

17 DE NOVEMBRO — SÁBADO

SESSÃO TELEVOTER UROLOGIA

TOMÉ LOPES
PALMA DOS REIS

LUTS

(Lower Urinary Tract Symptoms)

Obstrutivos (Esvaziamento)



Hesitação inicial
Jacto fraco, fino, Intermitente...
Esforço abdominal
Retenção e incontinência de regurgitação
Sensação de micção incompleta

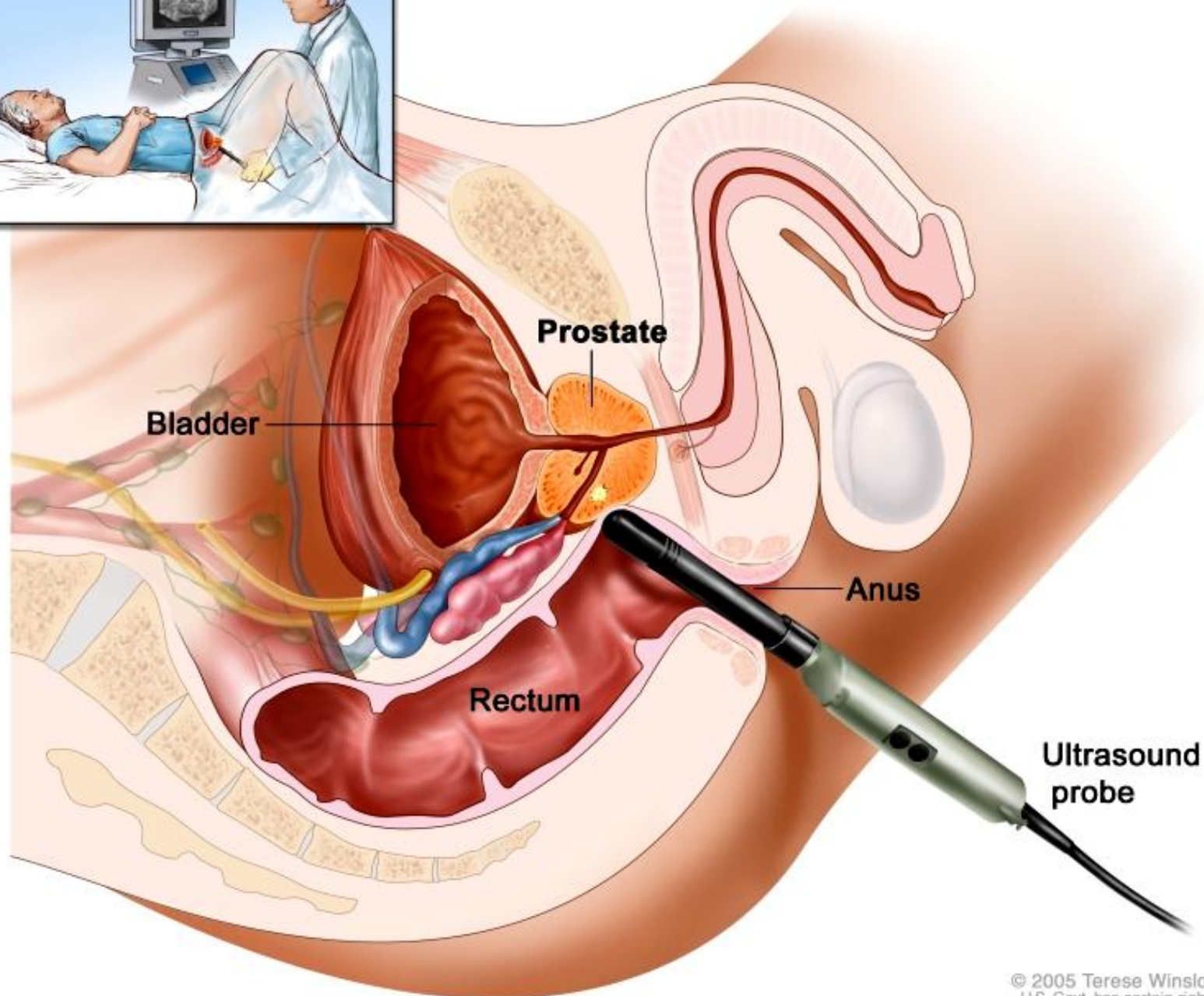
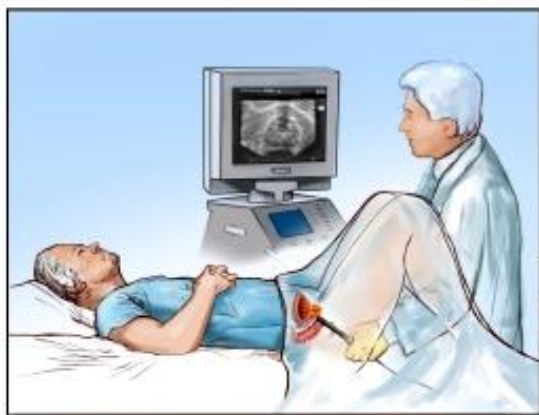
Irritativos (Armazenamento)



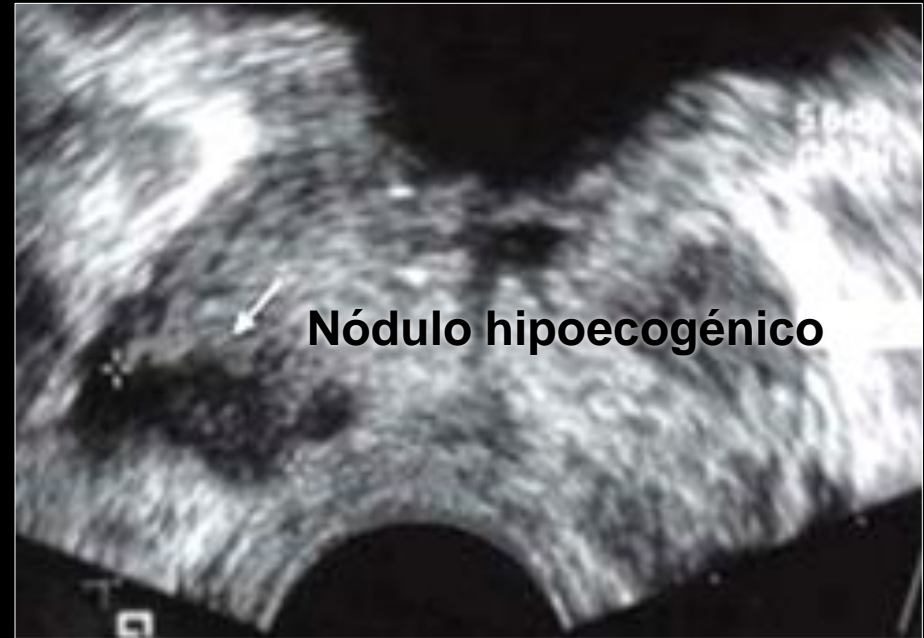
Noctúria
Polaquiúria diurna
Disúria
Imperiosidade miccional
Urgência/ Incontinência
Dôr suprapúbica
Pequeno volume miccional







Ecografia por via transrectal



Ecografia por via supra-púbica



LUTS e Hipertrofia Benigna da Próstata

Terapêutica Farmacológica

Alfa-bloqueantes

- Alfuzoína
- Doxazosina
- Tamsulosina
- Silodosina

Inibidores da 5 α -redutase

- Dutasteride
- Finasteride

Classificação das prostatites - NIH Classification System

Categoria	Sintomas
Prostatite aguda bacteriana	Associada a sintomatologia grave de prostatite, infecção sistémica e infecção urinária aguda bacteriana
Prostatite bacteriana crónica	Causada por infecção bacteriana crónica da próstata com ou sem sintomas de prostatite e, habitualmente, com infecções urinárias recorrentes causadas pelo mesma estirpe bacteriana
Síndrome de dor pélvica crónica	Caracterizado por dor pélvica crónica e sintomatologia durante a micção na ausência de infecção urinária
Prostatite inflamatória assintomática	Caracterizada por evidência de inflamação prostática na ausência de sintomatologia geniturinária (achado)

Prostatite - Etiologia

Agente gram-negativo – 80 % dos casos

Escherichia coli - principal agente

Enterobacter, Serratia, Pseudomonas, Enterococcus, e Proteus

Agentes causadores de doenças sexualmente em homens sexualmente activos ≤ 35 anos:

Chlamydia, Neisseria, Trichomonas, e Ureaplasma

Raramente

Staphylococcus e streptococcus

Treatment Regimens for Chronic Bacterial Prostatitis and the Chronic Pelvic Pain Syndrome.

Table 2. Treatment Regimens for Chronic Bacterial Prostatitis and the Chronic Pelvic Pain Syndrome.*

Condition	Medication	Dose	Adverse Effect
Chronic bacterial prostatitis	Antimicrobial agents		
	Fluoroquinolones	500 mg daily for 4 wk	Common: dizziness, restlessness, headache, diarrhea, nausea, rash Rare: convulsion, psychosis, severe hypersensitivity, tendon rupture
	Ciprofloxacin (Cipro, Bayer) [†] Levofloxacin (Levaquin, Ortho-McNeil) [†]		
Chronic pelvic pain syndrome	Trimethoprim-sulfamethoxazole	160/800 mg twice daily for 4 wk	Common: anorexia, nausea, vomiting, rash, urticaria Rare: blood dyscrasias, hypersensitivity or photosensitivity, hepatic necrosis
	Alpha-blockers		Common: rhinitis, fatigue
	Alfuzosin (Uroxatral, Sanofi-Aventis)	10 mg twice daily for 12 wk	Rare: decrease in blood pressure, headache Contraindication: moderate hepatic insufficiency or with cytochrome P-450 3A4 inhibitors
	Doxazosin (Cardura, Pfizer)	Dose escalation from 1 to 4 mg, then effective dose daily for 12 wk	Common: decrease in blood pressure, headache
	Tamsulosin (Flomax, Boehringer Ingelheim)	0.4 mg once daily for 12 wk	Common: decreased ejaculate volume, headache Rare: absent ejaculate, decrease in blood pressure
	Terazosin (Hytrin, Abbott)	Dose escalation from 1 to 5 mg, then effective dose daily for 12 wk	Common: dizziness, decrease in blood pressure, headache

* There are no published clinical guidelines for the treatment of prostatitis or pelvic pain syndrome with antimicrobial agents or alpha-blockers. Examples of the drug classes are not comprehensive. Not all agents listed are approved by the Food and Drug Administration (FDA) for the treatment of prostatitis.

[†] This medication is approved by the FDA for this indication.



Prostatite - Classificação

Categoria I	Prostatite bacteriana aguda
Categoria II	Prostatite bacteriana crônica
Categoria III	Prostatite crônica não-bacteriana Síndrome de dôr pélvica crônica Desconforto ou dor na região pélvica com sintomatologia miccional ou sexual variável sem infecção demonstrável
IIIA	Síndrome de dôr pélvica crônica inflamatória Leucocitos no sémen e/ou secreções prostáticas
IIIB	Síndrome de dôr pélvica crônica não inflamatória Sem leucocitos no sémen ou secreções prostáticas
Categoria IV	Prostatite inflamatória assintomática Evidência de inflamação em biópsia, sémen ou secreções prostáticas, na ausência de sintomas



Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up

Fritz H. Schröder, M.D., Jonas Hugosson, M.D., Monique J. Roobol, Ph.D., Teuvo L.J. Tammela, M.D., Stefano Ciatto, M.D., Vera Nelen, M.D., Maciej Kwiatkowski, M.D., Marcos Lujan, M.D., Hans Lilja, M.D., Marco Zappa, Ph.D., Louis J. Denis, M.D., Franz Recker, M.D., Alvaro Páez, M.D., Liisa Mänttinen, Ph.D., Chris H. Bangma, M.D., Gunnar Aus, M.D., Sigrid Carlsson, M.D., Arnaud Villers, M.D., Xavier Rebillard, M.D., Theodorus van der Kwast, M.D., Paula M. Kujala, M.D., Bert G. Blijenberg, Ph.D., Ulf-Hakan Stenman, M.D., Andreas Huber, M.D., Kimmo Taari, M.D., Matti Hakama, Ph.D., Sue M. Moss, Ph.D., Harry J. de Koning, M.D., and Anssi Auvinen, M.D., for the ESRPC Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

Several trials evaluating the effect of prostate-specific antigen (PSA) testing on prostate-cancer mortality have shown conflicting results. We updated prostate-cancer mortality in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer with 2 additional years of follow-up.

METHODS

The study involved 182,160 men between the ages of 50 and 74 years at entry, with a predefined core age group of 162,388 men 55 to 69 years of age. The trial was conducted in eight European countries. Men who were randomly assigned to the screening group were offered PSA-based screening, whereas those in the control group were not offered such screening. The primary outcome was mortality from prostate cancer.

RESULTS

After a median follow-up of 11 years in the core age group, the relative reduction in the risk of death from prostate cancer in the screening group was 21% (rate ratio, 0.79; 95% confidence interval [CI], 0.68 to 0.91; $P=0.001$), and 29% after adjustment for noncompliance. The absolute reduction in mortality in the screening group was 0.10 deaths per 1000 person-years or 1.07 deaths per 1000 men who underwent randomization. The rate ratio for death from prostate cancer during follow-up years 10 and 11 was 0.62 (95% CI, 0.45 to 0.85; $P=0.003$). To prevent one death from prostate cancer at 11 years of follow-up, 1055 men would need to be invited for screening and 37 cancers would need to be detected. There was no significant between-group difference in all-cause mortality.

CONCLUSIONS

Analyses after 2 additional years of follow-up consolidated our previous finding that PSA-based screening significantly reduced mortality from prostate cancer but did not affect all-cause mortality. (Current Controlled Trials number, ISRCTN49127736.)

The authors' affiliations are listed in the Appendix. Address reprint requests to Dr. Schröder at the Department of Urology, Erasmus University Medical Center, NH-224, Rochussenstraat 125, Rotterdam 3000 CA, the Netherlands, or at seccr.schroder@erasmusmc.nl.

*Investigators in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) are listed in the Supplementary Appendix, available at nejm.org.

This article (10.1056/NEJMoa1113135) was updated on March 15, 2012.

N Engl J Med 2012;366:981-90.

Copyright © 2012 Massachusetts Medical Society.

162.388
(55-69 anos, média de 60.8 anos)

Rastreio 72.892

Diagnóstico de Cancro da próstata

6963 (9.6%)
6043 – diagnóstico até ao 9º ano
920 – diagnóstico depois do 9ª ano

Mortalidade

Global – 13.917
299 – Cancro da próstata
188 – Morte até ao 9º ano
110 – Morte depois do 9º ano

Controlo 89.352

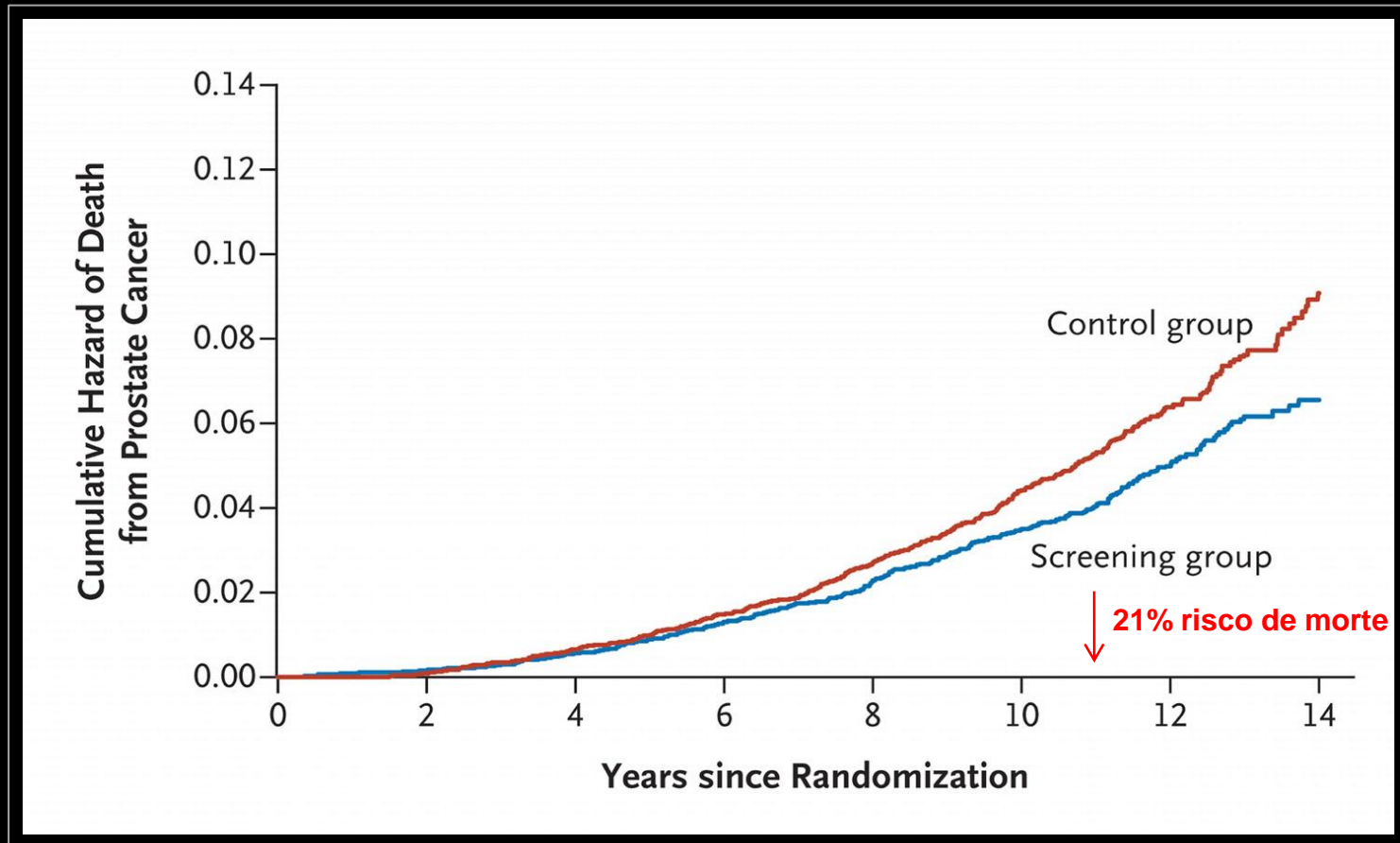
Diagnóstico de Cancro da próstata

5398 (6.0%)
4044 – diagnóstico até ao 9º ano
1352 – diagnóstico depois do 9ª ano

Mortalidade

Global – 17256
462 – Cancro da próstata
274 – Morte até ao 9º ano
188 – Morte depois do 9º ano

Risco de morte por cancro da próstata em homens com idades compreendidas entre 55 e 69 anos



162.388 homens seguidos durante 11 anos

- **136.689 determinações do PSA**
- **2.27 análises por indivíduo**
- **16.6% dos testes foram positivos (PSA>3.0 ng)**
- **85.9% dos homens com teste positivo fizeram biópsia**
- **6963 cancros da próstata foram diagnosticados no grupo rastreado**
- **Mortalidade por 1000 indivíduos-ano:**
 - **9.66 casos no grupo de avaliação (299 no total)**
 - **5.95 casos no grupo de controlo (462 no total)**

Quanto custa prevenir uma morte por cancro da próstata num follow-up de 11 anos?

- **936 homens terão que fazer o rastreio de 4/4 anos durante 11 anos para se prevenir uma morte.**
- **33 cancros terão que ser detectados ao longo de 11 anos para se prevenir uma morte.**

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura George

digitaly signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: cn=Francisco Henrique
Moura George, ou=Direção-Geral da
Saúde, ou=Ministério da Saúde,
date=2011.12.29 17:05:11 Z

111
anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



NÚMERO: 060/2011

DATA: 29/12/2011

ASSUNTO: Prescrição e determinação do Antígeno Específico da Próstata - PSA
PALAVRAS-CHAVE: Antígeno Específico da Próstata, PSA total, PSA livre
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do seu Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. A determinação do antígeno específico da próstata (PSA) não deve ser prescrita para rastreio populacional de carcinoma da próstata ^{1,2} (Nível de evidência B, Grau de recomendação II).
2. A indicação *major* para prescrição da determinação do PSA é na monitorização de doentes com carcinoma da próstata após tratamento ³ (Nível de evidência A, Grau de recomendação I).
3. Na monitorização do carcinoma da próstata após terapêutica com intuito curativo (prostatectomia radical, radioterapia externa, braquiterapia ou outras), está recomendada a prescrição da determinação do PSA, de acordo com o seguinte protocolo ^{1,4} (Nível de evidência B, Grau de recomendação II):
 - a) determinações trimestrais, no primeiro ano pós tratamento;
 - b) determinações semestrais após o primeiro ano, até aos cinco anos;
 - c) uma determinação anual, após os cinco anos.
4. A determinação do PSA não deve ser prescrita em doentes com estágio avançado da doença, hormono-refractária ⁵ (Nível de evidência D, Grau de recomendação IV).
5. A determinação do PSA não deve ser prescrita a homens com 75 ou mais anos de idade (Grau de recomendação: I/A) ^{1,2,5}.
6. É consensual a recomendação da prescrição da determinação do PSA, juntamente com a palpação da próstata, a homens entre os 40 ^{6,7} e os 75 anos, desde que os riscos e benefícios sejam previamente informados e discutidos com o doente ^{1, 8,9} (Nível de evidência A, Grau de recomendação I).
7. A determinação da relação PSA Livre/Total deve ser prescrita quando o resultado do PSA Total se encontra entre 4 e 10 ng/mL e a palpação prostática é negativa ¹⁰ (Nível de evidência A, Grau de recomendação II).
8. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se no Anexo I.
9. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

