após a realização de uma cirurgia para o tratamento da HBP é muito controversa e polémica.

Alguns doentes apresentam já problemas de erecção prévios, antes da cirurgia, podendo, após a intervenção e o período necessário à recuperação da mesma, ocorrer um agravamento dessas queixas. Este agravamento deve-se à soma das queixas pré-existentes e do período de inactividade subsequente à intervenção. O doente, invariável e inevitavelmente, vai atribuir este agravamento à cirurgia.

Em alguns doentes (cerca de 5%), ocorre um efectivo agravamento da função erétil, mas estes resultados são semelhantes aos encontrados em grupos de controlo, isto é, de doentes não operados. Assim, e possivelmente, o factor idade contribui tanto ou mais que a cirurgia para o desenvolvimento de DE – não esquecer que os doentes habitualmente operados a HBP têm idades avançadas, geralmente acima dos 55-65 anos, em que a frequência de problemas de erecção é igualmente elevada.

### **Seguimento dos doentes com HBP**

Os doentes operados deverão ser avaliados no pós-operatório imediato, nos dias a seguir à operação, diariamente até à alta. Deverá ser realizada uma consulta entre os 15 dias e o mês após a cirurgia.

Daí para a frente, **estes doentes deverão realizar, pelo menos, uma avaliação anual**, com toque rectal e PSA, para o diagnóstico precoce de cancro da próstata.

### **Prognóstico**

A HBP é uma doença benigna que, apesar disso, pode em alguns casos provocar consequências muito graves, como insuficiência renal ou infecções graves que, se não tratadas, podem provocar sépsis (que se designa por uro-sépsis) e mesmo a morte.

Mesmo sem estas consequências tão devastadoras, pode provocar um conjunto de sintomas que perturbam significativamente a qualidade de vida.

Se não tratada ou mesmo em tratamento com medicamentos, ocorre geralmente um agravamento progressivo do quadro clínico com a idade. Existe, igualmente, um risco crescente de hemorragia, retenção urinária aguda e necessidade de cirurgia.

Após a cirurgia, ocorre geralmente uma franca e significativa melhoria das queixas. A taxa de reintervenção é de cerca de 1 a 2% ao ano.



mjgs

## 9. CONSEQUÊNCIAS DO AUMENTO DE VOLUME DA PRÓSTATA

Como anteriormente referido, a próstata aumenta progressivamente de volume com a idade. Uma vez que a uretra atravessa a próstata, o calibre deste canal vai ficando cada vez mais reduzido, à medida que ocorre o aumento de volume daquele órgão. As consequências directas deste facto relacionam-se com a inevitável redução do calibre do jacto urinário. No entanto, essas consequências, infelizmente, não se ficam por aqui. As restantes consequências e queixas resultantes do aumento de volume decorrem das repercussões que o mesmo tem sobre a bexiga (e da resposta deste órgão a esse aumento) e sobre os rins.

As consequências nefastas sobre outros órgãos, nomeadamente sobre a bexiga e/ou os rins, constituem um dos principais problemas decorrentes do aumento de volume da próstata. Com efeito, como consequência da obstrução que a próstata provoca sobre o esvaziamento da bexiga, a parede desta (constituída por músculo, designado por “detrusor”) sofre um aumento de espessura, permitindo que o músculo fique mais “forte” e, numa fase inicial, compense a obstrução provocada pela próstata sobre a uretra, não se notando uma grande alteração no jacto urinário. Nesta fase, a bexiga, devido a maior capacidade de contração do músculo da sua parede, consegue esvaziar, ainda, razoavelmente.

Mais tarde, a bexiga pode passar a contrair “anormalmente”, por vezes em excesso, em determinadas ocasiões, originando os episódios de “urgência”, de vontade muito súbita de urinar (sintoma designado por “imperiosidade”). Numa fase ainda mais tardia, a capacidade de contracção da bexiga diminui significativamente. Um dos factores que pode levar a esta redução é a progressiva substituição do músculo e das células musculares por tecido fibroso e por células habitualmente presentes neste tipo de tecido (designado por tecido “conjuntivo”). Estas células não se contraem como as células musculares, pelo que a bexiga vai perdendo a capacidade de eliminar completamente a urina do seu interior. Assim, a bexiga deixa de esvaziar na totalidade (alteração conhecida como esvaziamento incompleto), ocorre um aumento, geralmente progressivo, da quantidade de urina que fica retida na bexiga (alteração designada por urina residual, ou resíduo pós-miccional).

A persistência de excesso de urina residual na bexiga, após a micção, parece estar na base de duas outras complicações possíveis com aumento de volume da próstata: a litíase vesical (“pedras” na bexiga) e as infecções urinárias de repetição em homens. A urina “estagnada” na bexiga pode originar a formação de cálculos (“pedras”) na bexiga, que atingem por vezes grandes dimensões (vários centímetros). Esta acumulação de urina pode igualmente ser responsável pela proliferação de bactérias no interior da bexiga, causando repetidas infecções urinárias.

Por vezes, por causa das alterações do normal “jogo” de pressões entre a bexiga, o esfíncter urinário (o músculo que faz uma espécie de “braçadeira” à volta da uretra, que abre e fecha, permitindo assim a saída de urina da bexiga e o controle urinário, evitando a incontinência e as perdas involuntárias de urina), a uretra e a próstata, à

redução da capacidade de contracção da bexiga e à dificuldade de “relaxamento” e abertura do esfíncter, torna-se muito difícil iniciar a micção. Ou seja, quando o homem quer urinar, o esfíncter não “abre” de imediato. O início da passagem da urina pela uretra demora muito mais tempo do que o normal, ocorrendo o que é designado por “atraso” miccional ou atraso inicial.

As alterações decorrentes da obstrução progressiva ao normal fluxo urinário e do aumento de volume da próstata causam igualmente um sintoma muito frequente, o gotejo de urina que surge no final da micção – uma queixa classicamente referida pelos homens a partir dos 40-50 anos.

Mais tardiamente, a bexiga pode perder quase completamente a capacidade de se contrair. Ocorre uma distensão progressiva deste órgão e um progressivo aumento do resíduo pós miccional. Num determinado ponto da evolução da doença, o homem afectado pode mesmo não conseguir, de todo, urinar. Neste caso, ocorre uma retenção urinária aguda e o indivíduo tem de ser algaliado, ou seja, é necessário colocar um cateter (a “algália”) através da uretra, até à bexiga, de modo a permitir que a urina retida na bexiga seja eliminada para o exterior.

Quando ocorre uma retenção urinária progressiva, que pode ser crónica ou manifestar-se de forma abrupta, aguda, desenvolve-se um aumento de pressão no aparelho urinário. Inicialmente esta alteração da pressão ocorre apenas no aparelho urinário inferior, nomeadamente na bexiga, mas, posteriormente, pode transmitir-se ao chamado aparelho urinário superior – rins e ureteres. Quando ocorre este aumento de pressão, os rins deixam de poder funcionar normalmente e, se a doença não é tratada rapidamente e se a “pressão” não é aliviada, desenvolve-se uma insuficiência renal. Numa fase inicial, se a situação é tratada adequada e atempadamente (com cirurgia), essa insuficiência pode ser reversível. Se tal não acontecer, pode desenvolver-se uma insuficiência renal crónica, irreversível. Nestes casos, a única solução pode ser a realização de diálise. Actualmente, esta evolução é felizmente rara, mas, embora quase inadmissível com o nível de cuidados de saúde disponíveis, ainda acontece.

## 10. O QUE É O PSA?

“PSA” quer dizer Antígeno Específico da Próstata. Habitualmente, mesmo em português, utiliza-se a sigla PSA, que tem origem na designação inglesa, “*Prostate Specific Antigen*”. Internacionalmente, é esta também a designação utilizada.

Trata-se de uma glicoproteína, ou seja, uma molécula que resulta da associação de uma proteína com um hidrato de carbono (tem um componente de glúcido, daí o prefixo “glico”). Desempenha a função de enzima - uma protease - que, como o nome sugere, permite a degradação de proteínas.

O PSA é produzido quase exclusivamente pelas células epiteliais da próstata, isto é, pelas células da parte glandular deste órgão.

O seu papel conhecido mais importante consiste na “liquefacção do esperma”, ou seja, torna o esperma líquido: algum tempo após a ejaculação, o esperma fica muito viscoso, quase sólido, “grumoso”, formando uma espécie de coágulo; sem o PSA, o esperma não se tornaria novamente líquido, como acontece normalmente após alguns minutos, limitando, por isso, a mobilidade dos espermatozoides e, assim, impedido a possibilidade de fecundação.

O PSA existe, portanto, no esperma, mas também nas células da próstata (quer benignas quer malignas) e em circulação no sangue. É assim possível medir os níveis de PSA no sangue, através de uma simples análise sanguínea. O valor obtido permite ajudar a diferenciar se estamos em presença de uma situação de aumento benigno da próstata ou de cancro deste órgão. Se existir a suspeita da presença de cancro, deve ser realizada uma biópsia da próstata.

Diz-se por isso que o PSA é um marcador tumoral, do cancro da próstata. No entanto, não é exclusivo desta doença. Aliás, nem sequer é exclusivo da próstata, embora nos outros órgãos onde se encontra (algumas glândulas) esteja presente em quantidades muitíssimo reduzidas.

### PSA total

Sendo um dos melhores marcadores tumorais existentes, não é, contudo, específico, pelo que o seu aumento não corresponde necessariamente à presença de um cancro da próstata.

Um valor de PSA aumentado implica o despiste de cancro da próstata, uma vez que, se esta análise elevada, existe a suspeita do doente sofrer de um cancro. No entanto, além do cancro, outras situações podem ser responsáveis pela elevação desta análise. Por exemplo, uma prostatite (aguda ou crónica), uma infecção urinária ou genital, a ocorrência de um episódio de retenção urinária (isto é, de “urina presa”, em que o doente não consegue urinar), o aumento benigno da próstata (HBP), uma algaliação prévia (ou seja, a colocação de um cateter – chamado algália – que permite a

drenagem de urina da bexiga), qualquer que seja o motivo da mesma (por exemplo, durante ou após uma cirurgia), a realização de uma endoscopia, uma biópsia ou uma cirurgia da próstata, entre outros factores, podem ser responsáveis por um aumento do PSA.

Classicamente, considerava-se que o valor normal do PSA era até 4,0 (a unidade de doseamento é ng/ml, ou seja, nanograma por mililitro)

Um valor inferior a 4 não mereceria biópsia, porque considerava-se que era normal, sendo baixo o risco de existência de cancro.

Um valor de PSA acima de 4,0 era considerado suspeito e admitia-se a forte hipótese da existência de um cancro.

Se o PSA apresentava um valor entre 4 e 10, dizia-se que se situava na chamada “zona cinzenta”, ou seja, em que havia dúvida em relação à existência ou não de um cancro, e a biópsia era necessária para esclarecer a situação clínica.

Um valor superior a 10 era francamente suspeito da presença de um tumor maligno; pensava-se que a presença de um tumor era “quase certa” e, por isso, a abordagem destes doentes implicava quase sempre uma biópsia imediata.

Actualmente já não é bem assim! O valor de PSA encontrado deve ser enquadrado numa série de outros parâmetros, que cabe ao Urologista avaliar, em cada caso, porque “cada caso é um caso”.

O mesmo valor de PSA em pessoas diferentes pode condicionar uma atitude diferente, em função de outras variáveis – por exemplo, a presença de um nódulo palpável no toque rectal, que é um exame fundamental. Ou seja, um doente que tenha um PSA de 2ng/ml (ou mesmo menos) pode ter uma maior suspeita de sofrer de um cancro da próstata e ter de ser submetido a biópsia prostática imediata do que um doente com PSA de, por exemplo, 5 ou 6 mas que apresente, uma próstata de um volume superior mas sem nódulos no toque rectal e/ou uma idade mais avançada.

Em doentes novos, alguns autores consideram como normal o valor limite de 2,5g/ml.

Como a determinação do PSA não é 100% fidedigna, surgiram outros métodos para melhorar a sensibilidade e especificidade desta análise - ou seja, para diminuir as taxas de “falsos negativos” e “falsos positivos”. Com estes termos habitualmente utilizados pelos médicos queremos dizer que há doentes que têm PSA elevado, mas que não têm um cancro (os “falsos positivos”) mas que, infelizmente, há doentes com um PSA dentro dos limites normais, mas que sofrem de um tumor maligno da próstata (são os “falsos negativos”).

Com o objectivo de diminuir o número de biópsias da próstata desnecessárias (ou seja, para diminuir o número dos “falsos positivos”, doentes que não têm cancro mas que acabavam por ser submetidos à realização de uma biópsia prostática por terem um PSA elevado) mas, por outro lado e sobretudo, para que os doentes que, apesar de

terem um PSA normal têm um cancro da próstata (como vimos, os “falsos negativos”), doentes para os quais a realização de uma biópsia é absolutamente essencial para que o diagnóstico correcto seja efectuado e o tratamento adequado seja instituído, desenvolveram-se outras “ferramentas”, outros parâmetros ou análises, para ajudar os Urologistas a estabelecer a abordagem correcta e a determinar que doentes devem efectuar, desde logo, biópsia da próstata e aqueles em que a atitude mais correcta é a da vigilância, devendo aquela ser protelada até um melhor esclarecimento da situação clínica e da efectiva necessidade deste exame.

Assim, podem ser determinados parâmetros como a densidade do PSA, a velocidade do PSA, o PSA da zona de transição, o PSA em função da idade ou a relação entre o PSA livre e o PSA total (ver capítulos respectivos), que nos ajudam a orientar adequadamente os doentes com suspeita clínica de cancro da próstata.

O cancro da próstata, provoca uma subida importante do PSA, geralmente progressiva e contínua, mas sendo variável a rapidez dessa elevação progressiva.

Apesar de não ser uma análise 100% certa, trata-se do melhor marcador tumoral actualmente disponível.

#### **PSA livre. Relação entre o PSA livre e o PSA total**

Este método merece uma palavra especial, pela sua relevância. Sabe-se que o PSA circula no sangue em parte ligado a proteínas, em parte livre no sangue. Ao primeiro componente chamamos PSA complexado (PSAc), ao segundo PSA livre (PSAI). A soma dos dois corresponde ao PSA total (PSAt), que é o valor determinado na análise de rotina, “banal”, do PSA.

A relação entre o PSA l e o PSA t (PSAI/PSAt, ou PSA Livre/Total) - ou entre o PSAc e o PSAt, que também pode ser utilizada – fornece mais informações em relação ao maior ou menor risco de estarmos em presença de um cancro.

Quanto mais baixa essa relação, maior o risco de cancro. Uma razão (divisão) inferior a 15% (ou 0,15) é francamente mais suspeita da presença de um cancro do que uma relação superior a 20 ou 25% (0,20 ou 0,25).

#### **PSA ajustado à idade (PSA em função da idade)**

Nesta avaliação, adapta-se o valor do PSA à idade do doente (uma vez que se sabe que o PSA aumenta com a idade, tal como o volume, o tamanho da próstata). Um valor de PSA de 2,5ng/ml, por exemplo, pode ser aceitável aos 70 anos, mas não o será aos 40.

Habitualmente, consideram-se normais os seguintes valores de PSA para as diferentes faixas etárias abaixo indicadas:

- até aos 50 anos: até 2,5 ng/ml
- entre os 50 e os 60 anos: até 3,5 ng/ml
- entre os 60 e os 70 anos: até 4,5 ng/ml
- acima de 70 anos: até 6,5 ng/ml

No entanto, se seguíssemos à risca os valores indicados para as diferentes idades e apenas baseássemos a nossa atitude neste parâmetro, seguramente que muitos doentes com cancro da próstata iriam ser incorrectamente (sub-)avaliados, (sub-)diagnosticados e (sub-)tratados. Assim, e tal como em relação aos outros parâmetros a seguir descritos, deverão ser tomados em conta, e em conjunto, os diferentes parâmetros e factores que podemos utilizar e considerar para decidir qual a melhor atitude a ter naquela pessoa, naquele doente em concreto.

### **Densidade de PSA**

Para determinar a densidade do PSA, correlaciona-se o valor do PSA (ou seja, o resultado da análise) com o volume da próstata. Quanto maior a densidade, maior a suspeita da presença de um cancro da próstata.

Em termos práticos, isto quer dizer que, por exemplo, um doente com um valor de PSA de 4,5ng/ml e com uma próstata de 30cc (centímetros cúbicos) tem uma muito maior suspeita e probabilidade de sofrer de um cancro da próstata do que um doente com os mesmos 4,5ng/ml mas com uma próstata de 90 ou 100cc.

### **Velocidade de PSA**

Na determinação da Velocidade do PSA, avaliam-se e comparam-se doseamentos repetidos desta análise, determinando a “velocidade”, o ritmo do aumento do valor do PSA. Até determinados aumentos, essa subida será aceitável. Acima de determinados limites (o valor geralmente referido é o de 0,75ng/ml/ano), a suspeita é maior.

O que é que isto quer dizer? Quer dizer que um doente que apresente, por exemplo, um PSA de 1ng/ml, que após 6 meses esta análise revele um valor de 2ng/ml e que, após um ano, tenha subido para 3ng/ml, apesar de este valor estar dentro dos limites anteriormente considerados “normais”, tem uma maior probabilidade de sofrer de um cancro do que um doente que apresente, por exemplo, um valor de 2,5ng/ml, no ano seguinte apresente um valor de 2,9ng/ml e após mais um ano um PSA de 3,5ng/ml. Ou seja, apesar do valor absoluto do PSA ser superior no segundo doente (3,5 *versus* 3,0), a suspeita de cancro é maior no primeiro caso.

Estes valores, no entanto, foram postos em causa em alguns trabalhos muito recentes e alguns autores afirmaram que, mesmo com aumentos mais reduzidos, poderíamos estar na presença de um tumor maligno.

### **PSA da Zona de Transição**

Este parâmetro é semelhante à densidade do PSA, mas entrando apenas em consideração com o volume de uma determinada zona da próstata (a chamada Zona de transição – ver “Anatomia da Próstata”).

Assim, o valor do PSA é correlacionado não com o volume total da próstata mas sim, apenas, com o volume da zona de transição. Mais uma vez, quanto maior o valor da densidade do PSA, maior a suspeita da presença de um cancro.

### **E Além do PSA? Outros Marcadores**

Dado que o PSA, apesar de ser o melhor de todos os marcadores tumorais actualmente disponíveis, não é perfeito, como já vimos. Por isso, diversas outras substâncias foram estudadas, no sentido de se determinarem outros marcadores que possam substituir ou complementar as informações que o PSA fornece.

Várias análises foram estudadas e muitas delas pareciam, numa fase inicial, ser promissoras. No entanto, a maioria acabou por ser, entretanto, abandonada, porque as expectativas não corresponderam às aparentes vantagens inicialmente apontadas. Actualmente, diversas outras análises estão em estudo como marcadores potencialmente úteis.

#### **PCA3**

Há já alguns anos foi descrito um outro marcador que pode ser utilizado para o diagnóstico do cancro da próstata, conhecido como PCA3 (de Prostate CAncer Gene 3). Ao contrário do PSA, esta é uma análise à urina. Para se efectuar correctamente esta análise, a urina deve ser colhida após “massagem” da próstata, efectuada por toque rectal, pelo médico urologista ou analista. O PCA3 é um marcador que já foi validado em diversos estudos e cuja informação que fornece é útil em determinadas circunstâncias.

Dado ser ainda uma análise muito cara, porque obriga o laboratório que a executa a ter equipamento pesado, muito dispendioso, no momento actual apenas deve ser solicitado em circunstâncias especiais e está a cair em desuso.

### **Outros marcadores**

Como já referido, foram já investigados e estão neste preciso momento em estudo, inúmeras outras análises sanguíneas, urinárias, espermáticas (ao esperma), celulares (às próprias células da próstata ou do sangue periférico), histológicas (a tecidos) e genéticas para tentar encontrar melhores “marcadores” de cancro da próstata, ou seja, análises mais fidedignas para o diagnóstico deste tumor. No entanto, nenhuma ainda se revelou suficientemente útil para utilização na prática clínica diária.

## 11. CANCRO DA PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA)

### O que é o cancro da próstata?

Trata-se de um tumor maligno (“cancro”) da próstata, órgão glandular que se situa logo abaixo da bexiga e que é “atravessada” por um canal por onde passa a urina, designado por uretra.

O cancro da próstata pode ser constituído por diferentes tipos celulares, mas, na esmagadora maioria dos casos, trata-se de um tumor designado por adenocarcinoma. Esta designação está, portanto, relacionada com o tipo de células que constituem o tipo de cancro da próstata mais frequente - e que constitui cerca de 95% de todos os tumores da próstata.

As células que constituem este tumor parecem ter uma origem semelhante às células que constituem a próstata normal (são células de tipo glandular), mas que, em determinada altura, se tornam mais agressivas, multiplicando-se mais (ou “morrendo” menos), aumentando de número de uma forma muito mais rápida do que as restantes células deste órgão.

Muito raramente, em menos de 1% dos casos, pode tratar-se de outro tipo de tumor, com células de outro tipo ou origem. Nestes casos, trata-se geralmente de um carcinoma de pequenas células ou de um sarcoma (ou seja, tumores cujas células têm outras características e outra origem).

### Que tipos de cancro da próstata existem?

Como já referido, a esmagadora maioria dos cancros da próstata são do tipo “adenocarcinoma”, designação que tem a ver com o tipo de células que os constituem. Por isso, para todos os efeitos e em termos práticos, quando se fala de cancro da próstata é a este tipo de tumor (adenocarcinoma) que se está a referir.

Mesmo dentro dos adenocarcinomas da próstata, há tumores da próstata mais agressivos do que outros.

Quanto mais parecidas com as células normais da próstata forem as células do tumor (isto é, quanto mais “bem diferenciadas” forem estas células), menos agressivo será o tumor.

Quanto mais as características das células do tumor forem diferentes, “afastadas”, das características das células normais deste órgão, mais “indiferenciado” será o tumor e, por isso, mais agressivo será o seu comportamento – ou seja, mais rápida e mais grave será a sua evolução.

A diferença de comportamento - ou “agressividade” - dos tumores, pode manifestar-se através de diferentes tendências para o crescimento local do tumor ou para este se disseminar para outros órgãos afastados.

Quer isto dizer que os tumores podem ser considerados mais agressivos porque o seu comportamento é mais invasivo localmente (isto é, apresentam uma tendência para mais rapidamente ultrapassar a próstata e invadir os órgãos que se situam à sua volta, como as vesículas seminais ou a bexiga) ou porque apresentam uma maior tendência para se disseminar para órgãos afastados, ou seja, para originar as chamadas “metástases” à distância (mais frequentemente, e numa fase inicial, para os gânglios linfáticos ou para os ossos).

Existe uma classificação dos tumores da próstata, feita em função das suas características celulares e histológicas (ou seja, do tipo e aspecto das suas células vistas ao microscópio). Esta classificação permite ter uma noção da maior ou menor agressividade de um determinado tumor, num doente específico. Denominada “Classificação de Gleason”, por ter sido descrita pelo médico norte-americano com o mesmo nome, já falecido, especialista em Anatomia Patológica e que estudou milhares de casos de doentes diferentes, esta classificação é a actualmente utilizada.

## Frequência do cancro da próstata

O cancro da próstata é o tumor mais frequente nos homens do mundo ocidental.

Este tumor é ainda a segunda causa de morte oncológica (isto é, causada por cancro), na maioria dos países ocidentais. Nos Estados Unidos da América estimam-se em cerca de 239.000 os novos casos anuais, apontando os números relativos à mortalidade para cerca de 30.000 mortes anuais.

Em Portugal, estima-se em 5000 o número de novos casos anuais, com uma mortalidade aproximada de 2000 doentes por ano.

A idade média no diagnóstico é de 65 anos, raramente sendo este tumor diagnosticado antes dos 50 anos (embora, infelizmente, não seja inédito o diagnóstico ser efectuado em idades mais jovens, por vezes aos 40 anos e mesmo antes).

Em cerca de 15% dos casos existe uma história familiar de cancro da próstata.

Existe um risco acrescido nos homens negros, não se sabendo se por influência genética, ambiental ou ambas (estes dados são obtidos em populações estudadas nos Estados Unidos da América [EUA], pelo que não se tem a certeza se esta afirmação também é válida para outros países).

Dada a sua elevada frequência, qualquer homem pode vir a sofrer de um tumor deste tipo. Estes tumores, mesmo os mais agressivos, podem evoluir sem ter qualquer manifestação clínica, isto é, serem “silenciosos”, até fases muito avançadas da doença. Por isso, é recomendada a realização de uma avaliação anual para excluir a presença deste cancro.

Até há muito pouco tempo – mais precisamente até Maio de 2009 – recomendava-se que todos os homens a partir dos 50 anos fizessem uma avaliação anual da próstata, nomeadamente com determinação do PSA (ver “O que é o PSA?”). Apenas se existisse uma história familiar de cancro da próstata - sobretudo se familiares em primeiro grau, como pai ou irmão e se esse tumor fosse diagnosticado em idades jovens – recomendava-se que essa avaliação se iniciasse a partir dos 45 anos.

No Congresso de 2009 da Associação Americana de Urologia, foram anunciados e posteriormente publicados os novos “*guidelines*” para o cancro da próstata – ou seja, as novas linhas de orientação em relação ao diagnóstico e tratamento este tipo de cancro. Nestes novos *guidelines* recomendava-se que a primeira determinação do PSA deveria ser efectuada aos 40 anos.

Estes *guidelines* são regularmente actualizados para melhor detalhar algumas afirmações ou recomendações e para esclarecer alguns pontos que tenham gerado polémica. Assim, e posteriormente, já em 2013, as novas recomendações indicam que a determinação por rotina do PSA “não é recomendada em doentes com menos de 40 anos”, o que não sendo exactamente o mesmo, na prática tem a mesma consequência, realizar a primeira determinação, em princípio aos 40 anos.

Dizem ainda os mesmos *guidelines* que, para os homens entre os 40 e os 54 anos, as decisões em relação ao doseamento do PSA devem ser individualizadas e discutidas com o doente. Por rotina, deverão ser testados todos os doentes com risco aumentado de cancro da próstata (por exemplo se existe história familiar) mas, para os restantes, as decisões deverão ser discutidas com os doentes. Habitualmente, a correspondência “sensata” desta decisão conjunta traduz-se na avaliação anual por urologista, incluindo, pelo menos, a realização de PSA e de toque rectal.

Para homens entre os 55 e os 69 anos, não há dúvidas sobre a necessidade de avaliação regular por urologista e realização regular de PSA. Nestes mesmos *guidelines* questiona-se o melhor intervalo para realização desta análise, ou seja, qual a frequência mais indicada para a mesma. Sabendo que estas recomendações têm implicações gigantescas em termos de gastos e que nos EUA todos estes gastos são rigorosamente avaliados, ponderados e questionados, percebe-se o cuidado com que estas normas são redigidas e anunciadas. Estas recomendações, feitas para grandes números e para a população em geral, devem ser adoptadas para cada circunstância, cada país e cada pessoa, individual. Assim, as recomendações das associações europeias e, nomeadamente, da portuguesa, que segue as recomendações internacionais, vão no mesmo sentido, isto é, da realização anual do PSA

## Epidemiologia. Frequência do Cancro da Próstata

O cancro da próstata é, como já referido, o tumor maligno mais frequente nos homens do mundo ocidental. Além de ser o tumor mais frequente dos homens, é a segunda causa de morte oncológica em grande parte dos países ocidentais.

Na Europa são em média diagnosticados 650.000 de novos casos por ano, com uma prevalência (isto é, o número de homens afectados por esta doença) de 2,3 milhões de casos.

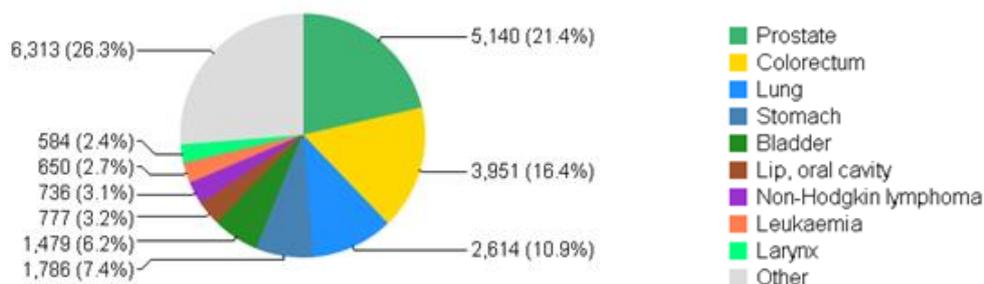
O cancro da próstata é responsável por cerca de um quarto de todos os tumores dos homens europeus e causa 11% das mortes por cancro nos países da União Europeia. Na maioria destes países, tem ocorrido um ligeiro e progressivo aumento da mortalidade por cancro da próstata, desde 1985.

Nos Estados Unidos da América (EUA), estimam-se em cerca de 180.000 os novos casos anuais, apontando os números relativos à mortalidade para cerca de 35.000 a 40.000 mortes anuais. Neste país, é diagnosticado um novo cancro da próstata em cada 3 minutos e a cada 15 minutos morre um homem por este diagnóstico. Um recém-nascido do sexo masculino apresenta, nesse momento, uma probabilidade de cerca de 13 a 14% de vir a desenvolver este tipo de tumor e uma probabilidade de 3% de vir a morrer deste cancro.

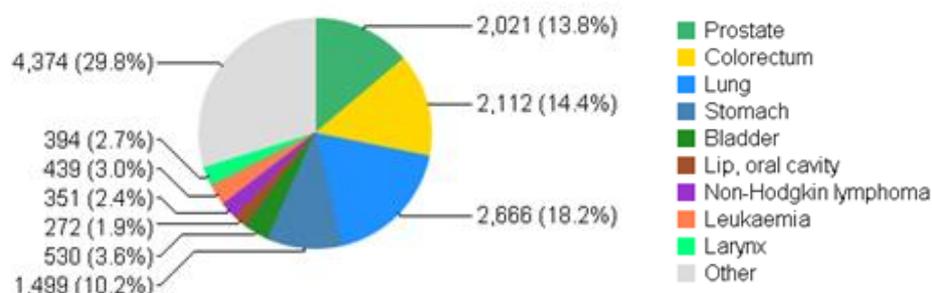
Em Portugal, diagnosticam-se cerca de 5000 de novos casos por ano (21,4% dos cancros diagnosticados), com uma mortalidade aproximada de 2000 homens por ano, o que corresponde a 13,8% de todas as mortes por cancro no nosso país.

No nosso país deverão existir actualmente mais de 110 mil portugueses com cancro da próstata, ou seja, 2,2% da população masculina. Trata-se do segundo cancro em prevalência e em mortalidade nos homens, logo após o cancro do pulmão. Portugal tem ainda uma das maiores taxas de mortalidade devido a cancro da próstata, com valores na ordem das 23,4 mortes anuais por 100 mil habitantes. Estes números estão acima da média europeia, segundo um relatório da OCDE.

Frequência



## Mortalidade



Fonte: Organização Mundial de Saúde  
<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=620>

Os gastos com o cancro da próstata nos Estados Unidos da América são actualmente de 12 mil milhões de dólares anuais (dados de 2010, fonte: <http://www.bloomberg.com/news/2011-01-12/cancer-care-costs-to-rise-as-aging-u-s-population-increases-tumor-count.html>).

Estima-se que o aumento da despesa com o cancro prevista para os próximos anos seja sobretudo devido ao cancro da próstata e da mama, sobretudo devido a dois factores principais: o envelhecimento progressivo da população e a maior taxa de sobrevivência que estes doentes apresentam. Com efeito, cada vez mais estes tumores são diagnosticados – e tratados – em fases precoces. Ou seja, por um lado os tumores são diagnosticados mais cedo, quando ainda são tratáveis (eventualmente, mesmo, curáveis) pela melhoria dos métodos de diagnóstico e pelo facto dos homens estarem cada vez mais alertados e despertados para esta doença. Por outro, com os avanços registados em medicina e especificamente na urologia oncológica, existem novos tratamentos, cada vez mais eficazes e com menos complicações e sequelas. Como consequência destes factos, os doentes sobrevivem mais tempo com a doença do que o que acontecia há ainda poucos anos.

A idade média no diagnóstico é, actualmente, de 65 anos, raramente sendo este tumor diagnosticado antes dos 40 anos. A incidência deste tumor aumenta progressivamente com a idade.

Em países com populações idosas, nomeadamente os países ocidentais mais desenvolvidos, este tumor atinge os 15% de todos os tumores masculinos. Em alguns países, como a Suécia, em que a população tem uma elevada esperança de vida, o cancro da próstata é responsável por cerca de 37% dos novos casos de tumor

diagnosticados em homens. Em contraste, em países em desenvolvimento, esta percentagem pode rondar valores muito mais baixos, em alguns casos apenas de 4%.

Como já referido, parece existir um risco acrescido nos indivíduos de raça negra, não se sabendo se por influência genética, ambiental ou ambas.

Em cerca de 15% dos doentes, existe uma história familiar de cancro da próstata. Aparentemente, vários genes estão envolvidos neste risco acrescido: o mais importante é o HPC-1, relacionado com os casos de história familiar; outros genes implicados foram *p53* e *bcl-2* (biomarcadores de prognóstico), E-caderina, *c-erb-2*, PTEN1 e gene dos receptores de androgénios.

### **Mortalidade por Cancro da Próstata**

O cancro da próstata é, como se viu anteriormente, o tumor maligno mais frequente nos homens do mundo ocidental e a segunda causa de morte oncológica em grande parte destes países.

Na Europa (650.000 de novos casos por ano e prevalência de 2,3 milhões de casos), o cancro da próstata é responsável por cerca de um quarto de todos os tumores dos homens europeus e de 11% das mortes por cancro. A mortalidade tem, ligeira mas progressivamente, aumentado desde 1985.

Nos Estados Unidos da América (180.000 os novos casos anuais), a mortalidade é de cerca de 35.000 a 40.000 mortes anuais. A cada 15 minutos morre um homem por este diagnóstico. Um recém-nascido do sexo masculino apresenta uma probabilidade de 3% de vir a morrer deste cancro.

Em Portugal (5000 de novos casos por ano, isto é, cerca de 21% dos cancros diagnosticados), a mortalidade aproximada é de 2000 homens por ano (cerca de 13% de todas as mortes por cancro), sendo que o nosso país tem uma das maiores taxas de mortalidade europeias devido a cancro da próstata, segundo a OCDE (cerca de 23 mortes/ano por cada 100 mil habitantes).

## Factores de risco para o cancro da próstata

Existem três factores de risco comprovadamente associados ao cancro da próstata: a história familiar, a idade avançada e a origem étnica (mais frequente na raça negra).

O factor de risco primário para o cancro da próstata, o mais importante e comprovado, é a hereditariedade, como já referido.

O risco de desenvolver um cancro da próstata aumenta duas vezes se existe um familiar em 1º grau (pai, irmãos, filhos) com esta doença. Este risco aumenta para cinco a onze vezes se existem dois ou mais familiares em primeiro grau afectados.

Cerca de 9% dos doentes sofrem verdadeiramente de um *cancro da próstata hereditário*: esta doença define-se como um tumor que afecta três ou mais familiares ou pelo menos dois que desenvolvem a doença em idade jovem, isto é, antes dos 55 anos. Existe nestes casos seguramente um factor genético determinante, que pode depois ser condicionado (amplificado ou reduzido) por factores exógenos como o tipo de dieta que o indivíduo pratica, a exposição a poluentes, etc.

Outro factor de risco primário para o cancro da próstata é a idade. Trata-se, indubitavelmente, de um tumor mais frequente nas idades avançadas. Uma explicação possível para este facto tem a ver com os androgénios (ou seja, as hormonas masculinas), nomeadamente a testosterona. Pensa-se que talvez o maior tempo de exposição à testosterona possa contribuir para o maior risco de tumor em homens de idades mais avançadas, em relação aos mais novos.

A raça é também um factor de risco relevante para este tumor. O cancro da próstata é, efectivamente, mais frequente nos indivíduos de raça negra.

Além destes, inúmeros outros factores, foram estudados e muitos foram sugeridos como estando associados a este tipo de tumor. A maioria destes factores, no entanto, foi descartada em estudos posteriores, isto é, não resistiu à comprovação científica, à demonstração (à “evidência”, como actualmente se refere em linguagem médica, ou, mais correctamente, à “prova”) de que aqueles constituíam, efectivamente, factores que provocavam, desencadeavam ou agravavam o cancro da próstata.

Os dados clínicos de múltiplos estudos realizados nesta área parecem sustentar que os factores exógenos que podem ter um impacto relevante no risco de desenvolvimento de cancro da próstata são os seguintes:

- factores dietéticos – os factores dietéticos dividem-se em promotores de cancro da próstata e protectores (diminuindo o risco deste cancro); alguns dos promotores foram já comprovados, o contrário se passando com os protectores. Os factores promotores de cancro da próstata, comprovadamente associados a um risco aumentado de cancro da próstata de cancro, são os seguintes:

- as dietas ricas em gordura (sobretudo se com elevado teor de gordura animal e de gorduras não saturadas);
- dietas ricas em proteínas (sobretudo se animais, resultante da ingestão de carne);
- estas são as dietas mais praticadas nos países ocidentais, onde o cancro da próstata é mais frequente;

**- exposição a metais pesados.**

Outros factores associados ao cancro da próstata:

**- factores dietéticos protectores:**

- o licopeno (substância existente no tomate cozido), alimento que, aparentemente é o mais eficaz protector contra este tipo de cancro;
- dieta rica em frutas e vegetais;
- vitamina E;
- também as vitaminas C e D, o zinco, a ingestão de vegetais e minerais como o selénio e o cálcio foram apontados como tendo efeitos protectores, mas os resultados dos estudos existentes ou não são conclusivos ou contrariam este aparente efeito benéfico (em alguns casos, como no do selénio, foram mesmo descritas intoxicações por este produto, em homens que o ingeriam como forma de protecção contra o cancro da próstata e o envelhecimento, outro alegado efeito deste produto);

**- factores hormonais**

- a testosterona parece promover o crescimento tumoral; em doentes com baixos níveis circulantes de testosterona o risco de cancro da próstata é menor;
- os fitoestrogénios - poderão ter um papel protector;

**- obesidade**

- a obesidade parece aumentar a agressividade do cancro da próstata;

**- medicamentos**

- alguns estudos sugerem que os medicamentos da classe dos “inibidores da 5- $\alpha$  redutase” (finasterida e dutasterida) podem ter um papel protector em relação ao desenvolvimento do cancro da próstata; os mesmos estudos, no entanto, sugerem também que estes fármacos podem promover o desenvolvimento de tumores mais agressivos; este ponto é um dos temas controversos da Urologia actual;

**- outros factores** (reforça-se, sugeridos por alguns estudos, mas nunca comprovados)

- consumo de álcool, outros tipos de alimentos, exposição a raios ultra-violeta, poluição, exposições ocupacionais, por exemplo a fertilizantes ou a produtos tóxicos de combustão (este tumor parece ocorrer com uma frequência ligeiramente superior em bombeiros).

## Prevenção do cancro da Próstata

A prevenção do cancro da próstata é um assunto muito debatido e polémico. Sendo um tumor de crescimento lento, o cancro da próstata é uma doença que propicia a adopção de medidas preventivas para evitar o seu aparecimento e a sua progressão.

Combater e evitar, na medida do possível, os factores de risco para o cancro da próstata (ver “Factores de risco para o cancro da próstata”) e a promoção dos factores que evitam o seu aparecimento são estratégias óbvias para combater este tumor. No entanto, poucos são os factores que comprovadamente promovem ou evitam o cancro deste órgão.

Outro problema adicional é que a adopção de medidas para tentar evitar este cancro só serão eficazes se se prolongarem no tempo, ao longo de muitos anos, pelo que não só se torna difícil cumprir essas medidas como, por outro lado, é difícil termos a certeza de que estas medidas são realmente eficazes na prevenção deste cancro.

No momento actual, há substâncias que parecem evitar o aparecimento do cancro da próstata. O licopeno (produto existente no tomate cozido) é uma das poucas substâncias que aparentemente parece evitar este tumor.

Inúmeros outros produtos e substâncias foram estudados para este fim (como o selénio, o zinco, a vitamina D, etc.), mas os resultados demonstraram que a sua eficácia não é garantida e a sua utilização, em alguns casos, é perigosa, podendo levar a intoxicação por algumas substâncias (por exemplo, o selénio, o zinco e as vitaminas D e E).

Medicamentos que são utilizados para o tratamento da HBP (aumento benigno da próstata), da classe dos chamados “inibidores da 5 $\alpha$ -redutase”, como o finasteride e o dutasteride, foram estudados com este fim e os resultados indicam que reduzem o risco de desenvolver este tipo de tumores. No entanto, a recomendação da sua utilização mais generalizada tem sido refreada pelo facto de, embora tenham surgido menos tumores, os tumores que foram diagnosticados tenham sido, aparentemente, mais agressivos. Estes resultados levantam ainda grande polémica na comunidade urológica internacional, com defensores e opositores da tese de que estes fármacos poderiam ser úteis para diminuir o risco de cancro da próstata.

Um aspecto importante relativamente a esta polémica tem a ver com o facto destes medicamentos terem alguns efeitos secundários importantes e não desprezáveis, nomeadamente da esfera sexual (com diminuição da erecção, diminuição do volume de esperma e diminuição do desejo - líbido).

Evitar dietas ricas em gordura, sobretudo se com elevado teor de gorduras saturadas, e dietas com elevado conteúdo proteico (ou seja, as dietas “ocidentais”, com muitas calorias) e o elevado consumo de carne são medidas que seguramente contribuem para reduzir o risco de aparecimento deste tumor.

## Queixas que o cancro da próstata pode provocar

O cancro da próstata pode provocar exactamente as mesmas queixas (“sintomas”, em linguagem médica) que o aumento benigno deste órgão (HBP), nomeadamente sintomas de esvaziamento, sintomas de enchimento e sintomas pós-miccionais (ver “Queixas provocadas pela HBP”).

No entanto, e ainda mais importante, pode evoluir silenciosamente, sem provocar quaisquer queixas, sem qualquer manifestação. Por isso, é recomendado que se faça uma avaliação regular com o médico urologista, para despistar esta doença mesmo antes de provocar quaisquer sintomas.

Se o tumor já estiver a causar sintomas semelhantes ao aumento benigno da próstata, por exemplo dor ou dificuldades miccionais, é porque, muito provavelmente já estará muito avançado, localmente – e, neste caso, infelizmente, numa fase já não curável, ou seja, em que os tratamentos disponíveis já não poderão curar o cancro e erradicar, ultrapassar definitivamente a doença, mas apenas permitirão controlar os sintomas, minorar o sofrimento e, eventualmente, atrasar a progressão da doença. Diz-se, neste último caso, que os tratamentos são, e apenas, “paliativos”.

Finalmente, o cancro da próstata pode provocar sintomas (queixas) que não estão relacionados com o aparelho genito-urinário, ou seja, têm origem noutros órgãos, longe da próstata. Isto acontece nos casos em que o tumor já se disseminou (“espalhou”) pelo organismo, dando origem a metástases nos ossos ou noutros locais. É ainda relativamente frequente, infelizmente, os doentes não valorizarem em devido tempo as queixas locais da doença e/ou não efectuarem as avaliações e as análises de rotina recomendadas e recorreram ao urologista por apresentarem queixas causadas já pelas metástases. Estas queixas podem, por isso, constituir a primeira forma de manifestação do tumor (“forma de apresentação”, em linguagem médica) e o motivo que leva o doente ao médico pela primeira vez, quer o médico seja ou não urologista (uma vez que, como foi referido, nem sempre estas queixas estão relacionadas com o aparelho genito-urinário).

É fundamental que os doentes tenham a garantia de que a avaliação dos seus sintomas, bem como o tratamento e o posterior seguimento do seu caso, seja efectuada por urologistas com vasta experiência no diagnóstico e no tratamento precoces do cancro deste órgão (bem como na abordagem e tratamento de casos mais avançados), assegurando que o tratamento efectuado se adegue à sua situação clínica específica, cumpra os mais rigorosos *standards* de qualidade e esteja de acordo com os *guidelines* (linhas de orientação) recomendados pela Associação Americana de Urologia e pela Associação Europeia de Urologia.

## **Cancro da Próstata assintomático**

Muito frequentemente o cancro da próstata evolui de uma forma assintomática, totalmente silenciosa. É, por isso, recomendada a realização de uma avaliação anual através do toque rectal e análises, para excluir a presença desta doença, mesmo quando ainda não produz quaisquer sintomas.

O objectivo é realizar um diagnóstico o mais precoce possível, de modo a poder efectuar-se, nos casos em que está recomendado, um tratamento com intuítos curativos, isto é, para tentar curar, debelar a doença. A idade a partir da qual está recomendada esta avaliação é objecto de debate e alguma controvérsia (ver “Frequência, factores de risco e prevenção do cancro da próstata” e “O Diagnóstico precoce e o rastreio”). Até há relativamente pouco tempo, a idade “*standard*” para iniciar esta avaliação era 50 anos (45 anos para os casos em que existisse história familiar relevante da doença). Desde 2009, as recomendações da Associação Americana de Urologia (AUA) vão no sentido de iniciar esta avaliação aos 40 anos, com uma avaliação do PSA “de base”.

## **Sintomas de metastização do cancro da próstata**

Em muitos casos a primeira manifestação do cancro da próstata é já uma complicação grave. Esta doença pode provocar sintomas causados pela invasão local pelo tumor, com dor ou dificuldades miccionais (se o tumor causa este tipo de queixas é porque, muito provavelmente já está muito avançado localmente) ou porque já se disseminou (“espalhou”) pelo organismo, dando origem a metástases nos ossos ou noutros locais.

Os sintomas de cancro metastizado são os sintomas causados pela disseminação do tumor pelo organismo. Podem resultar de alterações do funcionamento dos órgãos atingidos, da “ocupação” de espaço e expansão das metástases nestes órgãos e/ou da compressão de estruturas importantes e sensíveis por estas lesões (por exemplo compressão da medula por metástases ósseas nas vértebras lombares, um dos locais mais frequentes de metástases do cancro da próstata). Podem ainda, finalmente, resultar da libertação de alguns produtos produzidos pelas próprias células do tumor, resultando em sintomas sistémicos (como, entre outros, fraqueza, cansaço ou anemia).

Os sintomas mais frequentes de cancro avançado da próstata são as dores lombares, dores ósseas noutras localizações, emagrecimento, fadiga, fraqueza e cansaço – muitas vezes em consequência de anemia, que é relativamente frequente nestes doentes.

Tardiamente, podem surgir sintomas de compressão da medula vertebral, causados por metástases nas vértebras (geralmente com dor lombar intensa) ou por fracturas ósseas “patológicas”, ou seja, fracturas ósseas que surgem em consequência das metástases ósseas que tornam os ossos mais frágeis. Estas fracturas surgem em localizações pouco habituais, em ossos que habitualmente não “partem” facilmente;

ocorrem, muitas vezes, em consequência de pequenos traumatismos ou mesmo na ausência de qualquer traumatismo.

Podem ainda, embora em casos mais raros, surgir sintomas resultantes de metástases em gânglios linfáticos localizados à distância do tumor ou noutros órgãos, como o cérebro, o fígado ou o pulmão, entre outros.

## Foi-me diagnosticado um Cancro da Próstata! E agora? O que devo fazer?

O cancro da próstata é uma doença que, se diagnosticada precocemente, é tratável e apresenta um prognóstico favorável, com reduzido impacto na qualidade de vida e na sobrevida.

Por isso, é fundamental que o tratamento seja instituído de imediato, seja adequado, de qualidade e efectuado por urologistas com experiência no tratamento deste tipo de tumor - de modo a que o tratamento seja não só o mais eficaz possível, mas também que o risco de efeitos secundários seja o mais reduzido possível.

É importante que o urologista se dedique especificamente às doenças da próstata, tenha tratado um elevado número de doentes com este problema e que tenha acesso a todas as modalidades de tratamento actualmente disponíveis, ou seja, à tecnologia e meios necessários à realização dos diversos tipos de tratamento possíveis.

Além disso, em muitos casos é imprescindível um tratamento multidisciplinar, implicando não só médicos de várias especialidades além da Urologia - como a Radioterapia, Oncologia Médica, Imagiologia ou Anatomia Patológica, mas também outros técnicos de saúde, como Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas ou Enfermeiros. É por isso fundamental que a instituição onde os doentes com cancro da próstata são tratados disponibilize o acesso a profissionais creditados de todas estas áreas. Só assim se pode realizar um tratamento adequado ao caso específico de cada doente.

Esta doença apresenta diferentes *nuances* que devem ser avaliadas e ponderadas, de modo a adequar o tratamento a cada doente. Na altura do diagnóstico, um tumor da próstata pode apresentar-se numa fase ainda localizada ou, pelo contrário, numa fase já mais avançada. O tratamento destas duas formas ou fases da doença é substancialmente diferente. No entanto, além desta diferença do tipo de tratamento em função da fase da doença, existem inúmeros outros aspectos, diferentes *nuances*, que podem tornar uma modalidade de tratamento mais adequada a um determinado doente; a mesma modalidade pode não ser a mais indicada noutro doente, apesar deste poder apresentar uma doença com características aparentemente semelhantes.

Assim, um doente a quem seja diagnosticado um cancro da próstata, na sequência de uma biópsia prostática - ou em que exista a suspeita de padecer deste tumor - deve

procurar um centro e um urologista que reúna as condições referidas. Só assim poderá garantir que o tratamento a realizar é de qualidade e realizado por uma equipa de elementos com experiência adequada ao tratamento desta doença.

Em alguns casos, a doença apresenta-se numa fase mais avançada e, por isso, já sem indicação para realização de um tratamento com intuítos curativos. Nestes casos, já não é possível debelar a doença, eliminar o cancro. No entanto, mesmo nestes casos, em que o objectivo do tratamento é paliativo, existe muito a oferecer a estes doentes, de modo a minorar os sintomas, aliviar as queixas apresentadas e a retardar a progressão do tumor e o aparecimento e agravamento dos sintomas que esta progressão pode acarretar. Ou seja, mesmo nestes casos menos favoráveis, é fundamental ser assistido por elementos com experiência no tratamento destas situações, porque os benefícios obtidos em termos de tempo e qualidade de vida são significativos - e fundamentais para o bem-estar do doente, bem como dos seus familiares.

A eficácia do tratamento, a confiança e a segurança que só médicos com experiência nestes tratamentos e com elevado número de doentes seguidos e tratados asseguram é fundamental - nesta talvez ainda mais do que noutras doenças - para se obterem os melhores resultados possíveis, de acordo com as mais recentes recomendações internacionais (“*guidelines*”) relativas ao diagnóstico e tratamento destas doenças.

Para o tratamento desta doença existem, actualmente, inúmeras modalidades terapêuticas disponíveis. Para um doente que se vê confrontado com este aterrador diagnóstico, como se este facto não fosse já suficientemente dramático, segue-se geralmente um período de dúvidas acerca da solução mais adequada à sua situação. Frequentemente, diferentes médicos emitem diferentes opiniões, as fontes de informação como a internet, livros, artigos, etc. são múltiplas e de cada vez mais fácil acesso (o que é positivo), mas são muitas vezes confusas e contraditórias, levando mesmo a conclusões erradas. A angústia que frequentemente assalta os homens nestas circunstâncias, bem como os respectivos familiares, é, por isso, duplamente penalizante: além da doença grave que foi diagnosticada e que é necessário combater, existe a dúvida adicional acerca do melhor caminho a seguir.

Mais uma vez, e por mais um motivo, se torna necessário recorrer a centros credíveis e a médicos Urologistas com experiência no tratamento desta situação e com acesso a todas as modalidades de tratamento. Só assim se pode garantir que a opinião emitida não é condicionada por factores que não devem ser valorizados.

A opinião emitida poderá ser condicionada, por exemplo, pela disponibilidade, num determinado centro, de apenas algumas das técnicas que se podem utilizar, e não de todas. Este aspecto pode, evidentemente, condicionar a indicação para o tratamento, uma vez que, inevitavelmente, a proposta terapêutica irá depender das técnicas aí existentes.

O “preconceito” que alguns médicos podem ter, pela sua diferente formação, poderá igualmente condicionar a sua opinião: para um Urologista que apenas realize, por

exemplo, cirurgia (e não a Braquiterapia ou a Crioterapia), esta será, provavelmente e à partida, a técnica preconizada para uma determinada situação; para um Radioterapeuta, pela “(de)formação” profissional de base, a Radioterapia será, provavelmente, a técnica indicada como a mais eficaz para essa mesma situação.

migs

## 12. INFLAMAÇÃO DA PRÓSTATA - PROSTATITE

Prostatite quer dizer simplesmente “processo inflamatório da próstata”. Este pode ter diversas causas, infecciosas e não infecciosas.

Ao longo da vida, cerca de 10% dos homens têm pelo menos um episódio de sintomas sugestivos de prostatite.

Trata-se da doença da próstata mais frequente em homens abaixo dos 50 anos, responsável por cerca de 2 milhões de consultas anuais nos Estados Unidos da América e por cerca de 5% das consultas anuais dos urologistas. Habitualmente considerada uma doença dos homens mais novos, entre os 35 e os 50 anos, afecta contudo homens de todas as idades (ao contrário do cancro da próstata e da HBP, que afecta geralmente – embora existam excepções, existindo por exemplo cancros deste órgão diagnosticados em homens mais jovens). Por exemplo, 20% dos homens com HBP sofrem também episódios de prostatite.

Estes episódios podem ser isolados, únicos, transitórios e com sintomas relativamente inocentes. Por vezes, no entanto, uma prostatite pode causar sintomas marcados e mesmo tornar-se uma doença grave, com risco de sépsis, isto é, de infecção generalizada.

Em muitos casos, no entanto, os episódios de prostatite são recorrentes; infelizmente, em alguns destes, os episódios são frequentes; ainda mais raramente, felizmente, as queixas podem persistir quase continuamente ao longo de períodos muito prolongados.

Dos pacientes que referem queixas sugestivas de prostatite crónica, menos de 5% têm evidência de infecção. Apesar da maioria dos casos não serem causados por infecção bacteriana, esta causa tem de ser considerada e excluída.

### Tipos de prostatite – classificação desta doença

As prostatites podem ser classificadas nas seguintes “categorias” (classificação dos National Institutes of Health, ou seja, os Institutos Nacionais de Saúde, dos Estados Unidos da América):

Tipo I	Prostatite bacteriana aguda
Tipo II	Prostatite bacteriana crónica
Tipo IIIA	Prostatite crónica inflamatória/síndrome de dor pélvica (CP/CPPS)
Tipo IIIB	Prostatite crónica não inflamatória/síndrome de dor pélvica
Tipo IV	Prostatite inflamatória assintomática

Para uma correcta caracterização dos tipos de prostatite, segundo esta classificação, os doentes deveriam ser sujeitos à colheita de secreções prostáticas, após massagem prostática. Os resultados da análise dessas secreções e ainda da urina colhida depois

da massagem, ajudam a discriminar os diferentes tipos de prostatite. Na prática clínica nem sempre se efectua este exame.

## Tipo I - Prostatite bacteriana aguda

### Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas de uma prostatite aguda são variáveis, mas esta doença manifesta-se frequentemente por quadros graves com início súbito de febre, arrepios, dor hipogástrica (abaixo do umbigo), perineal (na zona entre os testículos e o ânus) e/ou lombar, ardor miccional, aumento da frequência das micções, quer de dia, quer de noite e diminuição da força e calibre do jacto urinário. Existe muitas vezes uma quebra marcada do estado geral.

A prostatite aguda é geralmente causada por bactérias como *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* sp ou *Pseudomonas aeruginosa* ou seja, as que mais frequentemente provocam infecções urinárias. Em homens sexualmente activos, até aos 35 anos, deve pensar-se na possibilidade de uma infecção por *Neisseria gonorrhoeae*. Em casos raros, a infecção prostática pode ser causada por fungos.

### Exame objectivo

No toque rectal a próstata é geralmente muito dolorosa, edemaciada e quente. A massagem prostática está contra-indicada pelo risco de disseminação da infecção.

Muitos doentes apresentam um quadro séptico sistémico, ou seja, um quadro infeccioso grave, com febre, mau estado geral e prostração, geralmente com dor perineal intensa. Nestes casos, é necessidade de tratamento eficaz, agressivo e que necessita ser instituído com brevidade.

### Exames Complementares

Os doentes com suspeita de prostatite aguda poderão ter de realizar alguns exames complementares. Dependendo situação clínica, e em alguns casos, exames como a urocultura (análise de urina em que se pesquisa a presença de bactérias) para tentar determinar o tipo de microorganismo envolvido ou a ecografia vesical e prostática poderão ser úteis, não só para obtenção de mais elementos para confirmação do diagnóstico, mas também para exclusão de outras patologias que podem simular a prostatite e causar sintomas semelhantes.

### Tratamento

A base do tratamento desta doença são os antibióticos, geralmente administrados por via oral. Em alguns casos mais graves, pode ser necessário o internamento hospitalar, nomeadamente. Os fármacos mais utilizados são do grupo das fluoroquinolonas. O tratamento deve durar menos 4 a 6 semanas.

Além do tratamento com antibióticos, é geralmente necessário associar medicamentos anti-inflamatórios, analgésicos e medicamentos alfa-bloqueantes (ver “Tratamento da HBP”).

Nos doentes com retenção urinária aguda pode ser necessário colocar um cateter através da pele, até à bexiga (cateter designado por cistocatéter) para que a urina seja retirada, seja drenada, do interior da bexiga - uma vez que a algáliação pode ser impossível ou perigosa (pelo risco de disseminação da infecção).

Em alguns casos, raros, pode ser necessário um tratamento cirúrgico, por exemplo para drenagem cirúrgica de um abscesso prostático.

### **Prostatites crónicas (as restantes Tipos, II, IIIA, IIIB, IV)**

O grupo das prostatites crónicas inclui diversos sub-grupos, com causas infecciosas e não infecciosas.

As causas para grande parte das prostatites crónicas são obscuras e estas surgem muitas vezes em consequência de mais do que uma causa, envolvendo múltiplos factores. Entre os que já foram associados a estas entidades, destacam-se, além dos infecciosos, factores químicos, neurológicos, psicológicos, relacionados com disfunções miccionais, com refluxo intra-prostático de urina, alterações musculares (do pavimento pélvico), factores imunológicos, neuroendócrinos e associados a cistite intersticial, entre outros. É, pois, uma doença com causa multifactorial.

#### **Manifestações Clínicas**

Trata-se de doenças francamente perturbadoras da qualidade de vida dos doentes e as queixas podem arrastar-se ao longo de meses ou mesmo anos. Os doentes com prostatites crónicas sofrem de um aumento crónico da frequência das micções, ardor a urinar e sensação de não esvaziamento completo da bexiga (LUTS crónicos geralmente marcados). Por vezes, surgem dores mais intensas abaixo do umbigo e na região perineal. Apresentam queixas sugestivas de “infecções urinárias” de repetição. Em algumas formas de prostatite crónica, no entanto, os doentes são assintomáticos, ou seja, não apresentam quaisquer queixas e são diagnosticados por uma biópsia prostática efectuada geralmente por uma elevação do PSA.

#### **Exame objectivo**

O exame objectivo nos doentes com prostatite crónica é muitas vezes inespecífico e, além da dor à palpação prostática, pode não revelar nenhuma alteração significativa.

## Exames Complementares

À semelhança da prostatite aguda, para os doentes com prostatite crónica pode ser necessário efectuar exames como a urocultura, a cultura do esperma ou do exsudado uretral (exame em que se pesquisam bactérias nestes produtos), exame citológico da urina (em que se pesquisam células na urina, como células de inflamação, células malignas e de outros tipos), ecografia da bexiga e da próstata, mas também exames como a urofluxometria, a determinação do resíduo pós-miccional, o estudo urodinâmico ou uma endoscopia da uretra e da bexiga, exames que são muitas vezes utilizados na investigação da HBP. Estes exames são muitas vezes utilizados para excluir outras doenças e não só para confirmar o diagnóstico de prostatite crónica. A biópsia prostática é um exame frequentemente solicitado porque, muitas vezes, existe um aumento do PSA e é necessário excluir uma doença maligna da próstata.

Um exame clássico para investigação da prostatite é a avaliação dos 4 copos, descrita por Meares e Stamey, autores norte-americanos, em 1968. Neste exame, avalia-se a urina antes e depois de uma massagem prostática, o que pode contribuir para localizar uma eventual infecção do aparelho genito-urinário inferior.

## Tratamento

O tratamento das formas crónicas de prostatite é um verdadeiro desafio até para os mais experientes urologistas. Não existe uma solução única e cada doente necessita de medidas específicas adequadas à sua situação.

Estas formas de doença têm um tratamento por vezes muito difícil, nem sempre com bons resultados e que implica, geralmente, uma medicação prolongada, crónica, com associação de mais de um tipo de fármacos. É muitas vezes necessária a intervenção de médicos de outras especialidades e de outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas ou psicólogos. Em alguns casos, podem ser necessários procedimentos minimamente invasivos ou mesmo cirurgia.

O tratamento assenta nos mesmos fármacos que o tratamento das formas agudas da doença, ou seja, antibióticos, alfa-bloqueantes e anti-inflamatórios. Muitas vezes, no entanto, estes medicamentos não são suficientemente eficazes para controlar e debelar a doença e diversos outros podem ser utilizados: imunomoduladores, relaxantes musculares, do grupo dos inibidores da 5- $\alpha$  redutase (ver tratamento da HBP), anti-androgénios, fitoterapia, anti-depressivos, medicamentos neuromoduladores ou alopurinol.

Além disso, em alguns casos pode ser fundamental a utilização de terapêuticas complementares, como as técnicas de biofeedback, a electrostimulação, a estimulação percutânea de estruturas neurológicas (técnica designada por TENS, ou PTNS) ou a acupunctura. Dada a grave perturbação do bem-estar e da qualidade de vida provocada pela prostatite crónica, muitas vezes é essencial o apoio psicológico especializado destes doentes, com psicólogos com formação específica neste tipo de patologias ou mesmo um apoio psiquiátrico pontual.

Em alguns casos, podem ser necessárias medidas invasivas, desde técnicas minimamente invasivas como as técnicas de laser (tendo também sido descritas a dilatação com balão, utilização de termoterapia, micro-ondas e ondas de radiofrequência) ou as clássicas cirurgias de RTU-P ou TUI-P (ver tratamento da HBP, onde se descrevem estas técnicas).

migs

### 13. BIBLIOGRAFIA

An Illustrated Pocketbook of Prostatic Diseases - Second Edition – R. Kirby – 2005 - Parthenon Publishing

Benign Prostatic Hiperplasia – EAU Update Séries – European Urology Vol. 2 No. 1 – 2004 – pp. 1-40

Chapters 85 to 89 : Campbell-Walsh Urology, 9th ed, 2007 Saunders

Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia - J. de la Rosette, G. Alivizatos, S. Madersbacher, C. Rioja Sanz, J. Nordling, M. Emberton, S. Gravas, M.C. Michel, M. Oelke - European Association of Urology 2009 - [http://www.uroweb.org/fileadmin/tx\\_eauguidelines/2004/Full/BPH\\_2004.pdf](http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2004/Full/BPH_2004.pdf)

Guidelines on Conservative Treatment of Non-neurogenic Male LUTS - M. Oelke , A. Bachmann, A. Descazeaud, M. Emberton, S. Gravas, M.C. Michel, J. N'Dow, J. Nordling, J.J. de la Rosette - European Association of Urology 2010 - <http://www.uroweb.org/?id=218&gid=7>

Management of Benign Prostatic Hyperplasia – K. McVary – 2004 – Humana Press

Natural history of benign prostatic hyperplasia. In Habib, F.K. - The Prostate – New Concepts and Developments – London, Taylor & Francis – 2004 – pp. 1-20

Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia : edited by R. Kirby, J. McConnell, J. Fitzpatrick, C. Roehrborn, M. Wyllie, P. Boyle – 2005 – Informa Healthcare

Tudo o que sempre quis saber sobre a próstata. José Santos Dias, 2015, Ed. Lidel, Lisboa

Urologia Fundamental. José Santos Dias et col., 2015, Ed. Lidel, Lisboa

What's hot and what's not – the medical management of BPH. In Kirby, S.R. and O'Leary M.P., Hot Topics in Urology. Philadelphia, London: Saunders. – 2004 pp. 183-194

## 14. CV DO AUTOR

Especialista em Urologia desde 2001.

Fellow do European Board of Urology desde 2001.

CEO e Director Clínico do Instituto da Próstata e Incontinência Urinária. Assistente Hospitalar Graduado do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pós-graduações em Laser Médico pela European Laser Association (1997) e Medicina Sexual (2005).

Autor de 29 *Posters*, 109 Comunicações Orais, 10 Vídeos, 63 Artigos Científicos publicados em revistas nacionais e internacionais e de cinco livros: *A Urologia em 10 minutos*; *Urologia Fundamental na Prática Clínica*; *Urologia – Casos Clínicos*; *Tudo o que sempre quis saber sobre a próstata* e *Protocolos de Urgência em Urologia*.

Durante a sua carreira recebeu 19 prémios ou bolsas.

Membro de 5 Sociedades ou Associações Médicas Nacionais e 6 Internacionais, entre as quais a American Association of Urology, a European Association of Urology, a Endourological Society, a Society of Urologic Robotic Surgery, a Society for Engineering and Urology e a Société Internationale d'Urologie.

É actualmente Editor adjunto da *Acta Urológica*, revista oficial da Associação Portuguesa de Urologia. Coordenador do Grupo de Estudo da Litíase desta associação. Membro do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos.

Membro das Comissões Organizadoras de 51 Congressos e Reuniões Médicas.

Áreas de interesse e sub-especialização: laparoscopia urológica, oncologia urológica, cirurgia minimamente invasiva, incluindo braquiterapia e crioterapia para o tratamento do cancro da próstata, terapêutica laser para a HBP, crioterapia para cancro do rim e endo-urologia, tendo para tal realizado estágios de formação pós-graduada em França, Suíça, Espanha, Alemanha, Holanda e Estados Unidos da América.