



## CAROS LEITORES

### Fernando J. Kim, MD, MBA, FACS

Chief Emeritus, Denver Health Medical Center  
Professor of Surgery/Urology, U Colorado Denver  
Editor-in-Chief AUA News in Portuguese  
Associate Editor of Patient Safety in Surgery Journal.

Temos o prazer de anunciar o próximo Congresso Anual da AUA em Chicago, que promete ser um evento como nenhum outro. O encontro deste ano apresentará um empolgante programa científico que mostra os mais recentes desen-

volvimentos e pesquisas em oncologia genito-urinária, reconstrução, pediatria, endourologia, saúde do homem, novas tecnologias e questões importantes em diversidade, igualdade e inclusão.

A Reunião Anual da AUA é sempre um evento ansiosamente aguardado por urologistas de todo o mundo, e o programa deste ano promete ser um dos mais emocionantes até agora. Com uma programação de palestrantes e apresentadores ilustres, os participantes terão a oportunidade de ouvir sobre os últimos avanços e pesquisas de ponta em vários campos.

Um dos destaques do encontro serão as sessões focadas em oncologia genito-rinária, que abordarão uma ampla gama de tópicos, incluindo os últimos avanços em diagnóstico, tratamento e prevenção de câncer de próstata, bexiga, rim e testículo. As sessões sobre reconstrução apresentarão discussões sobre novas técnicas e abordagens para melhorar

os resultados em pacientes com reconstrução do trato urinário, bem como os últimos desenvolvimentos no tratamento da disfunção erétil.

A reunião também contará com sessões importantes sobre urologia pediátrica, com apresentações sobre os últimos avanços no diagnóstico e tratamento de condições urológicas pediátricas. Além disso, os participantes terão a oportunidade de aprender sobre novas tecnologias, incluindo cirurgia robótica e outras abordagens inovadoras para cuidados urológicos.

A BPUP, Brazilian Portuguese Urology Program, terá um programa abrangente com importantes moderadores Brasileiros que irão abordar importantes discussões sobre diferenças de soluções e práticas clínicas em relação a certos problemas urológicos.

O presidente da SBU, Dr. Alfredo Canalini será homenageado pela colaboração próxima com a AUA, e o Dr. Luciano A. Favorito irá apre-

sentar a importância do Internacional Brazilian Journal of Urology.

Por fim, a Reunião Anual da AUA discutirá questões importantes sobre diversidade, igualdade e inclusão, com foco na melhoria do acesso aos cuidados e na promoção da diversidade na força de trabalho urológica. Essa será uma discussão crucial, pois trabalhamos para abordar as disparidades que existem na área da saúde e garantir que todos os pacientes recebam o melhor atendimento possível.

Em conclusão, a Reunião Anual da AUA em Chicago promete ser um evento emocionante e informativo que nenhum urologista deve perder. Com uma ampla gama de tópicos e apresentadores ilustres, os participantes terão a oportunidade de conhecer os últimos desenvolvimentos e avanços da urologia, bem como participar de importantes discussões sobre diversidade, igualdade e inclusão. Estamos ansiosos para vê-lo lá! ■

## AUA News

Volume 5 | Issue 1  
PORTUGUESE EDITION

### CORPO EDITORIAL

Fernando J. Kim, MD, MBA, FACS

### EDITOR CHEFE DA AUANEWS EM PORTUGUÊS.

Drs. Sebastiao J. Westphal, Antonio Lima Pompeo, Alfredo Canalini, Luis Otavio Torres, Luciano Favorito

### COORDENADOR DA TRADUÇÃO

Dr. Marcelo Wroclawski

### CORPO DE TRADUTORES

Alexandre Pompeo, Daniel Zylbersztejn, Deusdedit Vieira Silva Neto, Fábio Sepúlveda, Fabio Vicentini, Felipe de Almeida Paula, Felipe Placco Araujo Glina, Filemon Casafus, Flavio Lobo Heldwein, Fransber Rondinelli, Gustavo Franco Carvalhal, Limírio Moreira da Fonseca, Luis César Zaccaro, Luis Rios, Marcelo Wroclawski, Marcio Averbeck, Márcio Covas Moschovas, Paulo Jaworsky, Pedro Nicolau G abrich, Rafael Mourato, Regina Pacis Nogueira, Rodrigo Krebs, Silvio Almeida, Ubirajara Barroso Jr., Wilson Busato Jr

### COORDENADOR DE MÍDIA DIGITAL

Dr. Roni de C. Fernandes

### EMPRESA LICENCIADA NO BRASIL

Levitatur Viagens

### CEO

Terlange Souza

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Alexandre Sanches

## Definindo o sucesso após a uretroplastia anterior: destacando a necessidade de uma definição universal

Katherine T. Anderson, MD\*

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Sean P. Elliott, MD, MS\*

Universidade de Minnesota, Minneapolis

Traduzido por: Dr. Rodrigo Krebs

\* Com a Rede de Cirurgões de Trauma e Reconstrução Urológica.

Não há consenso sobre como definir uma uretroplastia bem-sucedida. O objetivo dos urologistas reconstrutores acadêmicos é ser objetivo e orientado por dados na abordagem da estenose de uretra. No entanto, esse esforço por mais

objetividade pode ser contrário ao cuidado centrado no paciente. No passado, a uretroplastia era considerada um sucesso se o paciente nunca precisasse de retratamento de sua estenose.<sup>1</sup> As limitações dessa definição incluem (1) não contabilizar pacientes que não podem pagar mais pelos cuidados ou procurar atendimento de acompanhamento em outro lugar e (2) cirurgões com diferentes limiares para reoperação. Devido ao desejo de aumentar o rigor acadêmico de nossa definição de sucesso após a uretroplastia, houve um movimen-

to em direção ao uso de definições alternativas e objetivas de sucesso. Estes incluem a presença de uma forte força de jato, ausência de recorrência na cistoscopia e ausência de sintomas miccionais em questionários validados.<sup>2</sup> Infelizmente, essa variedade de desfechos relatados na literatura dificulta a comparação das taxas de sucesso entre os estudos.

Portanto, precisamos chegar a um acordo universal sobre quais resultados usar para definir o sucesso

→ Continua na página 2

## DEFININDO O SUCESSO APÓS A URETROPLASTIA ANTERIOR

→ Continua na página 1

após a uretroplastia. Até que o façamos, lutaremos para progredir no campo da gestão de restrições. Em nosso estudo, procuramos avaliar o sucesso da uretroplastia anterior com base em diferentes definições de sucesso em uma única coorte. Usando o banco de dados multi-institucional do “Trauma and Urologic Reconstructive Network of Surgeons”, avaliamos o sucesso com base em 5 definições separadas de falha de uretroplastia. Estes incluíram: (1) recebimento de retratamento de estenose, (2) recorrência anatômica na cistoscopia flexível, (3) taxa de fluxo máximo de <15 mL/s, (4) recorrência sintomática usando questionários validados e (5) falha em qualquer uma das definições acima. Esses grupos são referidos como “retratamento”, “cistoscopia”, “urofluxo”, “questionário” e “qualquer falha”. Incluímos 712 homens em nossa análise que haviam sido submetidos a uma uretroplastia anterior em estágio único pela primeira vez e completaram todo o acompanhamento recomendado. Descobrimos que o sucesso após a uretroplastia mudou drasticamente simplesmente mudando a forma como o sucesso é definido. Especificamente, as probabilidades de sucesso estimadas em 1 e 5 anos, da mais alta para a mais baixa, foram 94% e 75% para retratamento, 88% e 71% para cistoscopia, 84% e 58% para urofluxometria, 67% e 37% para questionário e 57% e 23% para qualquer falha ( $P < 0,001$ ; ver Figura).

Nossos dados mostram uma variabilidade acentuada nas taxas de sucesso com base na medida de resultado usada, e isso representa o problema que enfrentamos ao comparar os resultados entre os estudos na literatura. Isso levanta a questão de saber se há mérito em desenvolver uma definição baseada em pesquisa de sucesso após uretroplastia. Isso pode ser comparado à definição da ‘American Society for Radiation Oncology’ para recorrência bioquímica após radioterapia para câncer de próstata, que não pretende ser um valor limite para o início do tratamento. Em vez disso, é uma definição de pesquisa para padronizar ensaios clínicos.<sup>3</sup> Da mesma forma, uma definição

baseada em pesquisa de sucesso da uretroplastia pode ser diferente do sucesso clínico, mas é essencial para ensaios clínicos e comparações multi-institucionais.

Usar a definição de “retratamento” após a uretroplastia seria um resultado centrado no paciente porque não requer testes invasivos ou acompanhamento oneroso. No entanto, as limitações dessa definição (conforme declarado anteriormente) e a falta de objetividade a tornam uma medida de resultado abaixo do ideal como uma definição de sucesso baseada em pesquisa. Por outro lado, a “cistoscopia” é uma excelente opção para uma definição de sucesso objetiva, reproduzível e baseada em pesquisa. No entanto, não é uma boa ferramenta para medir o sucesso clínico porque é caro, invasivo e apenas 50% a 65% dos homens aderem a cistoscopia pós-operatória.<sup>4,5</sup>

Além disso, a cistoscopia tende a superestimar as falhas, pois 35% a 42% dos homens com recorrência anatômica na cistoscopia são assintomáticos.<sup>4,6,7</sup> Como tal, a cistoscopia pode não ser ideal para uma definição de sucesso clínica ou baseada em pesquisa. A urofluxometria é rápida, barata e não invasiva, além de fornecer dados objetivos no pós-operatório. Este teste pode, no entanto, ser confundido por disfunção da bexiga, aumento da próstata, inflamação uretral e volume da bexiga.<sup>8,9</sup> Por fim, os “questionários” representam a medida mais centrada no paciente para definir uma uretroplastia bem-sucedida. No entanto, como mencionado anteriormente, os homens podem desenvolver uma recorrência assintomática que passaria despercebida usando questionários baseados em sintomas. Além disso, os homens podem relatar fluxo fraco não atribuível a uma recorrência de estenose, o que é sugerido por nossos dados mostrando que as taxas de sucesso por questionários foram menores do que a cistoscopia em 1 e 5 anos.

Este estudo não teve a intenção de ditar qual deveria ser a definição de sucesso após uretroplastia. Nosso objetivo era fornecer uma comparação justa das taxas de sucesso

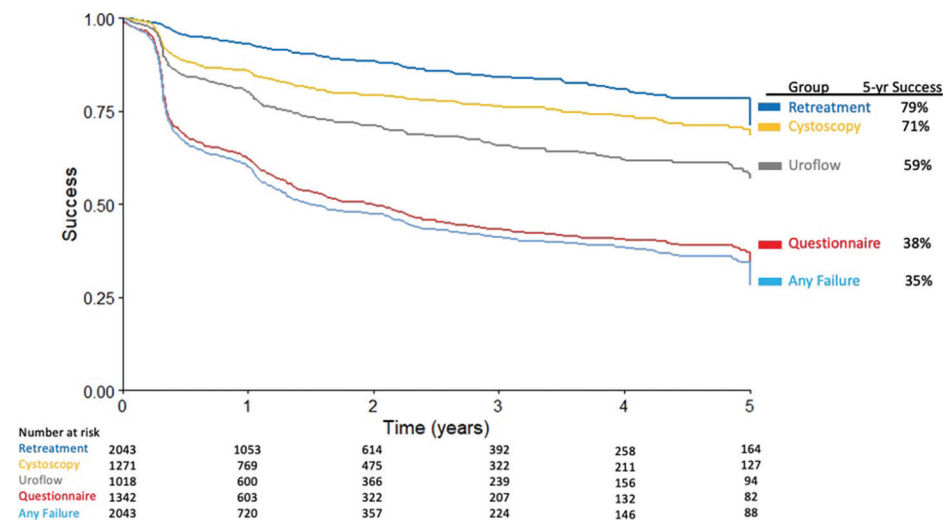


Figura. Estimativas de sucesso de Kaplan-Meier após uretroplastia usando 5 definições separadas de sucesso.

“Como um grupo, os urologistas podem escolher um ou vários desses resultados para ser a definição clínica universal e/ou baseada em pesquisa de uretroplastia bem-sucedida no futuro. Essa linguagem comum certamente promoveria comparações multi-institucionais e meta-análises com o objetivo de otimizar o tratamento da estenose uretral.”

em um único grupo de homens usando as definições atualmente disponíveis. Como um grupo, os urologistas podem escolher um ou vários desses resultados para ser a definição clínica universal e/ou baseada em pesquisa de uretroplastia bem-sucedida no futuro. Essa linguagem comum certamente promoveria comparações multi-institucionais e meta-análises com

o objetivo de otimizar o gerenciamento da estenose uretral.

## Agradecimentos

Este estudo e a Figura incluída estão publicados em sua versão original no *The Journal of Urology*.<sup>10</sup> ■

1. Meeks JJ, Erickson BA, Granieri MA, Gonzalez CM. Stricture recurrence after urethroplasty: a systematic review. *J Urol.* 2009;182(4):1266-1270.
2. Chapple C, Andrich D, Atala A, et al. SIU/ICUD consultation on urethral strictures: the management of anterior urethral stricture disease using substitution urethroplasty. *Urology.* 2014;83(3):S31-S47.
3. Cookson MS, Aus G, Burnett AL, et al. Variation in the definition of biochemical recurrence in patients treated for localized prostate cancer: the American Urological Association Prostate Cancer Guidelines for Localized Prostate Cancer Update Panel report and recommendations for a standard in the reporting of surgical outcomes. *J Urol.* 2007;177(2):540-545.
4. Erickson BA, Elliott SP, Voelzke BB, et al. Multi-institutional 1-year bulbar urethroplasty outcomes using a standardized prospective cystoscopic follow-up protocol. *Urology.* 2014;84(1):213-217.
5. Patino G, Cohen AJ, Vanni AJ, et al. Urethrogram: does postoperative contrast extravasation portend stricture recurrence?. *Urology.* 2020;145:262-268.
6. Abouassaly R, Angermeier KW. Augmented anastomotic urethroplasty. *J Urol.* 2007;177(6):2211-2216.
7. Baradaran N, Fergus KB, Moses RA, et al. Clinical significance of cystoscopic urethral stricture recurrence after anterior urethroplasty: a multi-institution analysis from Trauma and Urologic Reconstructive Network of Surgeons (TURNS). *World J Urol.* 2019;37(12):2763-2768.
8. Eryıldırım B, Tarhan F, Kuyumcuoğlu U, Erbay E, Pembegül N. Position-related changes in uroflowmetric parameters in healthy young men. *Neurourol Urodyn.* 2006;25(3):249-251.
9. Karl C, Gerlach R, Hannappel J, Lehnen H. Uroflow measurements: their information yield in a long-term investigation of pre- and postoperative measurements. *Urol Int.* 1986;41(4):270-275.
10. Anderson KT, Vanni AJ, Erickson BA, et al. Defining success after anterior urethroplasty: an argument for a universal definition and surveillance protocol. *J Urol.* 2022;208(1):135-143.



## JU INSIGHT

# Sensibilidades alimentares em uma coorte nacional diversa de veteranos com cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa

Aubrey Jarman, BS, RD

Veterans Affairs Health Care System, Durham, North Carolina Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California

Jessica L. Janes, MA

Veterans Affairs Health Care System, Durham, North Carolina

Barbara Shorter, PhD, RD

Long Island University, Brookville, New York

Robert Moldwin, MD

The Arthur Smith Institute for Urology, Zucker School of Medicine at Hofstra-Northwell, Lake Success, New York

Amanda M. De Hoedt, MS

Veterans Affairs Health Care System, Durham, North Carolina

Kamil E. Barbour, PhD, MPH, MS

Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

Jayoung Kim, PhD

Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California

Stephen J. Freedland, MD

Veterans Affairs Health Care System, Durham, North Carolina Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California

Jennifer T. Anger, MD, MPH

UC San Diego, La Jolla, California

Jarman A, Janes JL, Shorter B, et al. Food sensitivities in a diverse nationwide cohort of veterans with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *J Urol.* 2023;209(1):216-224.

Traduzido por: Dr. Marcio Averbeck

## Necessidade e importância do estudo

A cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD) costuma ser subdiagnosticada ou mal diagnosticada devido à sobreposição de sintomas com outras condições de dor pélvica (ODP), como prostatite crônica, infecções do trato urinário, endometriose e vulvodinia. Os sintomas de CI/SBD são incrivelmente deletérios, e pesquisas anteriores mostram que certos alimentos e bebidas podem piorar os sintomas em pacientes selecionados. Procuramos analisar a magnitude pela qual os alimentos afetam

Tabela. Resultados de sensibilidade alimentar estratificados por coorte

	CI/SBD (N=266)	Outras síndromes de dor pélvica (N=68)	Indivíduos saudáveis (grupo controle) N=91	P valor
Relataram que certos alimentos e/ou bebidas pioram os sintomas vesicais. N (%)				< .001 <sup>a</sup>
Não	41 (15)	27 (40)	37 (41)	
Sim	160 (60)	16 (24)	19 (21)	
Não sabe/informação indisponível	65 (24)	25 (37)	35 (38)	
Se os alimentos pioram os sintomas vesicais, eles ... , N (%)				
Pioram a frequência urinária	122 (46)	12 (18)	15 (16)	< .001 <sup>a</sup>
Pioram a urgência urinária	107 (40)	9 (13)	9 (10)	< .001 <sup>a</sup>
Pioram a dor vesical	120 (45)	3 (4)	3 (3)	< .001 <sup>a</sup>
Tem, pelo menos, uma sensibilidade alimentar, N (%)	185 (70)	25 (37)	29 (32)	< .001 <sup>a</sup>
Número de sensibilidades				< .001 <sup>b</sup>
Média (DP)	7.2 (8.1)	1.9 (3.3)	2.1 (4.2)	
Mediana	5.0	0.0	0.0	
Q1, Q3	0.0, 12.0	0.0, 3.0	0.0, 2.0	
Sensibilidade a (grupos alimentares) ..., N (%)				
Alimentos cítricos (frutas e sucos)	110 (41)	7 (10)	8 (9)	< .001 <sup>a</sup>
Alimentos apimentados	94 (35)	6 (9)	6 (7)	< .001 <sup>a</sup>
Álcool	103 (39)	12 (18)	18 (20)	< .001 <sup>a</sup>
Bebidas com cafeína	143 (54)	19 (28)	25 (27)	< .001 <sup>a</sup>
Bebidas sem cafeína	94 (35)	11 (16)	19 (21)	.001 <sup>a</sup>

Abbreviations: IC/BPS, interstitial cystitis/bladder pain syndrome; Q, quartile; SD, standard deviation.

<sup>a</sup>χ<sup>2</sup>test.

<sup>b</sup>Kruskal-Wallis test.

a CI/SBD quando comparados ao ODP e coortes saudáveis (controles). Acrescentamos novidade à nossa avaliação, incluindo uma proporção de quase 50:50 de homens e mulheres e uma proporção maior de minorias raciais do que qualquer outro estudo de pesquisa dietética anterior sobre CI/SBD.

## O que encontramos

Pacientes com CI/SBD são significativamente mais sensíveis a comestíveis do que aqueles com outras condições de dor pélvica e pessoas saudáveis (ver Tabela), incluindo maior gravidade dos sintomas e um maior número de sensibilidades presentes. Não houve diferenças por gênero, e

vimos apenas uma leve tendência de maior sensibilidade aos alimentos em negros do que em brancos.

## Limitações

Uma limitação é o relato de sintomas em controles saudáveis. Pode haver viés, uma vez que o questionário é destinado a pacientes com sintomas de dor vesical, o que os controles saudáveis presumivelmente não estão sentindo. Outra limitação deste questionário é que ele captura as respostas dos participantes em uma escala Likert, em oposição a uma escala móvel de gravidade dos sintomas. Também não tínhamos poder estatístico para mostrar possíveis diferenças relacionadas à raça na sensibilidade

alimentar. É possível que, com tamanhos amostrais maiores, alguns dos efeitos aqui observados tenham alcançado significância estatística.

## Interpretação para Atendimento ao Paciente

Pacientes com CI/SBD apresentaram sintomas urinários significativos relacionados à dieta em comparação com ODP e coortes de controle saudáveis. Sugerimos que a presença de sensibilidades pode ser indicativa de CI/SBD. A avaliação da sensibilidade alimentar utilizada neste estudo é uma ferramenta de fácil implementação que pode ser incluída na avaliação clínica inicial de pacientes com suspeita de CI/SBD. ■

## JU INSIGHT

# Experiências de Mulheres com Cistite Intersticial / Síndrome da Bexiga Dolorosa: O que Podemos Aprender sobre a Discussão On-line Feminina?

Gabriela Gonzalez, MD, MPH

University of California, Davis School of Medicine, Sacramento

Kristina Vaculik, MPH

Cedars-Sinai Center for Outcomes Research and Education (CS-CORE), Los Angeles, California

Carine Khalil, PhD

Cedars-Sinai Center for Outcomes Research and Education (CS-CORE), Los Angeles, California

Yuliya Zektser, MD

David Geffen School of Medicine at University of California, Los Angeles

Corey W. Arnold, PhD

David Geffen School of Medicine at University of California, Los Angeles

Computational Diagnostics, UCLA, Los Angeles, California

Christopher V. Almaro, MD, MSHPM

Cedars-Sinai Center for Outcomes Research and Education (CS-CORE), Los Angeles, California

Brennan M. R. Spiegel, MD, MSHS

Cedars-Sinai Center for Outcomes Research and Education (CS-CORE), Los Angeles, California

Jennifer T. Anger, MD, MPH

University of California, San Diego

**Gonzalez G, Vaculik K, Khalil C, et al. Experiences of women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: what can we learn from women's online discussions? *J Urol.* 2023;209(1):208-215.**

Traduzido por: Dr. Antônio Flávio

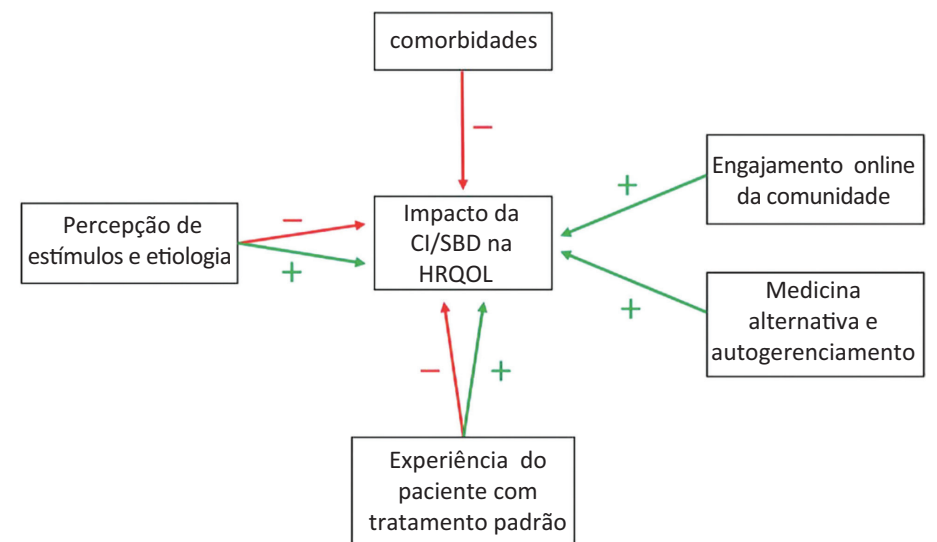
## Necessidade e Importância do Estudo

Cistite intersticial/ Síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD) causa significativamente redução na qual-

idade de vida relacionada à saúde. Além disso, um subconjunto de pacientes com CI/SBD sofrem de síndromes associadas não urológicas (NUAS), como síndrome da fadiga, enxaquecas e fibromialgia, resultando em pior qualidade de vida. Estudos qualitativos anteriores de mulheres recrutadas em centros de especialidade efeitos da CI/SBD são identificados sobre sono, saúde mental, saúde física e sexual. No entanto, esses estudos têm focado em pacientes com acesso ao cuidado. Este estudo teve como objetivo captar experiência das mulheres com CI/SBD usando etnografia digital, um inovador método de análise anônima de discussões on-line.

## O que Encontramos

O processo de extração de dados, identificou 6.842 postagens de 3.902 usuários online. Análise usando codificação indutiva e uma Alocação Latente de Dirichlet, o processo de modelagem de tópico identificou 6 categorias temáticas representadas em um modelo conceitual (ver Figura). A Alocação Latente de Dirichlet descobertas validou a debilitante natureza de NUAS concomitante, que não foi capturado em estudos qualitativos prévios. Fóruns online permitiu que os pacientes compartilhassem informações como o uso de homeopatia apesar do baixo suporte clínico evi-



**Figura.** Relações entre categorias temáticas. HRQOL, indicador de qualidade de vida relacionada à saúde; CI/SBD, cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa

dência. Houve significantes lacunas de conhecimento identificadas. Por exemplo, os critérios de diagnóstico para CI/SBD foi frequentemente debatido.

## Limitações

Devido à análise de postagens anônimas, informações on-line de dados demográficos dos usuários não estavam disponíveis e a precisão dos diagnósticos de CI/SBD não foram de certeza. As descobertas são limitadas pelo nível de engajamento dos participantes do fórum e as postagens revisadas podem ser mais representativas de pacientes com sintomas mais graves ou aqueles insatisfeitos com

seus cuidados médicos.

## Interpretação para o Cuidado do Paciente

Apesar do CI/SBD estar disponível no guideline da Associação Americana de Urologia, a opções de orientação, diagnóstico e tratamento são confusas para os pacientes com CI/SBD. Os fóruns online são amplamente utilizados por mulheres com CI/SBD para complementar lacunas do conhecimento e fornecer apoio emocional. Identificação de pacientes com NUAS concomitante pode nos ajudar a adotar uma abordagem mais sistêmica para gerenciamento de sintomas e crises. ■

# Neuromodulação para Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior: revisão das últimas evidências

Marcio A. Averbek, MD, MSc, PhD, TISBU

Moinhos de Vento Hospital, Porto Alegre, Brazil

Traduzido por: Dr. Felipe Arakaki Gushiken

Neuromodulação sacral (NMS) é a terceira opção estabelecida para o tratamento da disfunção do trato urinário inferior idiopático em pacientes que apresentaram

refratariedade ao tratamento conservador, seja por terapia comportamental ou farmacológica<sup>1</sup>. A maioria dos estudos tem focado o papel da NMS como via mini-

mamente invasiva no tratamento dos pacientes com Bexiga Hiperativa Idiopática (BHI), retenção

→ Continua na página 5



## NEUROMODULAÇÃO PARA DISFUNÇÃO NEUROGÊNICA DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

→ Continua na página 4

urinária crônica não obstrutiva e dor pélvica crônica. No entanto, há um aumento de evidências científicas que sustentam o uso de NMS para pacientes adultos com Disfunção do Trato Urinário Inferior Neurogênica (DTUIN). De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), Bexiga Hiperativa Neurogênica é caracterizada por urgência com ou sem urge-incontinência, usualmente associada ao aumento na frequência miccional ao longo

**“A Bexiga Hiperativa Neurogênica é uma apresentação comum em pacientes com inúmeras doenças neurológicas, incluindo lesões do sistema nervoso central (acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, tumores de sistema nervoso central, etc) e lesões da medula espinhal.”**

do dia e noctúria na presença de distúrbio neurológico clinicamente relevante e ao menos sensação minimamente preservada.<sup>2</sup> A Bexiga Hiperativa Neurogênica é uma apresentação comum em pacientes com inúmeras doenças neurológicas, incluindo lesões do sistema nervoso central (acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, tumores de sistema nervoso central, etc) e lesões da medula espinhal. Estudos utilizando o NMS para pacientes com doenças neurológicas em geral seguem os mesmos critérios utilizados para pacientes com Disfunção do Trato Urinário Inferior Idiopático.<sup>3</sup> Este artigo discute 2 estudos recentemente publicados

relacionados à NMS em pacientes neurológicos.

Van Ophoven et al realizaram revisão sistemática com metanálise de estudos relacionados à segurança e efetividade da NMS em pacientes com DTUIN (considerados aqueles com Hiperatividade Detrusora Neurogênica, Retenção Urinária Não-Obstrutiva ou a combinação de ambos)<sup>4</sup>. Quarenta e sete estudos foram incluídos com revisão sistemática da literatura. Vinte e um estudos compostos pelo total de 887 pacientes submetidos à NMS foram incluídos na metanálise. A taxa agrupada de sucesso da neuroestimulação sacral foi de 66.2% (IC 95%: 56.9 – 74.4). As taxas de sucesso apresentaram grande variação dependendo das condições neurológicas. Vinte e quatro estudos com o total de 428 pacientes foram incluídos na metanálise com NMS permanente. A taxa de sucesso agrupada com o uso permanente de NMS foi de 84.2% (IC 95% : 77.8 – 89.0). Entre os estudos identificados, os eventos adversos mais incidentes foram a perda de efetividade, infecção, dor no sítio cirúrgico do implante e migração do dispositivo com taxas de eventos adversos de 4.7%, 3.6%, 3.2% e 3.2%, respectivamente. Esses resultados são consistentes com a metanálise publicada por Kessler et al in 2010<sup>5</sup>, que demonstrou a taxa de sucesso agrupado de 68% na fase de teste e 92% com o implante permanente do neuromodulador sacral com o seguimento médio de 26 meses.

Liechti et al publicou recentemente um estudo duplo cego, controlado e multicêntrico que incluiu pacientes com DTUIN em 4 centros suíços.<sup>6</sup> Os pacientes submetidos à NMS com posicionamento do dispositivo no forame sacral S3 (raramente no S4). O neuroestimulador foi implantado com realização de estímulos permanentes apenas em pacientes que apresentaram 50% ou mais de melhora nas variáveis do diário miccional nos parâmetros avaliados (fase de teste com sucesso). Durante 2 meses a neuromodulação foi otimizada utilizando estímulos subsensoriais com ajustes individuais dos parâmetros. Após, foi realizada a randomização na

**“A taxa de sucesso agrupada com o uso permanente de NMS foi de 84.2% (IC 95% : 77.8 – 89.0). Entre os estudos identificados, os eventos adversos mais incidentes foram a perda de efetividade, infecção, dor no sítio cirúrgico do implante e migração do dispositivo com taxas de eventos adversos de 4.7% , 3.6%, 3.2% e 3.2%, respectivamente.”**

razão de 1:1 entre os grupos, com a manutenção no modo ativo do neuroestimulador ( NMS ON) ou alteração para o modo inativo (NMS off), seguido de acompanhamento pelo período de 2 meses e subsequente reavaliação neurológica. Dos 124 pacientes submetidos à fase de teste com NMS, 65 (52%) foram classificados como respondedores à terapia. Destes, 60 pacientes foram alocados aleatoriamente no grupo intervenção. Após 2 meses da intervenção, o grupo NMS ON demonstrou taxa de sucesso de 76%. No grupo NMS OFF, 42% dos pacientes demonstraram efeitos sustentados apesar dos dispositivos terem sido desligados após 2 meses (OR 4.35; IC 95% 1.43 – 13.21, p 0.009). Este artigo pode ser considerado o primeiro estudo bem desenhado aleatório, controlado que demonstrou a efetividade do tratamento com NMS que corrigiu a DTUIN refratária no curto período em pacientes bem selecionados. A estimulação subsensorial permitiu o desligamento do neuroestimulador

implantável do grupo controle sem comprometer o cegamento do estudo. Além disso, este estudo não detectou efeitos transitórios notáveis (> 2 meses), corroborando com a tese de necessitar manter o estímulo contínuo nos pacientes com neuropatias. A heterogeneidade da população de pacientes com doenças neurológicas, que impediu a análise por doença, foi o maior limitante desse ensaio clínico.

Apesar da NMS ser um tratamento promissor para o tratamento de pacientes com neuropatias, a maioria dos estudos com o uso da NMS para DTUIN são baseados em pequenas amostras e população heterogênea, a qual apresenta informações incompletas quanto à severidade do acometimento neurológico, ausência de critérios padronizados utilizados para avaliação durante o seguimento e quais foram os determinantes para considerar o sucesso no tratamento. Por outro lado, a necessidade de realização de exames de imagem do sistema nervoso central em pacientes selecionados para o implante da neuromodulação sacral representou a maior barreira para disseminação desse método de tratamento. Os desenvolvimentos recentes de dispositivos recarregáveis e compatíveis com a ressonância magnética de corpo inteiro podem permitir estudos mais fidedignos e melhorar o nível de evidência num futuro próximo. ■

1. Rios LA, Averbek MA, Franca W, Sacomani CA, Almeida FG, Gomes CM. Initial experience with sacral neuromodulation for the treatment of lower urinary tract dysfunction in Brazil. *Int Braz J Urol.* 2016;42(2):312-320.
2. Gajewski JB, Schurch B, Hamid R, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD). *NeuroUrol Urodyn.* 2018;37(3):1152-1161.
3. Averbek MA, Moreno-Palacios J, Aparicio A. Is there a role for sacral neuromodulation in patients with neurogenic lower urinary tract dysfunction? *Int Braz J Urol.* 2020;46(6):891-901.
4. van Ophoven A, Engelberg S, Lilley H, Sievert KD. Systematic literature review and meta-analysis of sacral neuromodulation (SNM) in patients with neurogenic lower urinary tract dysfunction (nLUTD): over 20 years' experience and future directions. *Adv Ther.* 2021;38(4):1987-2006.
5. Kessler TM, La Framboise D, Trelle S, et al. Sacral neuromodulation for neurogenic lower urinary tract dysfunction: systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2010;58(6):865-874.
6. Liechti MD, van der Lely S, Knüpfer SC, et al. Sacral neuromodulation for neurogenic lower urinary tract dysfunction. *NEJM Evid.* 2022;1(11):https://doi.org/10.1056/EVIDOa2200071.

# Redução da morbidade relacionada ao tratamento do Câncer de testículo em estágio inicial

Dr. Aditya Bagrodia

Universidade da Califórnia San Diego Health,  
La Jolla  
Universidade do Texas Southwestern Medical Center,  
Dallas

Dr. Lucas L. Wang

Universidade da Califórnia San Diego Health,  
La Jolla

Traduzido por: Dr. Rafael Meduna

A bênção e a maldição do câncer de testículo são a taxa de cura quase uniforme, justaposta aos efeitos adversos de longo prazo causados por qualquer intervenção que esses jovens sobreviventes do câncer devem lidar pelo resto de suas vidas. Embora seja “simples” realizar uma orquiectomia, obter o estadiamento e, em seguida, oferecer observação, terapia adjuvante, terapia locorregional (linfadenectomia retroperitoneal [LD] ou radioterapia), ou terapia sistêmica baseada em platina, existem muitas oportunidades para otimizar a assistência ao paciente e reduzir a morbidade relacionada ao tratamento. Destacamos momentos na jornada do tratamento do câncer de testículo e no espectro da doença que podem ser subestimados. Essas considerações pontuais garantem a abordagem das preocupações de nossos pacientes e também minimizar o supertratamento e o subtratamento.

O impacto socioeconômico e psicológico de um diagnóstico de câncer e da orquiectomia em um jovem não pode ser minimizado.<sup>1</sup> Esses jovens experimentam taxas significativas de ansiedade, depressão e toxicidade financeira devido o diagnóstico de câncer e seus cuidados. Cabe a nós realizar um acolhimento psicossocial adequado e fornecer serviços de apoio pertinentes. Além disso, a história e o exame físico devem rastrear sintomas e sinais de hipogonadismo, ansiedade e depressão.<sup>2</sup> Antes de realizar a orquiectomia, deve-se discutir banco de esperma e prótese testicular, o que pode atenuar as preocupações com a fertilidade e as alterações da imagem corporal.<sup>2</sup>

Em pacientes com doença estágio I, é fundamental seguir os marcadores tumorais séricos até o nadir

para um estadiamento preciso. Deixar de fazer isso pode classificar erroneamente um paciente como portador de doença sistêmica oculta e levar à quimioterapia desnecessária. Além disso, níveis baixos/estáveis de alfa-fetoproteína e gonadotrofina coriônica humana podem ser observados em causas não oncológicas, e o aumento deve ser confirmado antes do início da terapia sistêmica. Embora todas as opções devam ser discutidas como parte do processo de decisão compartilhada, a opção predominantemente preferida de tratamento em seminoma e não seminoma no estágio I é a observação. Desde 1981, o Hospital Princess Margaret recomenda a vigilância ativa para todos os tumores em estágio I.<sup>3</sup> Com base nessa experiência, a taxa de recidiva é de 28%, com tempo médio de recidiva de 7 meses.<sup>3</sup> A sobrevida câncer-específica estimada em 5 anos é de 98%-99%.<sup>3</sup> Uma exceção importante é para pacientes com malignidade somática secundária em estágio I, que devem ser direcionados para LR primária. Em pacientes com seminoma, a vigilância com ressonância magnética deve ser considerada para minimizar a exposição à radiação ionizante. O recente estudo de fase III TRISST (TE24 Trial of Imaging and Schedule in Seminomas Testis) randomizou pacientes com seminoma em estágio I para vigilância com TC ou RM. A RM não foi inferior à TC na detecção de recidiva no acompanhamento médio de 72 meses.<sup>4</sup> Esses mesmos princípios são aplicáveis a pacientes com histologia não seminoma.

Na doença em estágio II, existem várias oportunidades para otimizar o tratamento. Os pacientes que apresentam doença de novo em estágio II podem se comportar de maneira diferente dos pacientes que desenvolvem metástases confinadas ao retroperitônio durante a vigilância da doença em estágio I. Os pacientes que desenvolvem metástases durante a vigilância podem ser candidatos ideais para LR, pois sua história natural indica que eles

são menos propensos a ter recidiva sistêmica.

Deve ser reconhecido também, que a taxa pN0 em pacientes com doença em estágio clínico II aproxima-se de 20% a 30%. Em primeiro lugar, a presença inequívoca de metástases deve ser confirmada no caso de pequeno volume de metástases retroperitoneais (estágio IIA) para evitar o tratamento excessivo de pacientes que não possuem metástases. Nossa prática é realizar o re-estadiamento após curto intervalo do início do tratamento (6-8 semanas) com imagens axiais do tórax, abdome e pelve, juntamente com marcadores tumorais séricos; se o linfonodo envolver, é optado pela vigilância; se metástases se desenvolverem, a terapia sistêmica é o tratamento de escolha. Para linfonodos persistentes/ligeiramente aumentados, a LR poupadora de nervos é nossa opção de escolha para evitar os efeitos colaterais de longo prazo da quimioterapia sistêmica.

Historicamente, pacientes com estadiamento patológico pN1 eram observados, enquanto aqueles com doença pN2/N3 receberam quimioterapia adjuvante ou dose completa. Recentemente, há evidências para apoiar a vigilância em vez da terapia adjuvante na doença de estadiamento patológico II. Baseado em uma série recente da Universidade de Indiana, pacientes em estágio patológico II submetidos a vigilância apresentaram sobrevida livre de recorrência de 5 anos de 79%, sem diferenças significativas nas taxas de recidiva entre pacientes pN1, pN2 e pN3.<sup>5</sup> Todos os pacientes que apresentaram recidiva foram tratados com sucesso com quimioterapia no seguimento médio de 52 meses.<sup>5</sup> Esses dados sugerem que a maioria dos pacientes em estágio patológico II podem ser observados com segurança.

Há um interesse renovado em LR para pacientes com seminoma estágio II de baixo volume. Evidências emergentes do estudo SEMS (Cirurgia no Seminoma Metastático Precoce) de fase II sugerem que

a LR para seminoma de estágio II pode alcançar resultados oncológicos semelhantes aos de não-seminomas.<sup>6</sup> Neste estudo multi-institucional de braço único, pacientes com seminoma e linfonodos de 1-3 cm foram submetidos a LR.<sup>6</sup> A taxa de recorrência foi de 18% com acompanhamento médio de 24 meses.<sup>6</sup> A medida que esses dados e outros amadurecem, a LR pode muito bem se tornar uma opção padrão para pacientes adequadamente selecionados com seminoma de estágio II de baixo volume.

Felizmente, estamos no meio de uma revolução no diagnóstico e manejo do câncer de testículo, à medida que novos biomarcadores sensíveis e específicos entram em nosso arsenal. O microRNA circulante miR-371a-3p surgiu como um biomarcador, que promete orientar as decisões de tratamento em todo o espectro da neoplasia testicular.<sup>7</sup> A sensibilidade, especificidade e área abaixo da curva relatadas para seminoma e não seminoma são consistentemente > 90%.<sup>7</sup> Apesar disso, miR-371a-3p é incapaz de detectar teratoma residual.<sup>6,8</sup> O potencial diagnóstico do microRNA está atualmente sendo validado em vários ensaios clínicos antes do uso clínico.

Em resumo, chamamos a atenção para considerações específicas que podem afetar a maneira como lidamos com pacientes com câncer de testículo, em um esforço para limitar a morbidade relacionada ao tratamento. Volume, experiência e tratamento em centros de alto volume são importantes para atingir os resultados ideais.<sup>9</sup> ■

- Schepisi G, De Padova S, De Lisi D, et al. Psychosocial issues in long-term survivors of testicular cancer. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019;10:113.
- Stephenson A, Eggener SE, Bass EB, et al. Diagnosis and treatment of early stage testicular cancer: AUA guideline. *J Urol*. 2019;202(2):272-281.
- Sturgeon JF, Moore MJ, Kakiashvili DM, et al. Non-risk-adapted surveillance in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors: the Princess Margaret Hospital's experience. *Eur Urol*. 2011;59(4):556-562.
- Joffe JK, Cafferty FH, Murphy L, et al. Imaging modality and frequency in surveillance of stage I seminoma testicular cancer: results from a randomized, phase III, noninferiority trial (TRISST). *J Clin Oncol*. 2022;40(22):2468-2478.



## REDUÇÃO DA MORBIDADE RELACIONADA AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE TESTÍCULO EM ESTÁGIO INICIAL

→ Continua na página 6

- Tachibana I, Kern SQ, Douglawi A, et al. Primary retroperitoneal lymph node dissection for patients with pathologic stage II nonseminomatous germ cell tumor-N1, N2, and N3 disease: is adjuvant chemotherapy necessary? *J Clin Oncol.* 2022;10.1200/JCO.22.00118.
- Daneshmand S, Cary C, Masterson TA, et al. SEMS trial: result of a prospective, multi-institutional phase II clinical trial of surgery in early metastatic seminoma. *J Clin Oncol.* 2021;39(6 Suppl):375.
- Fankhauser CD, Nuno MM, Murray MJ, Frazier L, Bagrodia A. Circulating microRNAs for detection of germ cell tumours: a narrative review. *Eur Urol Focus.* 2022;8(3):660-662.
- Leao R, van Agthoven T, Figueiredo A, et al. Serum miRNA predicts viable disease after chemotherapy in patients with testicular nonseminoma germ cell tumor. *J Urol.* 2018;200(1):126-135.
- Woldu SL, Matulay JT, Clinton TN, et al. Impact of hospital case volume on testicular cancer outcomes and practice patterns. *Urol Oncol.* 2018;36(1):14.e7-14.e15.

## Outra solução para disfunção erétil

Neil H. Baum, MD

Tulane Medical School, New Orleans, Louisiana

Traduzido por: Dr. Breno Santos Amaral

A maioria dos urologistas acompanha homens com disfunção erétil (DE). Esses homens também são hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos. Certamente, nós prescrevemos inibidores de 5 fosfodiesterase (IPDE5), muitas vezes restaurando a potência e a capacidade dos homens terem performance sexual. Mas estamos ajudando os homens a terem uma vida mais saudável mudando os estilos de vida através de prescrição? Todos vocês vão concordar que o IPDE5 é o band-aid para a DE. Uma vez que este medicamento opção está em nosso arsenal, certamente devemos nos

valer deles para tratar nossos pacientes. Entretanto, poderíamos ser bons urologistas e estimular os homens à terem um estilo de vida mais saudável, incluindo exercícios e dieta adequada. Vou compartilhar uma discussão que tive com homens que apresentam disfunção erétil e homens a quem prescrevi IPDE5.

Eu tratei muitos homens com DE e eu tenho um script para abordar sobre mudanças de hábitos de vida. A conversa com o “Sr. João” pode ser mais ou menos assim: “Sr. João, você gostaria de uma pílula que diminui o risco de câncer, diminui seu nível de colesterol, melhora seu diabetes tipo 2 para não precisar de medicamentos, reduz a pressão arterial para não precisar de anti-hipertensivos, diminui dores articulares, previne constipação, resolve sua insônia, melhora seu desejo

sexual, aumenta sua testosterona, aumenta o seu nível de energia, melhora o seu desempenho sexual e aumenta o comprimento do seu pênis em até 5 cm?”

Sr. João, e todos os homens que ouvirem este discurso, geralmente responderão: “Quer dizer que existe uma pílula que pode fazer tudo isso? Eu certamente adoraria uma receita dessa pílula se se a resposta for sim.”

Dou um tapinha nas costas do Sr. João e digo: “Sr. João, não é uma pílula”... faço uma pausa, e eu sorrio... “É exercício!” O Sr. João geralmente ri e pode perguntar sobre como o exercício faria seu pênis mais longo? Minha resposta é que quando ele perde o panículo adiposo abdominal, ele será capaz para ver os dedos dos pés quando ele toma banho, e seu pênis vai “aparecer” maior!

Será que esse tipo de comunicação impacta homens com disfunção erétil para mudar seus comportamentos? Poucos homens vão levar meu conselho e deixar a rotina para iniciar um programa de exercícios. No entanto, a discussão oferece aos homens uma alternativa para a solução rápida para o tratamento da DE e manter-se com 5 ou mais medicamentos por dia. Eu não consigo precisar quantos homens levaram meus conselhos e deixaram de precisar dos seus anti-hipertensivos, estatinas e anti-diabéticos. Mas posso dizer que deixei homens conscientes de que o controle da própria saúde está nas nossas mãos e pernas, e que se eles assumirem a responsabilidade individual para com a sua saúde, incluindo um programa de exercícios, eles levarão uma vida mais feliz e saudável. ■

## 50% de melhora é o suficiente? Revisitando a definição de “sucesso” para terapias de bexigas hiperativas

D.K. Charles, MD

Medical College of Wisconsin, Milwaukee

R. C. O'Connor, MD

Medical College of Wisconsin, Milwaukee

M. L. Guralnick, MD, FRCSC

Medical College of Wisconsin, Milwaukee

Traduzido por: Dra. Maria Claudia Bicudo

Os sintomas da bexiga hiperativa de urgência/ frequência/ incontinência urinária têm muitas influências, incluindo a degeneração relacionada a idade, a patologias neurais/ cerebrais, a alterações hormonais, a infecções

e a alterações anatômicas (por exemplo, obstrução uretral). A natureza multifatorial da bexiga hiperativa impossibilita uma cura com um tratamento apenas. Na verdade, argumenta-se que não há cura. Tratamentos existem, mas infelizmente nem sempre são bem sucedidos. Em geral, o objetivo que se pode alcançar é a melhora dos sintomas. Então, qual grau de melhora justifica a continuação do tratamento? Qual a durabilidade do sucesso? Essas questões cruciais precisam ser consideradas ao aconselhar os pacientes sobre

várias opções de tratamento da bexiga hiperativa.

A conduta é conservadora e envolve educação, mudança de hábitos e reabilitação do assoalho pélvi-

co. A conformidade e, portanto, o sucesso com tratamentos de primeira linha é limitado. Sendo assim, muitos indivíduos seguem para um tratamento de segunda linha, como medicamentos anticolinérgicos e beta-adrenérgicos. Embora muitos alcancem algum grau de melhora sintomática com essas medidas, o custo, os efeitos colaterais e a eficácia inadequada levam a uma fraca satisfação do paciente.<sup>1</sup> As opções de tratamento de terceira linha incluem neuromodulação (neuro-

“Qual grau de melhora justifica a continuidade do tratamento? Qual a durabilidade do sucesso?”

→ Continua na página 8

## 50% DE MELHORA É O SUFICIENTE?

→ Continua na página 7

modulação sacral [SNM], estimulação do nervo tibial posterior [PTNS]) e injeções de toxina botulínica (BTX).

Historicamente, uma melhora sintomática de > 50% faz-se necessária para justificar a continuação das terapias de terceira linha. Para nosso conhecimento, a lógica da escolha de um limiar de 50% é desconhecida. Parece algo arbitrário e é indicativo de nosso fracasso em verdadeiramente “curar” o problema.<sup>2</sup>

“Com base em nossos resultados, se esse limiar de melhora para justificar o implante SNM fosse aumentado para >75%, então 44% dos nossos pacientes que ainda estavam se beneficiando da estimulação não teriam sido elegíveis para o implante”

Com o tempo, as reduções na eficácia do tratamento de terceira linha da bexiga hiperativa podem levar à insatisfação do paciente, à progressão para formas alternativas de terapia e a custos adicionais. O ideal seria poder identificar os pacientes com risco de fracasso a longo prazo, a fim de se evitar custos desnecessários e frustração. A perda de eficácia de cinco anos foi relatada em cerca de um terço dos pacientes administrados com SNM.<sup>3</sup> A perda de eficácia a longo prazo também foi relatada tanto para PTNS quanto para injeções de BTX.<sup>4,7</sup>

Intuitivamente, pode-se pensar que um paciente com um grau inicialmente maior de melhora sintomática com a terapia de terceira linha poderia se sair melhor a longo prazo em comparação com um paciente com um grau menor de melhora. Embora isso não tenha sido formalmente estudado em um estudo prospectivo, há sugestões de que isso seja verdade. Foster et al observaram que o grau de redução do peso do absorvente e o seu uso durante a SNM foi um indicador da vontade do paciente de “fazer tudo de novo” ( $P = .005$ ) e da satisfação a longo prazo ( $P = .005$ ) com pacientes satisfeitos que experimentaram uma redução de 85% nos pesos dos absorventes, enquanto os pacientes insatisfeitos apenas experimentaram uma redução de 61%.<sup>8</sup> Em um estudo recente, relatamos que um número significativamente maior de pacientes continuou a se beneficiar da SNM ao longo do tempo (acompanhamento médio de 46 meses) se experimentaram uma melhora geral de > 75% em comparação com aqueles que somente experimentaram uma melhora de 50% - 70% durante a fase inicial do teste (68% vs. 44%); uma melhora de > 75% nos sintomas durante os testes foi um indicador de sucesso a longo prazo.<sup>9</sup>

Isso levanta a questão: 50% de melhora nos sintomas da bexiga hiperativa é o suficiente? Se um limiar maior for utilizado para determinar a eficácia do tratamento, justificando a continuação dele, então menos pacientes se qualificarão e receberão esse tratamento. Com base em nossos resultados, se esse limiar de melhora para justificar o implante SNM fosse aumentado para >75%, então 44% dos nossos pacientes implantados que ainda estavam se beneficiando da estimulação não teriam sido elegíveis para o implante. Considerando que os pacientes submetidos às terapias de terceira linha fracassaram nas terapias mais conservadoras, pode-se argumentar que qualquer melhoria é melhor

do que nada. Mas é preciso ser cauteloso, pois pode haver um custo significativo associado ao tratamento, podendo exigir visitas constantes ao consultório, que podem vir a ser um fardo para o paciente

“Considerando que as opções além das terapias de terceira linha possam envolver cirurgia com riscos significativos associados tanto a curto como a longo prazo (por exemplo, aumento da bexiga, necessidade de desvio urinário), o uso de um limiar de melhora de 50% para determinar a elegibilidade para tratamento contínuo por enquanto é provavelmente razoável.”

(por exemplo, PTNS) e até mesmo acarretar alguns pequenos riscos (por exemplo, infecção do dispositivo com SNM, retenção urinária e infecção do trato urinário com injeções de BTX). Mesmo que nenhum estudo tenha demonstrado de maneira conclusiva que uma opção de tratamento de terceira linha para bexiga hiperativa seja superior à outra, pode haver diferenças de custo entre elas. De fato, uma recente análise de custos de tratamento utilizando os dados do teste ROSETTA, comparando a SNM com as injeções BTX (foram concedidas 200 unidades

de BTX em vez das 100 unidades padrão) mostrou que a SNM, apesar da eficácia similar no que diz respeito à incontinência de urgência, teve custos significativamente mais altos em 2 e 5 anos.<sup>10</sup> Considerando que as opções além das terapias de terceira linha possam envolver cirurgia com riscos significativos associados tanto a curto como a longo prazo (por exemplo, aumento da bexiga, necessidade de desvio urinário), o uso de um limiar de melhora de 50% para determinar a elegibilidade para tratamento contínuo por enquanto é provavelmente razoável. Entretanto, precisamos ser honestos com os pacientes e estabelecermos expectativas realistas em relação ao seu prognóstico com esses tratamentos. ■

1. Yeowell G, Smith P, Nazir J, Hakimi Z, Siddiqui E, Fatoye F. Real-world persistence and adherence to oral antimuscarinics and mirabegron in patients with overactive bladder (OAB): a systematic literature review. *BMJ Open*. 2018;8(11):e021889
2. Goldman HB, Lloyd JC, Noblett KL, et al. International Continence Society best practice statement for use of sacral neuromodulation. *NeuroUrol Urodyn*. 2018;37(5):1823-1848.
3. Siegel S, Noblett K, Mangel J, et al. Five-year follow-up results of a prospective, multicenter study of patients with overactive bladder treated with sacral neuromodulation. *J Urol*. 2018;199(1):229-236.
4. Du C, Berg W, Siegal AR, et al. Real-world compliance with percutaneous tibial nerve stimulation maintenance therapy in an American population. *Urology*. 2021;153:119-123.
5. Dorsthorst MJ, Heesakkers J, van Balken MR. Long-term real-life adherence of percutaneous tibial nerve stimulation in over 400 patients. *NeuroUrol Urodyn*. 2020;39(2):702-706.
6. Marcelissen TA, Rahnama'i MS, Sniijkers A, Schurch B, De Vries P. Long-term follow-up of intravesical botulinum toxin-A injections in women with idiopathic overactive bladder symptoms. *World J Urol*. 2017;35(2):307-311.
7. Baron M, Aublé A, Paret F, Pfister C, Cornu JN. Long-term follow-up reveals a low persistence rate of abobotulinumtoxinA injections for idiopathic overactive bladder. *Prog Urol*. 2020;30(12):684-691.
8. Foster RTS, Anoaia EJ, Webster GD, et al. In patients undergoing neuromodulation for intractable urge incontinence a reduction in 24-hr pad weight after the initial test stimulation best predicts long-term patient satisfaction. *NeuroUrol Urodyn*. 2007;26(2):213-217.
9. Charles DK, Everett RG, Prebay ZJ, Landowski TP, O'Connor RC, Guralnick ML. Is a 50 improvement threshold adequate to justify progression from sacral neuromodulation testing to implant? *NeuroUrol Urodyn*. 2021;40(6):1524-1531.
10. Harvie HS, Amundsen CL, Neuwahl SJ, et al. Cost-effectiveness of sacral neuromodulation versus onabotulinumtoxinA for refractory urgency urinary incontinence: results of the ROSETTA randomized trial. *J Urol*. 2020;203(5):969-977.



## JU INSIGHT

# Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior no Primeiro Ano Após Trauma Raquimedular

## Marko Kozomara, MD\*

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland  
University Hospital Zürich, University of Zürich, Switzerland

## Veronika Birkhäuser, MD\*

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Collene E. Anderson, MHS

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland  
Swiss Paraplegic Research, Nottwil, Switzerland  
University of Lucerne, Switzerland

## Mirjam Bywater, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland  
Cantonal Hospital Aarau, Switzerland

## Oliver Gross, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Stephan Kiss, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland  
Cantonal Hospital Aarau, Switzerland

## Stephanie C. Knüpfer, MD, PhD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland  
Clinic for Urology, University Hospital Bonn, Germany

## Miriam Koschorke, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Lorenz Leitner, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Ulrich Mehnert, MD, PhD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Helen Sadri, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Ulla Sammer, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Lara Stächele, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Jure Tornic, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland  
Winterthur Cantonal Hospital, Switzerland

## Martin W. G. Brinkhof, PhD

Swiss Paraplegic Research, Nottwil, Switzerland  
University of Lucerne, Switzerland

**Table.** Unfavorable Urodynamic Parameters

Parameter	Within the first year of SCI	1-Mo follow-up	3-Mo follow-up	6-Mo follow-up	12-Mo follow-up
Urodynamics performed, No. (%)	97 (100)	90 (93)	85 (88)	75 (77)	73 (75)
DO and DSD, No. (%)	85 (88)	61 (68)	63 (74)	55 (73)	52 (71)
Maximum storage detrusor pressure $\geq 40$ cm H <sub>2</sub> O, No. (%)	38 (39)	21 (23)	18 (21)	24 (32)	11 (15)
Filling volume when pDet = 40 mL, median (Q1-Q3)	–	505 (215-610)	525 (278-753)	398 (258-663)	300 (195-500)
Bladder compliance <20 mL/cm H <sub>2</sub> O, No. (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Videourodynamics performed, No. (%)	96 (99)	88 (98)	76 (89)	67 (89)	68 (93)
Vesicoureteral reflux, No. (%) <sup>a</sup>	7 (7)	4 (5)	5 (7)	2 (3)	2 (3)
At least 1 unfavorable parameter, No. (%)	87 (90)	65 (72)	67 (79)	61 (81)	55 (75)

Abbreviations: DO, detrusor overactivity; DSD, detrusor sphincter dyssynergia; pDET, detrusor pressure; Q, quartile; SCI, spinal cord injury.

<sup>a</sup>Vesicoureteral reflux grade: 1 month, 4 grade I; 3 months, 1 grade I, 3 grade II, 1 grade III; 6 months, 1 grade II, 1 grade III; 12 months: 2 grade I.

## Martina D. Liechti, PhD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

## Thomas M. Kessler, MD

Balgrist University Hospital, University of Zürich, Switzerland

Traduzido por: Dr. Luis Rios

## Necessidade e Importância do Estudo

A maioria dos pacientes com trauma raquimedular (TRM) desenvolve, progressivamente, disfunções do trato urinário inferior que não apenas impactam sua qualidade de vida, como no caso do surgimento de incontinência urinária, mas também colocam-nos sob alto risco de lesões e deterioração da função renal.

A investigação urodinâmica é considerada “padrão-ouro” na avaliação objetiva da função do trato urinário inferior. Considera-se que o primeiro ano pós-trauma seja de especial interesse devido ao potencial de mudanças no quadro neurológico que, por consequência, traz instabilidades para a função do trato urinário inferior

nesse período. Esse fato também abre uma janela de oportunidades já que diagnósticos e tratamentos precoces, baseados em achados urodinâmicos, podem modificar de forma definitiva a evolução de longo prazo do futuro urológico dessa população. Apesar desses fatos, os guidelines e recomendações sobre a avaliação e diagnóstico das disfunções neurogênicas do trato urinário inferior não fornecem uma definição clara e pré-definida da agenda propedêutica e terapêutica para o primeiro ano após o TRM.

## O que encontramos

Em nosso grupo de 97 pacientes observamos um ou mais parâmetros urodinâmicos desfavoráveis em 87 deles (90%) durante, no primeiro ano pós trauma. (Tabela)

## Limitações

Nosso departamento é parte de um centro universitário especializado em TRM e, portanto,

um vies de seleção de casos mais severos não pode ser descartado. Por essa razão a extrapolação de nossos achados para outras populações deve ser feita com cautela. Além disso a nossa população de pacientes recebeu tratamento neurológico guiado pelos achados urodinâmicos e, portanto, reflete os resultados observados em nossa prática clínica rotineira.

## Interpretação para o Cuidado do Paciente

Verificamos que praticamente todos os pacientes apresentavam pelo menos um parâmetro urodinâmico desfavorável no primeiro ano após o TRM. Como o tratamento precoce baseado em achados urodinâmicos deverá diminuir o risco de deterioração do trato urinário superior, estudo urodinâmico realizado precocemente e instituição de acompanhamento padronizado parecem ser de fundamental importância nessa população de pacientes. ■



**Androgel®**  
testosterona 1%

**PORQUE SENTIR  
SEGURANÇA FAZ  
MUITA DIFERENÇA...**



**PARA VOCÊ  
E PARA O SEU  
PACIENTE!**



### ➔ Testosterona transdérmica:

Recomendada pela Academia Europeia de Andrologia (EAA) com endosso da Sociedade Europeia de Endocrinologia, para início do tratamento<sup>1</sup>

### ➔ Testosterona de curta ação:

Recomendado pela SBU e EAU para início do tratamento.<sup>2,3</sup>

**Contraindicações:** casos de câncer da próstata ou de câncer da glândula mamária do homem conhecidos ou suspeitos, hipersensibilidade conhecida à testosterona ou a qualquer outro componente do gel. Contraindicado para mulheres. Categoria de risco C. Não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou lactantes sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Interações Medicamentosas:** Interação com os anticoagulantes orais: mudanças na atividade anticoagulante e pacientes recebendo anticoagulantes orais requerem um acompanhamento atento, especialmente quando os o tratamento com andrógenos é iniciado ou interrompido. Corticosteroides: a administração concomitante de testosterona e ACTH ou corticosteroides pode aumentar o risco de desenvolvimento de edema. Medicamentos antidiabéticos: a dose destes medicamentos pode necessitar de redução.

**Androgel® 10mg/g (testosterona) gel, 30 envelopes com 5g.** **Indicações:** Terapia de reposição de testosterona em hipogonadismo masculino, quando a deficiência de testosterona for confirmada por características clínicas e dosagens hormonais. **Contraindicações:** casos de câncer da próstata ou de câncer da glândula mamária do homem conhecidos ou suspeitos, hipersensibilidade conhecida à testosterona ou a qualquer outro componente do gel. Contraindicado para mulheres. Categoria de risco C. Não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou lactantes sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Advertências e Precauções:** deve ser usado somente se o hipogonadismo for demonstrado por sinais clínicos e confirmado por duas medidas distintas de testosterona sérica. O tratamento somente deve ser iniciado após exclusão de outra etiologia responsável pelos sintomas. Androgel® não deve ser empregado para tratamento da infertilidade masculina ou impotência sexual. Antes do início do tratamento deve-se excluir o diagnóstico de câncer de próstata ou de glândula mamária do homem. Cuidado e acompanhamento regular da próstata e da mama devem ser realizados em conformidade com métodos recomendados, pelo menos uma vez por ano, sendo duas vezes por ano em doentes idosos e doentes de risco. Deve ser usado com precaução em pacientes com câncer e em situação de risco de hipercalemia e hipercalcemia associada. A monitorização regular das concentrações séricas de cálcio é recomendada em portadores de insuficiências cardíaca, hepática ou renal graves. O tratamento pode causar complicações graves caracterizadas por edema, com ou sem insuficiência cardíaca congestiva, podendo ser necessário interromper o tratamento imediatamente e iniciar a terapia com diuréticos. Deve ser usado com precaução em pacientes com doença cardíaca isquêmica, hipertensão arterial e com epilepsia. Devem ser verificados periodicamente os parâmetros: hemoglobina, hematócrito, função hepática e perfil lipídico. Existem relatos de aumento do risco de apnéia do sono em pacientes hipogonádicos. Pode ser observada uma melhora da sensibilidade à insulina. Alguns sinais clínicos como irritabilidade, nervosismo, ganho de peso, ereções prolongadas ou frequentes podem indicar exposição excessiva de andrógenos requerendo ajuste da dose. Se o paciente desenvolve uma reação grave no local de aplicação, o tratamento deve ser revisto e interrompido, se necessário. Os atletas devem se atentar ao fato de que a testosterona pode produzir reação positiva em testes antidoping e pode causar doping. Não deve ser usado por mulheres. O gel de testosterona pode ser transferido para outras pessoas quando houver contato com o local de aplicação, resultando em aumento dos níveis séricos de testosterona e, possivelmente, efeitos adversos, isso é evitado com a utilização de roupas que cubram o local da aplicação ou com a limpeza do local da aplicação antes do contato. Precauções para o paciente: Lavar as mãos com água e sabão após aplicar o gel. Cobrir a área de aplicação com tecido após o gel secar. Lavar a área de aplicação antes de qualquer situação em que contato próximo esteja previsto. Contém álcool. Não deve ser prescrito para pacientes com um risco maior de não conformidade com as instruções de segurança. É preferível esperar pelo menos 6 horas entre a aplicação e banho. Não foram estudados os efeitos sobre a capacidade de dirigir veículos e operar máquinas. Não é indicado para uso em crianças e não foi avaliado clinicamente em homens com menos de 18 anos de idade. A espermatogênese pode ser suprimida reversivelmente com este medicamento. Em caso de gravidez da parceira, o paciente deve reforçar a sua atenção para as precauções de utilização, em caso de contato, lavar a área da pele exposta à testosterona o mais rápido possível. Este produto pode ter efeitos adversos virilizantes sobre o feto. **Interações Medicamentosas:** Interação com os anticoagulantes orais: mudanças na atividade anticoagulante e pacientes recebendo anticoagulantes orais requerem um acompanhamento atento, especialmente quando os o tratamento com andrógenos é iniciado ou interrompido. Corticosteroides: a administração concomitante de testosterona e ACTH ou corticosteroides pode aumentar o risco de desenvolvimento de edema. Medicamentos antidiabéticos: a dose destes medicamentos pode necessitar de redução. **Posologia e Modo de Usar:** A dose recomendada é de 5 g de gel (ou seja, 50 mg de testosterona) aplicada uma vez por dia, aproximadamente no mesmo horário, de preferência na parte da manhã. A dose diária deve ser ajustada caso a caso pelo médico, dependendo da resposta clínica e laboratorial de cada paciente, não podendo ser superior a 10 g de gel por dia. Aplicar em pele limpa, seca e saudável da região dos ombros, porção superior dos braços ou abdômen. Após abrir o envelope, o conteúdo total deve ser extraído e aplicado imediatamente na pele. Espalhar sobre a pele suavemente, como uma camada fina. Não é necessário esfregá-lo. Deve secar por pelo menos 3 a 5 minutos antes de se vestir. Lave as mãos com água e sabão após as aplicações. Não aplicar na região genital. As concentrações plasmáticas de testosterona devem ser medidas no período da manhã, antes da aplicação, a partir do terceiro dia após o início do tratamento. **Reações Adversas:** Comuns – Transtornos de humor, tonturas, parestesia, amnésia, hiperestesia, hipertensão, diarreia, alopecia, urticária, ginecomastia, dor de cabeça, alterações nos exames laboratoriais. Reg. MS: 1.8759.0003. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Ref. Interna: v.03**



**Referências Bibliográficas:** 1. Corona G, Goulis DG, Huhtaniemi I, et al. European Academy of Andrology (EAA) guidelines on investigation, treatment and monitoring of functional hypogonadism in males: Endorsing organization: European Society of Endocrinology, Andrology, 2020;8(5):970-987. 2. Recomendações em distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM) 2017. Ed. Eduardo Berna Nertero e Arhimedes Nardozza Jr, 1ª ed; São Paulo: SBU – Sociedade Brasileira de Urologia, 2017. 3. GR Dohle, S. Arver, C. Bertocci, T.H. Jones, S. Kliesch. EAU Guidelines on Male Hypogonadism. European Association of Urology, 2019 4. Bhasin S, Brito JP, Cunningham GR, et al. Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2018;110(5):1715-1744.



0800 777 24 30

sac@besins-healthcare.com  
www.besins-healthcare.com.br

Material destinado exclusivamente à profissionais da saúde  
habilitados à prescrever ou dispensar medicamentos -  
3000094 - Maio/2021

**BESINS**  
HEALTHCARE  
Innovating for Well-being

Rua Alexandre Dumas, 1658, cj. 91  
São Paulo/SP - CEP: 04717-004,  
11.082.598/0001-21



Save The Date



**39° CBU**

congresso brasileiro de urologia  
18 A 21 DE NOVEMBRO | SALVADOR 2023

Conheça  
**Salvador**

Conhecer Salvador é descobrir um pouco mais da história do Brasil. Primeira capital do país, a cidade reúne cultura, tecnologia, ciência, sorrisos e uma gastronomia inconfundível.



## OFFICE &amp; SURGICAL TECHNOLOGIES

# Novas Tecnologias: Bainha para nefrolitotripsia percutânea com aspiração: ClearPetra

S. Mohammad Mohaghegh P., MD, FRCSC

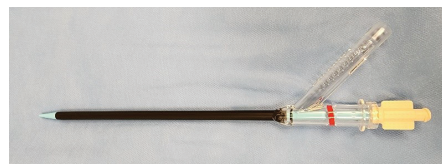
The Ohio State University, Columbus

Bodo E. Knudsen, MD, FRCSC

The Ohio State University, Columbus

Traduzido por: Dr. Fabio Vicentini

A nefrolitotomia percutânea (NLP) é a terapia de primeira linha para o tratamento de cálculos renais maiores que 20 mm, de acordo com as diretrizes da AUA.<sup>1</sup> Com os novos avanços tecnológicos e técnicos, abordagens miniaturizadas para PCNL estão se tornando mais comuns e expandindo as indicações para o procedimento. Um desses avanços é a introdução da bainha com aspiração para NLP, comercializada como o sistema ClearPetra de uso único. Este dispositivo possui uma porta lateral de vácuo montada a 45° em relação à bainha, que é conectada à sucção por meio de um sistema de captura de fragmentos (consulte a Figura). Há uma pequena janela incorporada na porta lateral que permite ajustes rápidos na pressão de sucção durante o uso desta bainha. A bainha está disponível em vários tamanhos de 10Fr/12Fr a 22Fr/24Fr. O fabricante oferece uma ampla gama de sistemas de bainhas com aspiração, alguns dos quais também são anunciados



**Figure.** ClearPetra vacuum-assisted nephrostomy access sheath with dilator and suction side port.

para uso ureteroscópico e cistoscópico, mas nossa experiência é com a de Mini-percutânea.<sup>2</sup>

Sistemas reutilizáveis, como o sistema Storz Minimally Invasive PCNL (MIP), para mini percutânea utiliza o efeito Venturi para limpar fragmentos, onde o cirurgião puxa lentamente o endoscópio para fora da bainha e os fragmentos saem espontaneamente. Embora bastante eficaz, nossa experiência mostra que isso tende a funcionar melhor na posição supina do que na posição prona devido à assistência da gravidade. Além disso, ainda existe algum risco de dispersão de fragmentos durante a fragmentação dos cálculos durante a mini percutânea, especialmente se o cirurgião está trabalhando em sua curva de aprendizado. O uso de bainhas com aspiração pode ajudar a reduzir o risco de dispersão de fragmentos, bem como facilitar a remoção mais rápida dos cálculos. Além disso, a pressão intrarrenal é reduzida com a

sucção ativa e isso pode se traduzir em redução da morbidade.<sup>3,4</sup> Com a tecnologia de aspiração, fragmentos menores e pó de pedra serão removidos durante a litotripsia a laser ao redor do endoscópio sem ter que puxá-lo para trás. Para fragmentos maiores, o endoscópio é puxado de volta para a bainha de maneira semelhante ao uso do sistema Storz MIP, mas a sucção ativa ajuda a puxar os pedaços com mais força em comparação com o efeito Venturi sozinho. Os coágulos sanguíneos também podem ser mais facilmente aspirados com a aspiração, algo que pode ser bastante difícil com o sistema MIP. O sistema ClearPetra inclui uma cesta para captura de pedras, para que todos os fragmentos removidos possam ser enviados para análise bioquímica ou cultura.

Embora utilizemos principalmente uma abordagem de fragmentação durante o mini PCNL, o uso de bainhas com aspiração pode aumentar a viabilidade do dusting, uma vez que os pequenos pedaços podem ser aspirados ativamente enquanto continuamos a pulverizar o cálculo. A utilização de um laser de hólmio:YAG de alta potência com modulação de pulso ou o laser de fibra de túlio pode facilitar ainda mais a abordagem de

pulverização. Se é mais rápido do que uma abordagem de fragmentação, ainda precisa ser determinado.<sup>5</sup>

O desenvolvimento de bainhas com aspiração para mini percutânea representa um passo importante na evolução da cirurgia percutânea de cálculos. Ao aumentar a eficiência do procedimento, as indicações para mini percutânea podem ser ampliadas, facilitando cirurgias de tratamentos menores para mais pacientes. Mais estudos avaliando a indicação ideal são necessários. No entanto, o uso de bainhas com aspiração parece apresentar benefícios importantes em relação a mini percutânea padrão e uma evolução da técnica cirúrgica. ■

1. Assimos D, Krambeck A, Miller NL, et al. Surgical management of stones: American Urological Association/Endourological Society Guideline, PART II. *J Urol.* 2016;196(4):1161-1169.
2. Micro-Tech Endoscopy. *Clearpetra*. 2021. Accessed April 27, 2021. <https://mtendoscopy.com/hospitals/products/urology/access/clearpetra/>.
3. Zanetti SP, Lievore E, Fontana M, et al. Vacuum-assisted mini-percutaneous nephrolithotomy: a new perspective in fragments clearance and intrarenal pressure control. *World J Urol.* 2021;39(6):1717-1723.
4. Lai D, Chen M, Sheng M, et al. Use of a novel vacuum-assisted access sheath in minimally invasive percutaneous nephrolithotomy: a feasibility study. *J Endourol.* 2020;34(3):339-344.
5. Hardy LA, Vinnichenko V, Fried NM. High power holmium:YAG versus thulium fiber laser treatment of kidney stones in dusting mode: ablation rate and fragment size studies. *Lasers Surg Med.* 2019;51(6):522-530.

## Terapia multimodal para pacientes com câncer de próstata de alto grau e alto risco com acompanhamento de longo prazo

Jason Robert Gee, MD

Yeatts Urology Center, Emerson Hospital,  
Tufts University School of Medicine, Concord,  
Massachusetts

John André Libertino, MD

Yeatts Urology Center, Emerson Hospital,  
Tufts University School of Medicine, Concord,  
Massachusetts

Traduzido por: Dr. Wilson Busato

O manejo do câncer de próstata

de alto risco continua sendo um desafio. Até 50% dos pacientes apresentaram doença recorrente após cirurgia radical, ressaltando a grande necessidade de melhores terapias no tratamento desta doença. É por esse motivo que embarcamos em um novo método de tratamento para o câncer de próstata de alto risco.

Terapia multimodal (MMT), um conceito e termo cunhado pelo autor

sênior (J.A.L.) em um novo ensaio clínico original prospectivo e não randomizado de terapia de privação androgênica neoadjuvante, seguida de cirurgia radical e radiação pós-operatória, foi usado pela primeira vez em 1990 para tratar nossos pacientes com câncer de próstata de alto risco inicial. Isso introduziu o MMT como um novo paradigma de tratamento para o manejo de câncer de

próstata de alto risco. O câncer de próstata de alto risco tem sido associado à morte relacionada ao câncer de próstata em 80% a 90% dos pacientes.<sup>1-3</sup> Como resultado do interesse renovado na terapia neoadjuvante antes da cirurgia radical, com acompanhamento de curto prazo (3-4 anos), nos sentimos obrigados

→ Continua na página 13



## TERAPIA MULTIMODAL PARA PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA DE ALTO GRAU E ALTO RISCO

→ Continua na página 12

a relatar nossa experiência de longo prazo com o MMT (20 anos).

De 1990 a 2012, 82 pacientes com câncer de próstata clinicamente confinado ao órgão e acompanhamento médio de 10 anos foram submetidos a MMT consistindo em privação hormonal neoadjuvante seguida de prostatectomia retropúbica radical e radioterapia pós-operatória. O câncer de próstata de alto risco foi definido no pré-operatório como Gleason Score 8-10 ou PSA > 20. Pacientes com margens cirúrgicas negativas foram observados inicialmente e tratados com radioterapia de resgate em caso de recorrência. O protocolo MMT foi bem tolerado em todos os 82 pacientes sem descontinuação da terapia relacionada ao tratamento. A patologia cirúrgica final revelou estágio pT3-T4 em 58/82 (71%) e envolvimento nodal em 7/82 (9%). Doença metastática à distância foi identificada em 10/82 pacientes (12%). Para pacientes submetidos a MMT aos 10, 15 e 20 anos, a sobrevida câncer-específica foi de 78/82 (95%), 77/82 (94%) e 77/82 (94%); Figura 1), a sobrevida global foi de 68/82 (83%), 66/82 (80%) e 60/82 (73%; Figura 2), e a recorrência bioquímica foi 61/82 (74%), 51/82 (62%) e 35/82 (43%; Figura 3).

Esses achados estabelecem o protocolo MMT como uma estratégia de tratamento eficaz para o câncer de próstata de alto risco, com excelente sobrevida câncer-específica a longo prazo. A recorrência ocorrendo principal-

mente pelo aumento do PSA, em oposição à doença metastática distante, também sugere morbidade limitada entre os pacientes tratados com este protocolo.

A cura continua sendo o objetivo no tratamento do câncer. No entanto, com câncer de próstata de alto risco, o risco de recorrência bioquímica permanece significativo, mesmo com a atual estratégia de tratamento multimodal. No entanto, a sobrevida câncer-específica e a sobrevida global permanecem altas com essa estratégia e, em todos os estudos, parecem ser maiores em determinados intervalos de seguimento do que o tratamento convencional com terapia de privação de androgênio e radioterapia isolada.

Um objetivo secundário de nossa abordagem multimodal é alcançar menores taxas de recorrência local e, como tal, menores complicações relacionadas à doença. De fato, parece que a incidência de recorrência local ou sequelas sintomáticas da recorrência do câncer permanece relativamente baixa em nossa série. E agora que podemos utilizar a ressonância magnética para um diagnóstico e estadiamento mais precisos, podemos esperar que nossos resultados sejam ainda melhores. Por exemplo, agora podemos diagnosticar cânceres de menor volume com biópsia de fusão por ressonância magnética, que são mais passíveis de remoção cirúrgica. Outra diferença importante com o tratamento contemporâneo é

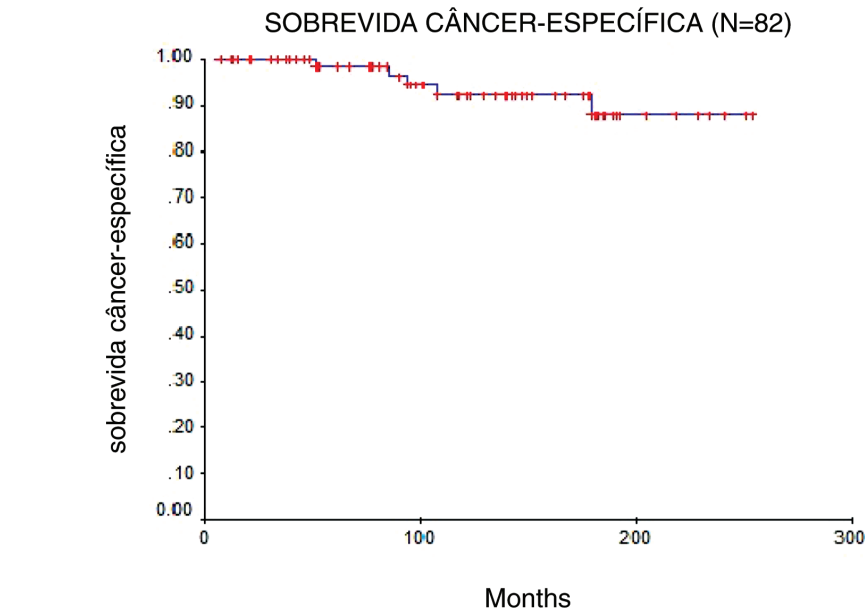


Figure 2. Sobrevida global. De Gee e Libertino, *In J Clin Oncol*. 2021;6(3):125-129, é usado sob CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).<sup>4</sup>

que o estadiamento pré-operatório por ressonância magnética multiparamétrica da próstata e PSMA PET-CT permite um estadiamento mais preciso da extensão local da doença, proporcionando assim uma melhor seleção de pacientes para remoção cirúrgica da próstata e melhor determinação da duração da terapia e do tempo para cirurgia após o tratamento neoadjuvante para otimizar os resultados cirúrgicos.

Por essas razões, com terapias avançadas e ferramentas mais sofisticadas no diagnóstico e estratificação do câncer de próstata, traduzindo-se em detecção precoce e maior tempo para evoluir, levando a uma sobrevida global mais longa

com câncer de próstata, parece que os princípios de tratamento que estabelecemos com o MMT levarão à estratégias futuras de tratamento ainda mais bem-sucedidas para câncer de próstata de alto risco. ■

1. Freedland SJ, Humphries EB, Mangold LA, et al. Risk of prostate cancer-specific mortality following biochemical recurrence after radical prostatectomy. *JAMA*. 2005;294(4):433-439.
2. Meeks JJ, Eastham JA. Radical prostatectomy: positive surgical margins matter. *Urol Oncol*. 2013;31(7):974-979.
3. Chalfin HJ, Dinizo M, Trock BJ, et al. Impact of surgical margin status on prostate-cancer-specific mortality. *BJU Int*. 2012;110(11):1684-1689.
4. Gee JR, Libertino JA. Multimodal therapy for patients with high-grade, high-risk prostate cancer with long-term follow-up. *Int J Clin Oncol*. 2021;6(3):125-129.

TRADUÇÃO: Wilson Busato, *TiSBU, PhD*, Departamento de Uro-Oncologia da SBU

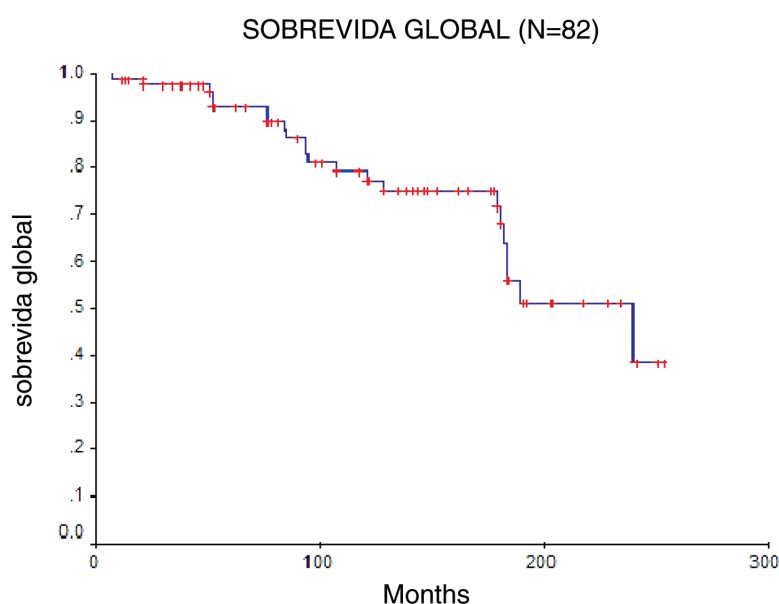


Figure 1. Sobrevida câncer-específica. De Gee e Libertino, *In J Clin Oncol*. 2021;6(3):125-129, é usado sob CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).<sup>4</sup>

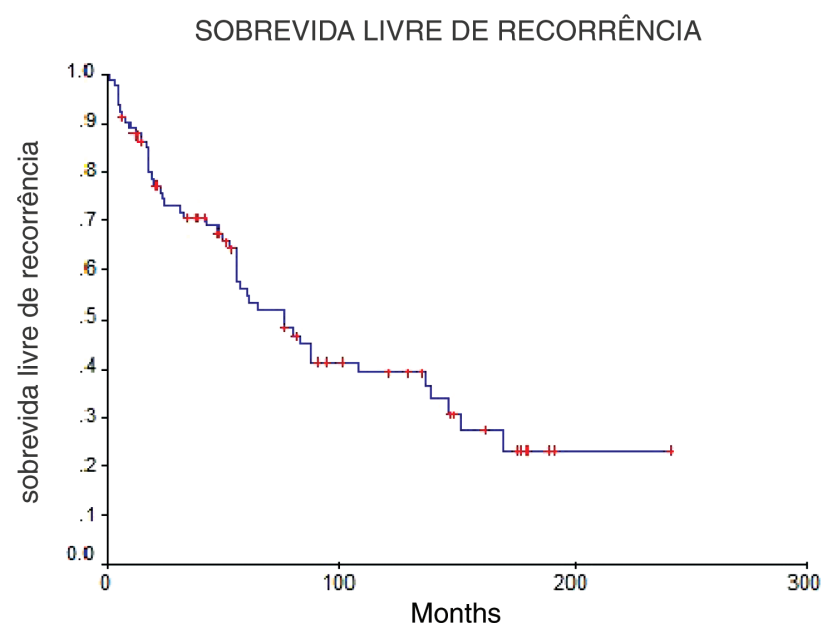


Figure 3. Sobrevida livre de recidiva bioquímica. De Gee e Libertino, *In J Clin Oncol*. 2021;6(3):125-129, é usado sob CC BY 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).<sup>4</sup>



## JU INSIGHT

# Obesidade e Risco de Complicações da Cistectomia Radical: Identificando um Limite do Índice de Massa Corporal (IMC)

Louise Catherine McLoughlin, MB, BCH, BAO

University of Toronto, Canada  
St James's Hospital, Dublin, Ireland  
Trinity College, Dublin, Ireland

Wassim Kassouf, MD

McGill University Health Center, Montreal, Canada

Rodney H. Breau, MD

University of Ottawa, Canada

Adrian Fahey, MD

Cross Cancer Centre, Edmonton, Canada

Ramanakumar Agnihotram V, PhD

Research Institute of McGill University Health Centre, Montreal, Canada

Afsar Salimi, MSc

Research Institute of McGill University Health Centre, Montreal, Canada

Eric Hyndman, MD

Alberta Health Services, Calgary, Canada

Darrel E. Drachenberg, MD

Manitoba Cancer Centre, Winnipeg, Canada

Jonathan Izawa, MD

Western University, London, Canada

Bobby Shayegan, MD

McMaster Hospital, Hamilton, Canada

Jean-Baptiste Lattouf, MD

Université de Montréal, Canada

Michele Lodde, MD

Université Laval, Québec, Canada

Ricardo Rendon, MD

Capital Health, Halifax, Canada

D. Robert Siemens, MD

Queen's University, Kingston, Canada

Claudio Jeldres, MD

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Peter C. Black, MD

University of British Columbia, Vancouver, Canada

Girish S. Kulkarni, MD

University of Toronto, Canada

McLoughlin LC, Kassouf W, Breau RH, et al. Obesity and complication risk from radical cystectomy: identifying a body mass index threshold. *J Urol.* 2023;209(1):111-120.

Traduzido por: Dr. Filemon Silva Casafus

## Necessidade de estudo e importância

A morbidade cirúrgica após cistectomia radical (CR) é significativa e a obesidade está associada a risco aumentado. Entretanto, é desconhecido se existe um limite do IMC acima do qual o risco de complicação é consideravelmente aumentado. Esse limite pode ser útil no aconselhamento pré-operatório para risco de complicação associada à cistectomia radical.

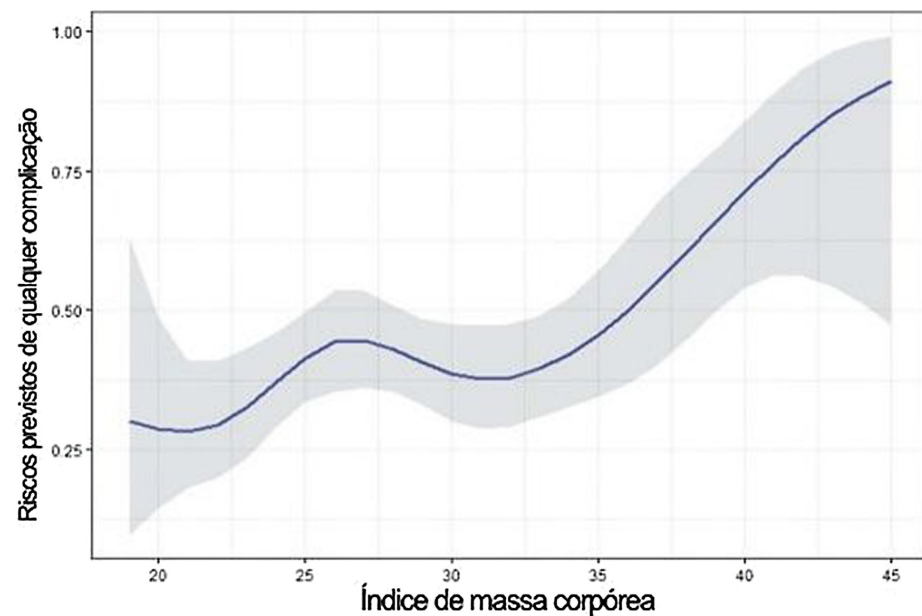
Um limite de IMC também poderia informar estratégias de perda de peso durante a pré-habilitação para reduzir o risco de complicações.

## O que nós encontramos

Descobrimos que a obesidade foi independentemente associada ao risco de desenvolver quaisquer complicações após a CR, e o risco aumentou à medida que o valor do IMC aumentou (OR 1,04 IC 95% 1,01, 10,7). Também identificamos um limite de IMC de 34 kg/m<sup>2</sup>, pois o risco de complicação previsto começou a aumentar consistentemente acima desse nível (ver Figura).

## Limitações

Este estudo retrospectivo foi limitado ao seguimento de 90 dias de registros cadastrais de centros acadêmicos e pode não refletir totalmente prática do mundo real. Incluiu um número acima da média de pacientes operados por câncer de bexiga



**Figura.** Gráfico spline cúbico restrito demonstrando a associação entre índice de massa corporal e complicações. Estimativas de risco previstas (eixo y) com intervalos de confiança de 95% associados (área pintada em cinza) são representados. Splines cúbicos restritos foram produzidos com 4 nós em 21, 26, 30 e 38, correspondendo aos valores de IMC dos percentis 5°, 35°, 65° e 95°. Os dados foram restritos para IMC de 18,5-45 kg/m<sup>2</sup> (n=576). As análises foram ajustadas para idade, sexo, tabagismo, perda de sangue, escore de Charlson, estágio clínico T e N e cirurgia abdominal ou pélvica ou radioterapia prévia.

não músculo-invasivo, com alta proporção de fumantes nas categorias de pacientes com sobrepeso e obesidade. Esses fatores estiveram associados a confusões imensuráveis que podem impactar o risco de complicações.

Além disso, embora sugerimos um limite de IMC abaixo do qual o risco de complicações pode ser

reduzido, este não foi um estudo de intervenção.

O impacto da mudança individual no IMC sobre os resultados é especulativo com base em nossos dados.

## Interpretação para cuidado de paciente

Os resultados deste estudo irão ajudar no aconselhamento pré-operatório sobre o risco aumentado de complicações em pacientes obesos. Além disso, este estudo levanta a hipótese que o risco de complicações pode ser reduzido diminuindo o IMC pré-operatório de pacientes obesos abaixo de 34 kg/m<sup>2</sup>. Essa meta de IMC pode informar as estratégias de perda de peso realizadas como parte de um programa de habilitação multimodal antes da CR. ■

“Os resultados deste estudo irão ajudar no aconselhamento pré-operatório sobre o risco aumentado de complicações em pacientes obesos”

## JU INSIGHT

# Terapia focal da lesão do índice de câncer de próstata com eletroporação irreversível: um estudo prospectivo de fase II com acompanhamento médio de 3 anos

**Bernardino Miñana López, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Guillermo Andrés Boville, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Guillermo Barbas Bernardos, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Xabier Ancizu Marckert, MD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Marcos Torres Roca, MD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Luis Labairu Huerta, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Felipe Villacampa Aubá, MD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Fernando Ramón de Fata Chillón, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Julian Sanz Ortega, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Marta Abengózar Muela, MD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Guillermo Gallardo Madueño, MD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Alberto Benito Boillos, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Andrés Alcázar Peral, MD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

**Fernando Díez-Caballero Alonso, MD, PhD**  
CUN Prostate Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, Spain

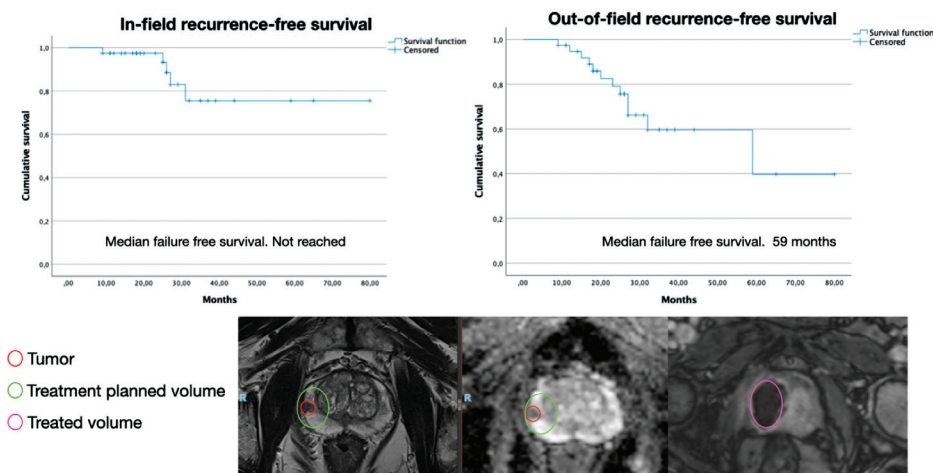
Traduzido por: Dr. Marcio Covas Moschovas

## Necessidade e importância do estudo

A terapia focal (FT) para o câncer de próstata (Pca) é uma abordagem terapêutica que visa o controle do tumor, minimizando os efeitos colaterais que podem ser associados aos tratamentos radicais. A eletroporação irreversível (IRE) é uma tecnologia de ablação não térmica de tecidos baseada na emissão de pulsos elétricos curtos que permite o tratamento de qualquer parte da próstata com margem de segurança.

O uso generalizado de ressonância magnética multiparamétrica (mpMRI) e o desenvolvimento de sistemas de fusão de ultrassom-RM para biópsias direcionadas permitem a implementação de programas de FT. No entanto, ainda faltam resultados de longo prazo sobre sua capacidade de alcançar o controle do câncer e

**“FT usando IRE é um procedimento confiável, seguro e eficaz para o tratamento de CaP com 85% de probabilidade de alcançar o controle do tumor no volume tratado em 3 anos.”**



**Figura.** Curvas de Kaplan-Meier mostrando sobrevida livre de recorrência em campo e fora de campo.

preservar os resultados funcionais, especialmente usando o IRE. Até onde sabemos, este é o primeiro estudo prospectivo publicado com todos os pacientes selecionados com base em uma combinação de mpMRI e uma biópsia transperineal sistemática transperineal e direcionada usando um sistema de fusão MRI-ultrassom (Sistema Koelis) sem perda de pacientes para acompanhamento.

Os pacientes foram selecionados se tivessem um Pca de risco baixo a intermediário comprovado por biópsia concordante com lesões visíveis na mpMRI. Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo cirurgião.

## O que encontramos

A TF usando IRE é um procedimento confiável, seguro e eficaz para o tratamento de CaP com 85% de probabilidade de alcançar o controle do tumor no volume tratado em 3 anos. Parece haver

um risco de recorrência ao longo do tempo em áreas não tratadas (ver Figura).

A continência foi preservada em todos os pacientes e a potência em 94% daqueles previamente potentes.

## Limitações

As limitações incluíam: centro único; amostra pequena (41 pacientes); 80% foram submetidos a biópsia de controle e a maioria dos pacientes apresentou Pca de baixo risco (grau 1-2 da Sociedade Internacional de Patologia Urológica).

Interpretação para Atendimento ao Paciente

A TF usando IRE é uma opção terapêutica minimamente invasiva para pacientes com lesões visíveis na mpMRI com efeitos colaterais mínimos. Pelo menos, poderia atrasar tratamentos radicais em pacientes em vigilância ativa. É necessário um acompanhamento próximo. ■

## JU INSIGHT

# O Risco de Doenças Cardiovasculares e Cerebrovasculares em Homens com Histórico de Priapismo

Evan Mulloy, MD

Stanford University School of Medicine,  
Palo California

Shufeng Li, MS

Stanford University School of Medicine,  
Palo California

Federico Belladelli, MD

Stanford University School of Medicine,  
Palo California  
IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy

Francesco Del Giudice, MD

Stanford University School of Medicine,  
Palo California  
"Sapienza" University of Rome, Italy

Frank Glover, PhD

Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia

Michael L. Eisenberg, MD

Stanford University School of Medicine, Palo Alto,  
California

**Mulloy E, Li S, Belladelli F, Del Giudice F, Glover F, Eisenberg ML. O Risco de Doenças Cardiovasculares e Cerebrovasculares em Homens com**

**Histórico de Priapismo. *J Urol.* 2023;209(1):253-260.**

*Traduzido por: Dr. Guilherme Miranda Andrade*

## Necessidade do Estudo e Importância

Priapismo é uma doença debilitante, frequentemente idiopática que pode estar relacionada com uma coagulopatia não diagnosticada ou disfunção vascular em alguns casos. Enquanto as manifestações urológicas do priapismo são bem conhecidas, pouco se sabe a respeito do priapismo ser um prenúncio de um evento vascular ou tromboembólico. Isto enfatizaria a necessidade de um seguimento continuado de homens com priapismo a partir do evento agudo do priapismo.

## O que encontramos

Nosso estudo comparou 10.459 homens saudáveis com priapismo e homens com outras afeições urológicas (10.438 homens com disfunção erétil, 8549 homens com doença de Peyronie, 7971 homens com ejaculação precoce). Nós identificamos eventos cardiovasculares e tromboembólicos nos anos seguintes ao priapismo. Homens com priapismo tem risco 24% maior de doença isquêmica coronariana, 31% de risco de eventos cerebrovasculares e 15% maior risco de doença arterial quando comparado a homens com disfunção erétil em anos consecutivos ao episódio do priapismo. Achados similares não foram encontrados em homens com doença de Peyronie e ejaculação precoce. Ademais, homens com priapismo recorrente demonstraram risco aumentado de doenças vasculares.

## Limitações

Todos homens neste estudos foram remunerados e a etiologia definitiva do priapismo não foi avaliada, o que são fatores limitantes destes estudos.

## Interpretação para o cuidado com o paciente

Homens com priapismo demonstram risco aumentado de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Assim, priapismo pode ser um indicador de uma doença adjacente mais severa como condições cardiovasculares ou coagulopatias em alguns pacientes. Este pacientes devem se beneficiar de testes adjuvantes adicionais e monitoramento após o evento de priapismo que vai além dos cuidados com a saúde sexual. ■

# Manejo das massas renais bilaterais

Elizabeth Ellis, MD

University of Rochester, New York

Katie S. Murray, DO, MS, FACS

University of Missouri, Columbia

*Traduzido por: Dr. Felipe de Almeida e Paula*

As massas renais bilaterais podem ser desafiadoras para o urologista: identificar suas causas, determinar as melhores estratégias de tratamento e em seguida, orientar o paciente sobre suas opções e o processo de tomada de decisão.

As massas renais bilaterais podem ser benignas ou malignas.<sup>1</sup> Quando em frente ao tratamento das massas renais bilaterais, há vários diagnósticos que um urologista deve considerar para orientar a conduta adequada. As metástases renais geralmente são pequenas massas hipotenuantes bilaterais, mais comumente advindas do cânc-

er de pulmão, seguido do câncer de mama, gástrico e melanoma.<sup>1</sup> Essas massas geralmente são assintomáticas e raramente apresentam-se com hematúria, devendo ser suspeitadas em um paciente com doença maligna conhecida. O tratamento é balizado pela neoplasia primária.<sup>1</sup> Os pacientes com linfoma podem desenvolver disseminação extranodal para o sistema geniturinário, manifestando-se como múltiplas massas renais bilaterais com pouco realce ou nefromegalia. Dado que o linfoma renal primário é raro, os pacientes geralmente apresentam doença linfomatosa identificada em outro lugar. Pacientes com achados suspeitos de linfoma devem ser submetidos à biópsia percutânea e encaminhados à oncologia clínica para quimioterapia adequada.<sup>1</sup>

Os angiomiolipomas podem apresentar-se como massas renais bilaterais, especialmente em pa-

cientes com esclerose tuberosa.<sup>1</sup> Massas assintomáticas <4cm podem ser monitoradas, enquanto lesões ≥4cm devem ser ressecadas cirurgicamente ou embolizadas, devido ao risco de hemorragia.<sup>2</sup> Já os oncocitomas, massas renais benignas, geralmente são unilaterais e solitários. Os pacientes podem desenvolver oncocitomas bilat-

erais, especialmente naqueles com síndrome de Birt-Hogg-Dubé. Os oncocitomas são indistinguíveis do carcinoma de células renais (CCR) pela imagem.<sup>1</sup>

Embora a maioria dos CCRs esporádicos sejam unilaterais, CCR esporádicos sincrônicos bilaterais foram relatados em até 4% dos casos.<sup>3</sup> Pacientes com tumores sincrônicos bilaterais também têm maior probabilidade de apresentarem tumores multifocais.<sup>4</sup> Em uma revisão do banco de dados do SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*) de 274 pacientes com massas renais sincrônicas bilaterais, 99% dos pacientes apresentaram CCR bilateral, com 1 paciente apresentando um oncocitoma unilateral. A concordância de grau histológico e nuclear entre as massas renais foi relatada como

**“Quando em frente ao tratamento das massas renais bilaterais, há vários diagnósticos que um urologista deve considerar para orientar a conduta adequada.”**



## MANEJO DAS MASSAS RENAIIS BILATERAIS

→ Continua na página 16



**Figure.** Visão axial e coronal da TC de massas renais bilaterais (oncocitoma confirmado por biópsia) na síndrome de Birt-Hogg-Dubé. angiomyolipoma. *J Urol.* 2016;195(4 Pt 1): 834-846.

alta, sendo 93% e 85% respectivamente.<sup>5</sup> Um estudo de uma única instituição de tumores sincrônicos bilaterais também relata uma alta taxa de concordância, 87%, entre os tumores.<sup>6</sup> Assim, a patologia de uma massa é fortemente preditiva da outra. Estudos mais recentes demonstram resultados de sobrevida semelhantes para pacientes com doença unilateral, embora tenha havido um aumento insignificante na recorrência local.<sup>7</sup>

Discussões sobre o manejo das massas renais bilaterais relacionadas ao CCR incluem quando fazer a biópsia; se deve ou não realizar cirurgia poupadora de néfrons quando viável *versus* ablação ou vigilância ativa; no caso de remoção cirúrgica, qual massa retirar primeiro, o tumor mais ou menos complexo; e se deve ou não realizar excisões simultâneas *versus* em estágios. A preservação renal máxima com cirurgia poupadora de néfrons é de extrema importância, se possível, dada a maior incidência de tumores multifocais com massas sincrônicas bilaterais e o aumento da mortalidade por todas as causas associada à diminuição da função renal.<sup>8</sup> Nossa abordagem para o manejo cirúrgico do CCR bilateral decorre da experiência com pacientes com síndromes genéticas de tumores renais, como a doença de Von Hippel-Lindau, na qual a metástase não ocorreu em pacientes cujas massas são observadas até que a maior atinja 3 cm de tamanho.<sup>9</sup> Bratslavsky e Linehan discutem sua abordagem no *National Cancer Institute*, na qual eles obtêm uma biópsia percutânea para pacientes que apresentam massas renais bi-

laterais sem uma síndrome genética conhecida.<sup>9</sup> Eles usam a biópsia para direcionar a necessidade de investigação genética adicional, bem como o tipo e o momento da intervenção cirúrgica. Pacientes com síndromes familiares, CCR de células claras, CCR papilar tipo 1, CCR cromóforo e neoplasias oncocíticas são observados até que a maior massa tenha 3 cm de tamanho.<sup>9</sup> Tumores relacionados ao CCR papilar tipo 2, leiomiomatose hereditária e tumores associados ao câncer de células renais são mais agressivos e tratados com ressecção precoce com margens amplas.<sup>9</sup> No intraoperatório, eles descrevem sua abordagem retroperitoneal com dissecação mínima do hilo, clampeamento da artéria e veia em bloco para preservar a adventícia perivascular, e a realização de enucleações sem clampe quando possível.<sup>9</sup>

O impacto da nefrectomia parcial (NP) em estágios *versus* si-

**“As massas renais bilaterais quase sempre requerem uma discussão intensa sobre riscos, benefícios, opções de tratamento, implicações, complicações e concordância.”**

multânea foi avaliado em vários estudos de uma única instituição. Packiam *et al* revisaram retrospectivamente 107 pacientes submetidos a NPs bilaterais *versus* em estágios, de 1980 a 2015, e descobriram que o grupo de NP simultânea melhorou o tempo de internação agrupado (mediana de 6 *versus* 8 dias,  $P < 0,001$ ), taxa de fistula urinária (3% *versus* 17%,  $P = 0,018$ ), as taxas de complicações graus 3-4 de Clavien (8% *versus* 23%,  $P = 0,44$ ) e tiveram menor redução na taxa de filtração glomerular estimada aos 3 e 12 meses de pós-operatório (-6% *versus* -24% de redução,  $P = 0,015$ , e -4% *versus* -22% de redução,  $P < 0,001$ ).<sup>10</sup> No entanto, essa diferença observada pode ser devida à expressiva seleção e ao viés técnico, embora as únicas diferenças significativas registradas entre os 2 grupos foram o IMC na primeira cirurgia (29 vs 32 kg/m<sup>2</sup> para simultâneo *versus* estagiado, respectivamente,  $P = 0,022$ ) e o número de pacientes do sexo feminino na coorte.<sup>10</sup> Ao contrário desse achado, Di Maida *et al* revisaram 41 pacientes com massas renais entre 2008 e 2019 e não encontrou diferença na redução da taxa de filtração glomerular estimada em 3 meses e no último acompanhamento, entre cirurgia simultânea *versus* estagiada (-7,3 *versus* -7,8,  $P = 0,31$ ), mas constatou que os procedimentos estagiados tiveram um tempo operatório cumulativo significativamente maior, assim como tempo de internação.<sup>11</sup> A sobrevida livre de doença também foi semelhante entre as duas abordagens.<sup>11</sup> A literatura demonstra que as opções de 1 e 2 estágios são viáveis e o cirurgião deve levar em consideração a complexidade do tumor e as comorbidades do paciente para ajudar a decidir o tratamento ideal.

A ressecção do tumor mais complexo ou menos complexo primeiro permanece discutível. Os cirurgiões que defendem a ressecção do tumor mais complexo primeiro argumentam que é importante otimizar o controle oncológico caso a ressecção contralateral precise ser adiada devido a complicações.<sup>10</sup> Aqueles que ressecam

o tumor menos complexo primeiro preferem garantir que um lado possa ser removido sem clampe antes de ressecar o tumor mais complexo com clampe, se necessário, para minimizar o risco de lesão renal aguda.<sup>11</sup> O último grupo não realiza uma abordagem em 1 estágio se for necessário clampeamento bilateral da artéria renal para ressecção.<sup>11</sup>

As massas renais bilaterais quase sempre requerem uma discussão intensa com o paciente sobre riscos, benefícios, opções de tratamento, implicações, complicações e concordância. Diagnóstico adequado, síndromes hereditárias, preservação renal máxima, complexidade do tumor e comorbidades do paciente são aspectos importantes a serem considerados. Assim como muitos pontos da urologia oncológica, não há uma resposta única para todas as massas renais, pois elas devem ser consideradas caso a caso. ■

- Roy A, Le O, Silverman PM, Kundra V. Common and uncommon bilateral adult renal masses. *Cancer Imaging.* 2012;12(1):205-211.
- Flum AS, Hamoui N, Said MA, et al. Update on the diagnosis and management of renal angiomyolipoma. *J Urol.* 2016;195(4 Pt 1): 834-846.
- Krambeck A, Iwaszko M, Leibovich B, Chevile J, Frank I, Blute M. Long-term outcome of multiple ipsilateral renal tumours found at the time of planned nephron-sparing surgery. *BJU Int.* 2008;101(11):1375-1379.
- Richstone L, Scherr DS, Reuter VR, et al. Multifocal renal cortical tumors: frequency, associated clinicopathological features and impact on survival. *J Urol.* 2004;171(2 Pt 1): 615-620.
- Rothman J, Crispin PL, Wong YN, Al-Saleem T, Fox E, Uzzo RG. Pathologic concordance of sporadic synchronous bilateral renal masses. *Urology.* 2008;72(1):138-142.
- Arnoux V, Fiard G, Descotes JL, Rambeaud JL, Long JA. Bilateral renal masses: pathologic concordance and impact of temporal presentation. *Minerva Urol Nefrol.* 2012;64(4): 287-293.
- Dimarco DS, Lohse CM, Zincke H, Chevile JC, Blute ML. Long-term survival of patients with unilateral sporadic multifocal renal cell carcinoma according to histologic subtype compared with patients with solitary tumors after radical nephrectomy. *Urology.* 2004;64(3):462-467.
- Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med.* 2004;351(13):1296-1305.
- Bratslavsky G, Linehan WM. Long-term management of bilateral, multifocal, recurrent renal carcinoma. *Nat Rev Urol.* 2010;7(5):267-275.
- Packiam VT, Tsivian M, Lohse CM, et al. Simultaneous versus staged partial nephrectomies for bilateral synchronous solid renal masses. *Urol Oncol.* 2020;38(7):640.e13-640.e22.
- Di Maida F, Grosso AA, Sforza S, et al. Surgical management of synchronous, bilateral renal masses: a 1-decade referral center experience. *Eur Urol Focus.* 2022;S2405-4569(22) 00033-5.

## JU INSIGHT

# Repetição de ressecção transuretral no câncer de bexiga músculo-invasivo antes da cistectomia radical é prognóstica, mas não terapêutica

Kelly K. Bree, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston

Andrea Kokorovic, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston  
Centre Hospitalier de l'Université de Montreal, Quebec, Canada

Mary E. Westerman, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston  
Louisiana State University Health Science Center-New Orleans

Patrick J. Hensley, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston  
University of Kentucky, Lexington

Nathan A. Brooks, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston  
University of Pittsburgh Medical Center Central Pennsylvania, Harrisburg

Wei Qiao, PhD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston

Yu Shen, PhD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston

Ashish M. Kamat, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston

Colin P. Dinney, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston

Neema Navai, MD

University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston

Bree KK, Kokorovic A, Westerman ME, et al. Repeat transurethral resection of muscle-invasive bladder cancer prior to radical cystectomy is prognostic but not therapeutic. *J Urol.* 2023;209(1):140-149.

Traduzido por: Dr. Rafael Mourato

## Necessidade e Importância do estudo

O padrão ouro para o diagnóstico do câncer de bexiga é a ressecção transuretral do tumor vesical (RTU<sub>b</sub>), que permite adquirir informações a respeito do

tipo de tumor, grau histológico e estadiamento. Enquanto a RTU<sub>b</sub> pode ser terapêutica em casos de tumores vesicais não músculo-invasivos, o papel da diminuição do volume tumoral com repetidas RTU<sub>b</sub> (reRTU<sub>b</sub>) em pacientes com câncer de bexiga músculo-invasivo (CBMI) que se submeterão a cistectomia radical (CR) ainda necessita ser esclarecido. Devido a falta de dados que contemplem o papel da reRTU<sub>b</sub> em paciente com CBMI, nós procuramos avaliar o impacto da reRTU<sub>b</sub> antes da cistectomia radical no que diz respeito aos desfechos oncológicos em uma coorte de um hospital terciário.

## O que nós encontramos?

O conselho institucional (IBR No. RCR03-0631) revisou pacientes portadores de CBMI estágio cT2N0 submetidos a CR em nossa instituição entre 2005 e 2017. Pacientes que realizaram e que não realizaram reRTU<sub>b</sub> foram pareados utilizando score de propensão. Os pacientes foram pareados por idade, gênero, uso de quimioterapia neoadjuvante, hidronefrose pré-operatória, vari-

“Embora o estadiamento patológico pT0 após reRTU<sub>b</sub> estivesse associado com melhores resultados, é notável que > 60% em estágio pT0 tinham doença residual quando submetidos a CR (veja tabela).”

**Table.** Concordance Between Clinical Stage Following Repeat Transurethral Resection of Bladder Tumor With Pathological Stage at Radical Cystectomy

Clinical staging following reTURBT	Pathological stage at radical cystectomy				
	No. (%)				
	pT0	≤pT1 <sup>a</sup>	pT2	pT3	pT4
cT0 (n = 94)	37 (39)	28 (30)	12 (13)	14 (15)	3 (3.2)
≤cT1 (n = 113)	24 (21)	43 (38)	16 (14)	21 (19)	9 (8.0)
cT2 (n = 170)	24 (14)	19 (11)	35 (21)	81 (48)	11 (6.5)

Abbreviation: reTURBT, repeat transurethral resection of bladder tumor.

<sup>a</sup>≤T1 = Ta, Tis, T1.

ante histológica, invasão linfovascular ou presença de carcinoma in situ após a RTU<sub>b</sub> diagnóstica. Um total de 548 pacientes foram incluídos após o pareamento. Apesar da realização rotineira de exame físico sob anestesia e estadiamento com exames de imagem, 37,5% dos pacientes em que se presumiu tratar-se de doença em estágio cT2, encontrou-se invasão extra-vesical na análise histológica pós CR. Sobrevida livre de recorrência e sobrevida geral demonstraram não haver diferença estatística significativa com base na realização de reRTU<sub>b</sub> ( $p = 1,0$  e  $p = .3$ , respectivamente). Entretanto, quando os desfechos foram estratificados por histologia na reRTU<sub>b</sub>, aqueles com pT0 tiveram resultados superiores em comparação com aqueles com doença músculo-invasiva residual, independentemente do recebimento de quimioterapia neoadjuvante. Embora os pacientes pT0 na reRTU<sub>b</sub> estivessem associados a melhores resultados, é notável que >60% dos pacientes com patologia pT0 tiveram doença residual no momento da CR (veja a tabela).

## Limitações

Este estudo foi uma revisão retrospectiva de uma única instituição. Adicionalmente, há um viés de seleção de paciente para reRTU<sub>b</sub> baseado nos critérios utilizados pelo cirurgião.

“Nesta ampla análise com pacientes portadores de CBMI cT2N0 de um centro de referência terciário, não há evidência de que o reestadiamento do tumor com reRTU<sub>b</sub> antes da CR melhora os resultados.”

## Interpretação para uso clínico

Nesta ampla análise com pacientes portadores de CBMI cT2N0 de um centro de referência terciário, não há evidência de que o reestadiamento do tumor com reRTU<sub>b</sub> antes da CR melhora os resultados. Histologia da reRTU<sub>b</sub> foi prognóstica, e ausência de doença residual na reRTU<sub>b</sub> é um substituto para doenças menos extensas, o que prenuncia uma melhor sobrevida. Adicionalmente, este estudo destaca que o estadiamento clínico atualmente utilizado é um indicador não confiável da extensão verdadeira da doença residual, com mais de um terço dos paciente cT2 com doença extravesical após CR. ■



# Ensaio Clínico Randomizado sobre o Manejo das Estenoses Uretrais Masculinas, os Resultados e as Abordagens Cirúrgicas

Ole Jacob Nilsen, MD  
Oslo University Hospital, Norway  
University of Oslo, Norway

Jukka Sairanen, MD, PhD  
Helsinki University Hospital and University of Helsinki, Finland

Henriette Veiby Holm, MD, PhD  
Oslo University Hospital, Norway

Traduzido por: Dr. Felipe Placco Araujo  
Glina

## Introdução

O manejo da doença da estenose uretral masculina envolve uma ampla gama de opções de tratamento. O conhecimento atual está bem resumido nas diretrizes da AUA e da Associação Europeia de Urologia. Infelizmente, muitas das recomendações são fracas e baseadas em baixo nível de evidência ou opinião de especialistas.

Existem várias controvérsias na cirurgia aberta para estenose bulbares e há necessidade de bons estudos clínicos, preferencialmente ensaios clínicos randomizados (ECRs) multicêntricos. A boa notícia é que existem alguns estudos bem elaborados para nos guiar. Uma pesquisa no PubMed pelo termo Medical Subject Headings (MeSH) “anterior urethral strictures” com os filtros “randomized controlled trial” e data de publicação nos últimos 10 anos produz 49 resultados. Apresentamos os estudos mais relevantes sobre estenoses de uretra masculina e técnicas de uretroplastia.

## O tipo de enxerto ou retalho é importante?

A uretroplastia de substituição pode ser feita com retalhos de pele, enxertos de pele e enxertos de mucosa.

Em um estudo, 37 estenoses bulbo-penianas de segmento longo foram operadas com enxerto de pele peniana onlay ventral ou retalho de pele peniana. Nesta população de alto risco de recorrência, a taxa de recorrência foi de 28% após enxerto de pele peniana e

21% após retalho de pele peniana (sem diferença estatisticamente significativa) após um acompanhamento médio de 3 anos.<sup>1</sup>

O estudo “Pee”BuSt comparou enxerto de pele peniana com enxerto de mucosa bucal (BMG) em 100 pacientes com 18 meses de acompanhamento.<sup>2</sup> Não houve diferença entre os 2 grupos no resultado cirúrgico ou disfunção sexual.

Um estudo com 30 pacientes comparou enxerto de mucosa lingual vs BMG. Os resultados cirúrgicos de curto prazo foram semelhantes após um acompanhamento médio de 14,5 meses, contudo foi observada após enxertos linguais longos (>7 cm) mais morbidade da fala em longo prazo.<sup>3</sup> Portanto, enxertos linguais são uma segunda escolha apenas para casos em que o BMG está indisponível.

## A colocação do enxerto é importante?

Para técnicas de substituição com BMG, a colocação do enxerto ventralmente ou dorsalmente, e como inlay ou onlay, ainda é debatida.

As colocações de BMG foram comparadas em um estudo de 47 pacientes com estenoses longas (26 penianas, 17 bulbares, 4 panuretrais) onde o enxerto foi colocado com onlay dorsal ou inlay. Os autores não encontraram diferença nas taxas de sucesso em relação à falha cirúrgica (necessidade de reoperações) entre os grupos após seguimento médio de 22 e 24 meses, respectivamente. No entanto, os autores consideraram a técnica dorsal inlay mais fácil, com menor tempo de operação e menos perda de sangue.<sup>4</sup> Um estudo egípcio com 37 pacientes e acompanhamento de 6 meses mostrou resultados semelhantes.<sup>5</sup>

Um estudo de 80 pacientes com comprimento de estenose bulbar superior a 2 cm comparou a colocação dorsal e ventral de BMG. A taxa de sucesso, taxa de complicação e taxa de recorrência foram semelhantes

“Um estudo que explorou o efeito de poupar o músculo bulboesponjoso mostrou uma melhora nas pontuações no Questionário de Saúde Sexual Masculina na Forma Curta que avalia a Disfunção Ejaculatória e menos gotejamento pós-miccional.”

em ambos os grupos após 12 meses de acompanhamento.<sup>6</sup>

## Fechar ou não fechar o leito do enxerto de mucosa bucal?

Como o enxerto de mucosa bucal é comum em várias técnicas de uretroplastia, também é relevante considerar o método de retirada. Outra fonte de debate é se é necessário fechar a ferida após a ressecção do BMG. Um estudo com 34 participantes mostrou menos dor em curto prazo após o fechamento da ferida, mas não houve diferença em longo prazo (de 3 semanas a 1 ano de acompanhamento).<sup>7</sup>

Outro estudo com 135 pacientes mostrou não inferioridade para não fechamento versus fechamento em intensidade para dor oral em qualquer momento após a uretroplastia (seguimento de 6 meses). No entanto, o comprimento do enxerto teve um efeito significativo na dor oral.<sup>8</sup>

## Efeito das técnicas poupadoras de tecido

Na última década, houve mais foco em técnicas de preservação de

tecido em muitos campos cirúrgicos, incluindo uretroplastia. Um estudo que explorou o efeito de poupar o músculo bulboesponjoso mostrou uma melhora nas pontuações no Questionário de Saúde Sexual Masculina na Forma Curta que avalia a Disfunção Ejaculatória e menos gotejamento pós-miccional.<sup>9</sup>

Outro estudo comparou o enxerto onlay dorsal com dissecação circunferencial do corpo esponjoso com o enxerto onlay dorsolateral com dissecação em apenas 1 lado. O estudo incluiu 136 pacientes e teve um seguimento médio de 28 meses. Encontrou menos disfunção erétil medida pelo Inventário Breve de Função Sexual Masculina após onlay dorsolateral.<sup>10</sup>

Nosso próprio estudo, o Scandinavian Uretroplastia Study, comparou a excisão transversal e a anastomose primária com o procedimento de BMG em estenoses bulbares curtas em relação à disfunção sexual e encontrou mais complicações penianas após o procedimento de transecção.<sup>11</sup>

## Estudos em andamento

Por fim, vale a pena mencionar 2 ECRs em andamento que ainda recrutam pacientes. O VeSpAR compara o reparo da anastomose com preservação de vasos contra o reparo da anastomose transversal.<sup>12</sup> Outro estudo interessante é o estudo DoVe, que compara a mucosa bucal onlay dorsal à ventral em estenoses bulbares.<sup>13</sup> Esperamos que os resultados desses estudos possam nos guiar ainda mais para melhorar as técnicas de uretroplastia.

## Discussão

Muitos RCTs no campo do manejo da estenose uretral não foram capazes de mostrar diferenças significativas nas taxas de sucesso ou nas taxas de complicações. Isso pode ser devido a estudos com poder inadequado com



## ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS SOBRE O MANEJO DAS

→ Continua na página 19

populações de estudo pequenas ou acompanhamento limitado. Os níveis de complicações e reintervenções são relativamente baixos para os métodos atuais de tratamento da estenose uretral, portanto ainda são necessários ECRs maiores com tempo de acompanhamento adequado. Iniciar e conduzir ECRs clínicos pode parecer uma tarefa impossível. É demorado e envolve muito trabalho, enquanto a pressão para publicar favorece estudos retrospectivos ou estudos prospectivos com menor tempo de seguimento. A inclusão pode ser difícil de alcançar dentro de um prazo aceitável, tornando os resultados obsoletos. Dados de estudos randomizados devem ser relatados de forma padronizada para facilitar o agrupamento de

dados. Infelizmente, medidas de resultados relatados pelo paciente abrangendo todos os aspectos dos resultados após a cirurgia uretral não estão disponíveis.

### Conclusão

Vários estudos de boa qualidade respondem a algumas questões sobre o manejo das estenoses uretrais. No entanto, ainda são necessários grandes RCTs clínicos dentro do campo para desenvolver a arte da uretroplastia. Assim, a cooperação entre instituições pode ser necessária para facilitar a pesquisa de alta qualidade no campo. ■

1. Hussein MM, Moursy E, Gamal W, Zaki M, Rashed A, Abozaid A. The use of penile skin graft versus penile skin flap in the repair of long bulbo-penile urethral stricture: a prospective randomized study. *Urology*. 2011;77(5):1232-1237.

2. Tyagi S, Parmar KM, Singh SK, et al. 'Pee'BuSt trial: a single-centre prospective randomized study comparing functional and anatomic outcomes after augmentation urethroplasty with penile skin graft versus buccal mucosa graft for anterior urethral stricture disease. *World J Urol*. 2022;40(2):475-481.
3. Sharma AK, Chandrashekar R, Keshavamurthy R, et al. Lingual versus buccal mucosa graft urethroplasty for anterior urethral stricture: a prospective comparative analysis. *Int J Urol*. 2013;20(12):1199-1203.
4. Aldaqadossi H, El Gamal S, El-Nadey M, El Gamal O, Radwan M, Gaber M. Dorsal onlay (Barbagli technique) versus dorsal inlay (Asopa technique) buccal mucosal graft urethroplasty for anterior urethral stricture: a prospective randomized study. *Int J Urol*. 2014;21(2):185-188.
5. Soliman MG, Abo Farha M, El Abd AS, Abdel Hameed H, El Gamal S. Dorsal onlay urethroplasty using buccal mucosa graft versus penile skin flap for management of long anterior urethral strictures: a prospective randomized study. *Scand J Urol*. 2014;48(5):466-473.
6. Vasudeva P, Nanda B, Kumar A, Kumar N, Singh H, Kumar R. Dorsal versus ventral onlay buccal mucosal graft urethroplasty for long-segment bulbar urethral stricture: a prospective randomized study. *Int J Urol*. 2015;22(10):967-971.
7. Wong E, Fernando A, Alhassan A, Stewart L. Does closure of the buccal mucosal graft bed matter? Results from a randomized controlled trial. *Urology*. 2014;84(5):1223-1227.
8. Soave A, Dahlem R, Pinnschmidt HO, et al. Substitution urethroplasty with closure versus non-closure of the buccal mucosa graft harvest site: a randomized controlled trial with a detailed analysis of oral pain and morbidity. *Eur Urol*. 2018;73(6):910-922.
9. Elkady E, Dawod T, Teleb M, Shabana W. Bulbospongiosus muscle sparing urethroplasty versus standard urethroplasty: a comparative study. *Urology*. 2019;126:217-221.
10. Prakash G, Singh BP, Sinha RJ, Jhanwar A, Sankhwar S. Is circumferential urethral mobilisation an overdo? A prospective outcome analysis of dorsal onlay and dorso-lateral onlay BMGU for anterior urethral strictures. *Int Braz J Urol*. 2018;44(2):323-329.
11. Nilsen OJ, Holm HV, Ekerhult TO, et al. To transect or not transect: results from the Scandinavian Urethroplasty Study, a multicentre randomised study of bulbar urethroplasty comparing excision and primary anastomosis versus buccal mucosal grafting. *Eur Urol*. 2022;81(4):375-382.
12. Verla W, Waterloos M, Waterschoot M, Van Parys B, Spinoit AF, Lumen N. VeSpAR trial: a randomized controlled trial comparing vessel-sparing anastomotic repair and transecting anastomotic repair in isolated short bulbar urethral strictures. *Trials*. 2020;21(1):782.
13. Lumen N. *DoVe Trial: Dorsal Onlay Versus Ventral Onlay in Isolated Bulbar Urethral Strictures (DoVe)*. 2020. Updated January 24, 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04551417>.

## Padrões de Prática Atuais em Urologia Feminina

Unwanaobong Nseyo, MD, MHS  
Well Cornell Medicine, New York, New York

Mitchell Goldenberg, MBBS, PhD  
Keck School of Medicine of USC,  
Los Angeles, California

David Ginsberg, MD  
Keck School of Medicine of USC,  
Los Angeles, California

Traduzido por: Dra. Regina Pacis

A subespecialidade conhecida como Medicina Pélvica Feminina e Cirurgia Reconstructiva (FPMRS) obteve reconhecimento pelo Conselho Americano de Especialidades Médicas, com acreditação oficial em 2011. Em seguida, o Conselho Americano de Urologia (ABU) iniciou a certificação para a subespecialidade em FPMRS em 2013. Esta subespecialidade incorpora condições como incontinência urinária masculina e feminina, disfunção neurogênica do trato urinário inferior, prolapso de órgãos pélvicos, infecção urinária recorrente, síndrome da dor vesical, fistulas geniturinárias e disfunção miccional.

Dados enviados a ABU pelos residentes e fellows são uma rica fonte de dados que têm sido usados para avaliar os padrões de prática cirúrgica do urologista geral e do

urologista com subespecialidade. Como foi o ano inicial de certificação da subespecialidade pela ABU, 2013 foi o primeiro ano em que os dados da prática em FPMRS puderam ser submetidos, e, por isso, os critérios para designação de FPMRS naquele ano não foram baseados em nenhum nível específico de treinamento em FPMRS prévio, mas sim tendo uma prática focada em FPMRS com registros de casos que tenham atingido um nível mínimo de cuidados relacionados a FPMRS, como determinado pela ABU. Os mesmos urologistas que se submeteram ao exame de certificação em 2013 foram elegíveis para recertificação em FPMRS em 2020. Esses dois pontos de corte no tempo forneceram um “insight” único. Os registros de casos de 2013 forneceram informações sobre os indivíduos já mais antigos na subespecialidade; 2020 forneceu informações sobre os urologistas se submetendo a recertificação, bem como sobre os que estavam prontos para certificação inicial após completar o Fellowship em FPMRS aprovado pela ACGME.

Nós identificamos um total de 229 auto-entitulados provedores em FPMRS nos dados registrados

entre 2013 e 2020 – 131 urologistas FPMRS em 2013 e 98 urologistas FPMRS em 2020. Destes 229 cirurgiões individuais, 57,2% submeteram registros de casos em 2013, em um total de 41.456 casos registrados entre 2013 e 2020. Nós estratificamos os casos baseados nos tipos de procedimento e se eles eram procedimentos FPMRS específicos tradicionais, que incluem procedimentos anti-incontinência, abordagem via vaginal e abdominal para reparo de prolapso, reparo de fistulas vesico-vaginais e exérese ou remoção de telas. Em 2013, de um total de 19.309 casos, 6.883 foram casos FPMRS e 12.427 foram casos não-FPMRS específicos. Houve 22.237 casos em 2020, dos quais 7.790 foram FPMRS específicos e 14.447 foram casos não-FPMRS. No geral, os casos não FPMRS específicos eram menos frequentes entre os cirurgiões que tinham um alto volume de procedimentos FPMRS específicos ( $p < 0,1$ )

Os procedimentos anti-incontinência constituíram 46% dos casos específicos da subespecialidade nos registros de certificação tanto em 2013 como em 2020. A grande maioria (90%) dos procedimentos realizados para tratamento da incontinência urinária de esforço foram

slings, seja com uso de tela sintética ou fâscia autóloga. Houve um discreto aumento nos implantes de slings proporcionalmente entre os procedimentos anti-incontinência de 2013 a 2020 (95,6% versus 98,2%), de forma semelhante também observado na proporção total de casos (44% versus 45%). No entanto, baseado na taxa de casos ajustados para o número de cirurgiões certificados por ano, o número de casos de sling por cirurgia diminuiu entre os dois anos de registros (31,3 em 2013 e 26,8 em 2020). O restante dos procedimentos anti-incontinência incluiu uretropexia transvaginal, uretropexia abdominal/laparoscópica e implante de sling laparoscópico.

O implante de Slings de uretra média já previamente se demonstrou como sendo o procedimento anti-incontinência mais comumente realizado entre urologistas certificados, independentemente do tipo de especialidade. O aumento relativo na participação dos slings proporcionalmente entre os procedimentos anti-incontinência, sem uma mudança no total de cirurgias anti-incontinência durante os dois anos de certificação de casos

→ Continua na página 21

## PADRÕES DE PRÁTICA ATUAIS EM UROLOGIA FEMINIINA

→ Continua na página 20

sugere que fatores específicos referentes aos Slings podem estar influenciando as taxas de implantes, como a preocupação com o uso de tela, porém, ao mesmo tempo, dados suportam a maior eficácia do implante de slings em comparação com outros procedimentos anti-incontinência. Adicionalmente, pode haver mais mudanças na proporção do uso de fâscia autóloga versus tela sintética que não são identificados por estes registros.

O tratamento cirúrgico dos prolapso, semelhantemente, também mudou entre os registros de casos de 2013 e 2020, talvez sendo outra indicação da mudança nas atitudes relacionadas ao uso de telas. Os procedimentos de reparo de prolapso foram um dos procedimentos mais realizados pelos urologistas certificados em FPMRS, correspondendo a 45% dos casos submetidos em 2013 e 2020. O número total de casos de telas/enxertos protéticos transvaginais implantados em 2013 (741 casos) versus 2020 (338 casos) representam 11% e 4% do total de casos

realizados por urologistas FPMRS em 2013 e 2020, respectivamente. A participação dos casos em que se utilizaram as telas/enxertos protéticos transvaginais para prolapso proporcionalmente entre as cirurgias de reparo das distopias genitais caiu pela metade, de 30% para 15% de 2013 para 2020. Ao longo desse mesmo período, houve um aumento do uso de telas por via abdominal, tanto proporcionalmente em relação ao total de casos de FPMRS (de 9% para 15%) quanto no total de cirurgias para reparo de prolapso (de 24% para 30%). Essa tendência foi semelhante entre urologistas não FPMRS, provavelmente relacionado a realização da sacrocolpexia laparoscópica robô-assistida por todos os urologistas. Interessantemente, as taxas de excisão de tela não mudaram entre 2013 e 2020, ficando em 8% entre todos os procedimentos.

Os códigos CPT (Current Procedural Terminology – Terminologia de procedimentos atual) identificados para implantes de telas/próteses transvaginais compreendem tam-

bém o uso de enxertos protéticos (enxertos biológicos, xenografts), limitando a habilidade de distinguir entre esses dois tipos de casos. No entanto, como os registros de casos de 2013 incluíram casos a partir de 2011, é razoável assumir que os kits de telas transvaginais foram utilizados em uma proporção significativa de casos, e a diminuição subsequente dos casos foi, pelo menos parcialmente, em resposta às consecutivas declarações da US Food and Drug Administration (FDA) sobre o uso das telas transvaginais. Em 2019, a FDA banuiu a distribuição dos kits de tela transvaginais para reparo de prolapso, constituindo um seguimento para as comunicações prévias questionando o uso da tela transvaginal para o tratamento cirúrgico dos prolapso, reduzindo a probabilidade que telas transvaginais tenham sido usadas nestes reparos, especialmente nos casos registrados para certificação em 2020.

Como a prática da urologia continua se tornando mais subespecializada, é importante avaliar o impacto

da certificação em subespecialidades nos padrões de prática para casos que são considerados específicos a uma determinada subespecialidade. Ao mesmo tempo em que se destaca a diversidade da prática em FPMRS, os dados também demonstram o impacto que fatores externos (declarações da FDA sobre as telas transvaginais e sobre a experiência em treinamento) têm nos padrões de prática entre as subespecialidades. ■

1. Weissbart SJ, Wein AJ, Smith AL. Female pelvic medicine and reconstructive surgery—what does certification mean?. *Curr Urol Rep.* 2018;19(5):30.
2. American Board of Medical Specialties. *Board Certification and Maintenance of Certification.* 2017. <http://www.abms.org/board-certification>.
3. Jayram G, Matlaga BR. Contemporary practice patterns associated with percutaneous nephrolithotomy among certifying urologists. *J Endourol.* 2014;28(11):1304-1307.
4. Lowrance WT, Eastham JA, Savage C, et al. Contemporary open and robotic radical prostatectomy practice patterns among urologists in the United States. *J Urol.* 2012;187(6):2087-2093.
5. American Board of Urology. *FP-MRS Subspecialty.* 2022. <https://www.abu.org/certification/subspecialties/fpm-rs-subspecialty>.
6. Chughtai BI, Elterman DS, Vertosick E, Maschino A, Eastham JA, Sandhu JS. Midurethral sling is the dominant procedure for female stress urinary incontinence: analysis of case logs from certifying American urologists. *Urology.* 2013;82(6):1267-1271.

## UPJ INSIGHT

# Sangramentos significativos relacionados a biópsia transretal de próstata

Jay Fuletra, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Chris Rjepaj, BS

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Joseph Y. Clark, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

John J. Knoedler, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Susan M. MacDonald, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Matthew G. Kaag, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Suzanne B. Merrill, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Jay D. Raman, MD

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania

Fuletra J, Rjepaj C, Clark JY, et al. Significant bleeding complications following transrectal prostate needle biopsy: incidence, predictors, and management. *Urol Pract.* 2023;10(1):5-9.

Traduzido por: Dr. Limirio Fonseca

## Necessidade de importância do estudo

Doenças vasculares são as principais causas de morbidade, resultando em um aumento do número de pacientes em uso de anticoagulação crônica. Sangramento pós biópsia transretal da próstata (BTP) é comum, com 90% de hematúria e 50% de sangramento retal. Nós reportamos nossa experiência após 2.402 BTP para orientar a incidência de sangramento significativo como complicação.

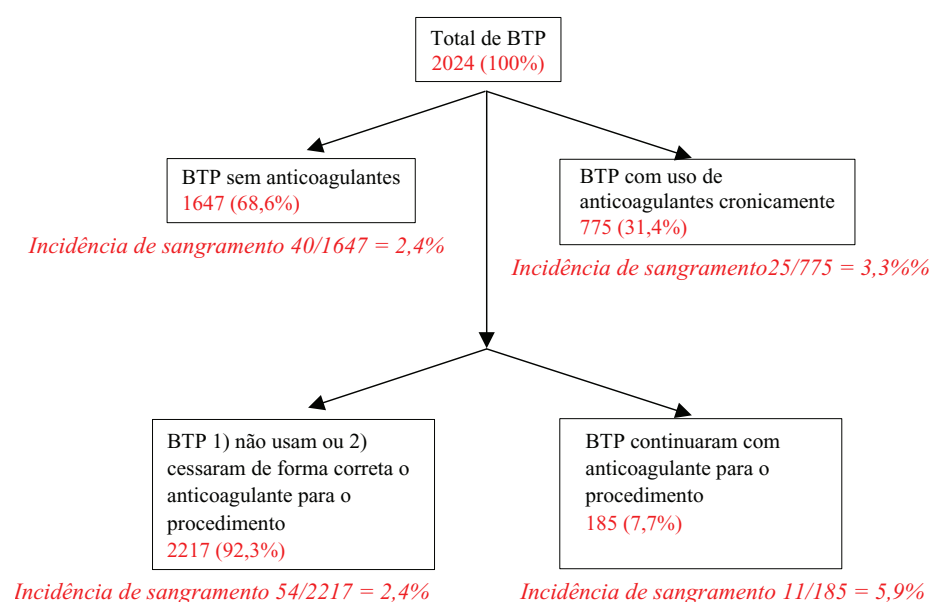


Figure. Figura. Incidência de sangramento após biópsia transretal de próstata (BTP) de acordo com Status de anticoagulação.

→ Continua na página 22



## SANGRAMENTOS SIGNIFICATIVOS RELACIONADOS A BIÓPSIA TRANSRETAL DE PRÓSTATA

→ Continua na página 21

### O que encontramos

755 (31%) dos procedimentos foram realizados em pacientes com anticoagulação crônica composta por Aspirina 81mg (570; 75%), Aspirina > 81mg (78; 10%), Varfarina (57; 8%), clopidogrel (44; 6%), enoxaparina (3; 0,3%) e dipiridamol (3; 0,3%). 185 (7,7%) dos procedimentos foram realizados sem a cessação desses medicamentos.

Sangramento significativo independentemente da anticoagulação foi reportado em 65 (2,7%) casos, e 54 destes foram autolimitados e não geraram ida ao hospital. Os 11 restantes tiveram sangramento que necessitaram ida ao hospital ou internação. 9 casos foram resolvidos com medidas

**“Procedimentos realizados com anticoagulação crônica não tiveram maior taxa significativa de sangramento (3,3% vs 2,4%, OR 1.38 95% CI 0.83-2.28, P = .22).”**

conservadoras, enquanto 2 precisaram de procedimentos adicionais. 1 caso precisou de retoscopia com clampeamento de vasos

retais sangrantes, enquanto o outro cistoscopia com evacuação de coágulos por hematúria.

Procedimentos realizados com anticoagulação crônica não tiveram maior taxa significativa de sangramento (3,3% vs 2,4%, OR 1.38 95% CI 0.83-2.28, P = .22). No entanto, BTP realizados sem a cessação de anticoagulantes foi associado com aumento significativo de complicações (5,9% vs 2,4%, OR 2.56, 95% CI 1.31-4.99, p = .014; Veja a figura)

### Limitações

Uma limitação é que se trata de um estudo de centro único, retrospectivo. Segundo, provavelmente nós não capturamos todos os even-

tos, e o número de sangramento significativo pode ter sido subrepresentado em nosso estudo.

### Interpretação para o cuidado ao paciente

BTP tem um risco baixo de complicação relacionada a sangramentos. Aqueles pacientes com suspensão adequada do uso crônico de anticoagulantes antes da biópsia não tem um risco aumentado para sangramentos. Caso o paciente tenha necessidade de manter a anticoagulação ou não suspendam a anticoagulação de forma adequada, está sujeito a um risco maior de complicação que necessite de cuidado médico. ■

## COLUNA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

# Abordando as Lacunas na Educação Médica sobre o Cuidado de Pacientes Transgêneros e de Gênero Diverso

Adam C. Schneider, BS

Sidney Kimmel Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania

Traduzido por: Dra. Bruna Venturini

A primeira coisa que ela ouviu depois de acordar da cirurgia foi “Senhor, preciso que você se mantenha calmo”. Ela estava lá para uma orquiectomia de afirmação de gênero, e a pessoa que pronunciou essas palavras presumiu seu gênero com base no nome do procedimento cirúrgico. Essa situação poderia ter sido facilmente evitada com uma análise mais cuidadosa do histórico e dos registros do paciente. Embora esse ato de uso incorreto do pronome tenha sido feito involuntariamente, não é necessariamente benigno.

No entanto, experiências semelhantes de uso inadequado do gênero e de disforia de gênero ainda ocorrem com frequência no ambiente de cuidados de saúde. Aproximadamente 33% das pessoas trans relataram pelo menos uma experiência negativa com seu provedor de cuidados de saúde relacionada à sua iden-

tidade de gênero, e 23% evitam procurar assistência à saúde por medo de serem maltratados.<sup>1</sup> Com mais sistemas de saúde, provedores e empresas de seguros agora oferecendo cobertura para cuidados de afirmação de gênero, o número de pessoas trans e de gênero diverso (TGD) que buscam atendimento e cuidados médicos deve aumentar.

Como resultado, espera-se que aumente a demanda por provedores de cuidados de saúde e médicos competentes, sensíveis e bem treinados em fornecer cuidados específicos para TGD na área da urologia. No entanto, os currículos das escolas médicas e residências historicamente têm fornecido treinamento e educação limitados sobre saúde específica para TGD. Estudos disponíveis relatam que cerca de 74% dos estudantes de medicina receberam menos de 2 horas de treinamento em saúde transgênero ao longo de sua educação.<sup>2</sup> É imperativo que abordemos essas discrepâncias, mas por onde começamos? Como fechamos essa lacuna educacional?

### Quais padrões devem ser implementados nos currículos médicos para garantir o progresso e a segurança futuros para esses pacientes?

Na ausência de diretrizes formais de educação, algumas recomendações para objetivos de aprendizagem em currículos de estudantes de medicina incluem:

1. *Barreiras históricas ao atendimento de pacientes TGD.* Experiências de preconceito, discriminação e trauma no sistema de saúde e na sociedade, barreiras socioeconômicas, patologização inadequada da incongruência de gênero e disforia são apenas algumas das barreiras que indivíduos TGD continuam a enfrentar. Compreender essas experiências ajudaria os alunos a fornecer cuidados culturalmente informados que podem diminuir o risco de retraumatização no sistema de saúde.
2. *Terminologia de identificação de*

*gênero sobre sexo, gênero e orientação.* A terminologia está sempre mudando, e é importante estar atualizado sobre a linguagem adequada e respeitosa para melhorar o atendimento.

3. *Pronomes e nome.* Perguntar e se referir a um paciente pelo seu nome e pronomes é uma das formas mais importantes de os médicos estabelecerem uma relação e construir confiança com os pacientes. É crucial que os aprendizes tenham uma compreensão dos diferentes pronomes usados pelas pessoas para se auto-identificarem, bem como o impacto negativo do uso de “nome morto” – quando alguém se refere a uma pessoa TGD por um nome que eles não pediram para usar ou por um nome que eles usavam antes de fazer a transição, geralmente o nome que lhes foi atribuído ao nascimento e com o qual não se identificam mais.
4. *Transição de gênero (social, médica e/ou cirúrgica).* A transição de gênero não é um único passo ou

→ Continua na página 23

## ABORDANDO AS LACUNAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA SOBRE O CUIDADO DE PACIENTES

→ Continua na página 22

uma única experiência. Entender os vários passos pelos quais uma pessoa pode ou não passar para afirmar sua identidade e/ou expressão de gênero ajuda a garantir que um cuidado ótimo esteja sendo fornecido. Embora os tratamentos hormonais (médicos) sejam administrados principalmente pelos médicos de cuidados primários e/ou endocrinologistas dos pacientes, os efeitos pretendidos e não intencionais das terapias hormonais feminilizantes e masculinizantes afetam os exames e o manejo urológicos. O processo de transição de cada pessoa é único e eles devem receber cuidados adaptados à sua experiência individual.

5. *Os atuais padrões de atendimento sobre critérios para tratamentos médicos e cirúrgicos de afirmação de gênero para adultos e adolescentes. As diretrizes fornecidas pela WPATH (Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero)*<sup>3</sup> e pela Sociedade de Endocrinologia<sup>4,5</sup> são projetadas para promover o melhor cuidado possível ao paciente TGD, não limitando o acesso aos cuidados.
6. *Elementos para estabelecer um ambiente de afirmação de gênero.* O conhecimento sobre como promover cuidados seguros e culturalmente informados para pacientes TGD, para evitar induzir disforia de gênero, é uma competência essencial, bem como saber fazer as perguntas importantes de forma respeitosa.

7. *Elementos de uma abordagem de cuidado informada sobre traumas na urologia.* Uma história e um exame físico focados em urologia podem ser particularmente invasivos para pacientes TGD, especialmente durante os momentos vulneráveis que acompanham o exame e a discussão dos órgãos geniturinários e reprodutivos. Portanto, é fundamental entender como realizar a abordagem e exame do paciente a fim de evitar a retraumatização em uma população de pacientes que já está em alto risco.

### O que o treinamento para profissionais de saúde que fornecem cuidados para pacientes TGD deve conter?

A WPATH apresentou recomendações sobre treinamento em conhecimento cultural focado no tratamento e cuidado com dignidades de pacientes TGD. Para instituições e profissionais de saúde, as recomendações incluem treinamento durante a orientação e como parte da educação anual ou continuada, bem como treinamento em cada uma das áreas de competência da especialidade do profissional de saúde.<sup>3</sup> A implementação dessas estratégias para garantir que essas competências sejam atendidas requer mais atenção e consideração. Devemos incorporar avaliações e certificações padronizadas para os aprendizes? Também devemos

atribuir uma proporção aumentada de recursos curriculares e tempo para garantir treinamento adequado? Coletivamente, objetivos de aprendizado claros e consensuais precisam ser definidos para promover a mais alta qualidade de cuidado para nossos pacientes.

### Onde os profissionais de saúde e pacientes podem encontrar mais informações e recursos para cuidados com pessoas TGD?

1. A Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero (<https://www.wpath.org/>):<sup>3</sup> fornece informações sobre orientação clínica para profissionais de saúde para auxiliar pessoas TGD com caminhos seguros e eficazes para tratamento social, médico e cirúrgico para aqueles que sofrem de disforia ou discordância de gênero, apresentadas em suas Normas de Atenção, Versão 8.
2. As Diretrizes de Prática Clínica da Sociedade de Endocrinologia (<https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health>):<sup>5</sup> fornecem protocolos de cuidados para apoiar indivíduos TGD, incluindo informações sobre supressão da puberdade, hormônios e cirurgia, e também padronizam a terminologia usada pelos profissionais de saúde.
3. O Centro Nacional para a Igualdade Transgênero (<https://transequality.org/>):<sup>6</sup> fornecem informações para profissionais de saúde e pacientes sobre recursos para direitos à assistência médica, apoio à saúde mental e social, moradia segura, cobertura de seguros, suporte financeiro relacionado à transição de gênero, e emprego.
4. O Centro de Excelência em Saúde Transgênero (<https://prevention.ucsf.edu/transhealth>):<sup>7</sup> recursos disponíveis incluem cursos de aprendizagem on-line para profissionais de saúde, manuais e diretrizes de prática clínica, e folhetos informativos e resumos baseados em evidências sobre a prestação de cuidados ideal para pacientes TGD. ■

1. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet I, Anafi M. *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. 2016. Accessed July 6, 2022. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>.
2. Dowshen N, Meadows R, Byrnes M, Hawkins L, Eder J, Noonan K. Policy perspective: ensuring comprehensive care and support for gender non-conforming children and adolescents. *Transgender Health*. 2016;1(1):75-85
3. World Professional Association for Transgender Health. *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People (8th Version)*. 2022. Accessed September 19, 2022. <https://www.wpath.org/publications/soc>.
4. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-3903.
5. The Endocrine Society. *Transgender Health: An Endocrine Society Position Statement*. December, 2020. <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health>.
6. The National Center for Transgender Equality. Accessed October 1, 2022. <https://transequality.org/>.
7. University of California San Francisco, The Center for Excellence in Transgender Health. Accessed September 29, 2022. <https://prevention.ucsf.edu/transhealth>.

## JU INSIGHT

# Instilação intravesical de Mitomicina C neoadjuvante à Ressecção Transuretral do Tumor de Bexiga

Hye Won Lee, MD, PhD

Center for Urologic Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea

Hyung Ho Lee, MD, PhD

Center for Urologic Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea

Eun Young Park, MS

Research Core Center, National Cancer Center, Goyang, Korea

Weon Seo Park, MD, PhD

Center for Urologic Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea

Sung Han Kim, MD, PhD

Center for Urologic Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea

Jae Young Joung, MD, PhD

Center for Urologic Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea

Jinsoo Chung, MD, PhD

Center for Urologic Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea

Ho Kyung Seo, MD, PhD

Center for Urologic Cancer, National Cancer Center, Goyang, Korea  
Research Institute and Hospital of National Cancer Center, Goyang, Korea  
Graduate School of Cancer Science and Policy, National Cancer Center, Goyang, Korea

Lee HW, Lee HH, Park EY, et al. **Neoadjuvant intravesical mitomycin-C before transurethral resection of bladder tumor.** *J Urol*. 2023;209(1):131-139.

Traduzido por: Dr. Pedro Gabrich

→ Continua na página 24



## INSTILAÇÃO INTRAVESICAL DE MITOMICINA C NEOADJUVANTE À RESSECÇÃO TRANSURETRAL DO TUMOR DE BEXIGA

→ Continua na página 23

### Necessidade e Importância do estudo

Uma dose única de instilação intravesical de mitomicina-C (IMMC) imediatamente após a ressecção transuretral de tumores de bexiga (RTU de bexiga) é um ponto fundamental na profilaxia precoce da recorrência do tumor no câncer de bexiga não músculo-invasivo. Apesar da mitomicina-C ser um representante agente intravesical; há uma falha de adesão em todo o mundo, particularmente nas situações de ressecção profunda ou em suspeita de perfuração da bexiga durante RTU devido a complicações graves relacionadas ao vazamento extra vesical. Avaliamos uma instilação neoadjuvante de mitomicina-C (IMMC) de curta duração para esperar efeitos antitumorais desde o início da RTU de bexiga com toxicidade mínima, que pode ser aplicado a potencialmente todos os pacientes, independentemente da extensão e profundidade da RTU de bexiga.

### O que descobrimos

Neste estudo randomizado de fase II de centro único, 2 instilações intravesical de mitomicina-C (IMMC) pré RTU de bexiga foram realizados no dia anterior e 4 horas antes da RTU (o grupo

de intervenção) ou não (o grupo de controle). Na análise por protocolo, 71 pacientes (33, intervenção; 38, controle) foram bem equilibrados quanto às suas características. A duração do recrutamento foi de 52,4 meses e 3 e 8 pacientes apresentaram recorrência nos grupos de intervenção e controle, respectivamente. O IMMC neoadjuvante resultou em uma redução de 63% no risco relativo de recorrência (ver Figura). A progressão da doença não ocorreu no grupo de intervenção, mas ocorreu em 3 pacientes do grupo controle. Notavelmente, apenas 5 pacientes apresentaram eventos adversos relacionados ao IMMC, que foram locais e classificados como grau 1 ou 2.

### Limitações

Os principais pontos fracos deste estudo são: estudo em centro único com uma pequena coorte, as taxas de eventos de recorrência/progressão do tumor menores do que o esperado e o desenho sem um grupo tratado com uma única dose de Mitomicina C imediatamente após a RTU.

### Interpretação para cuidados com o paciente

O IMMC neoadjuvante é bem tolerado e benéfico na redução da

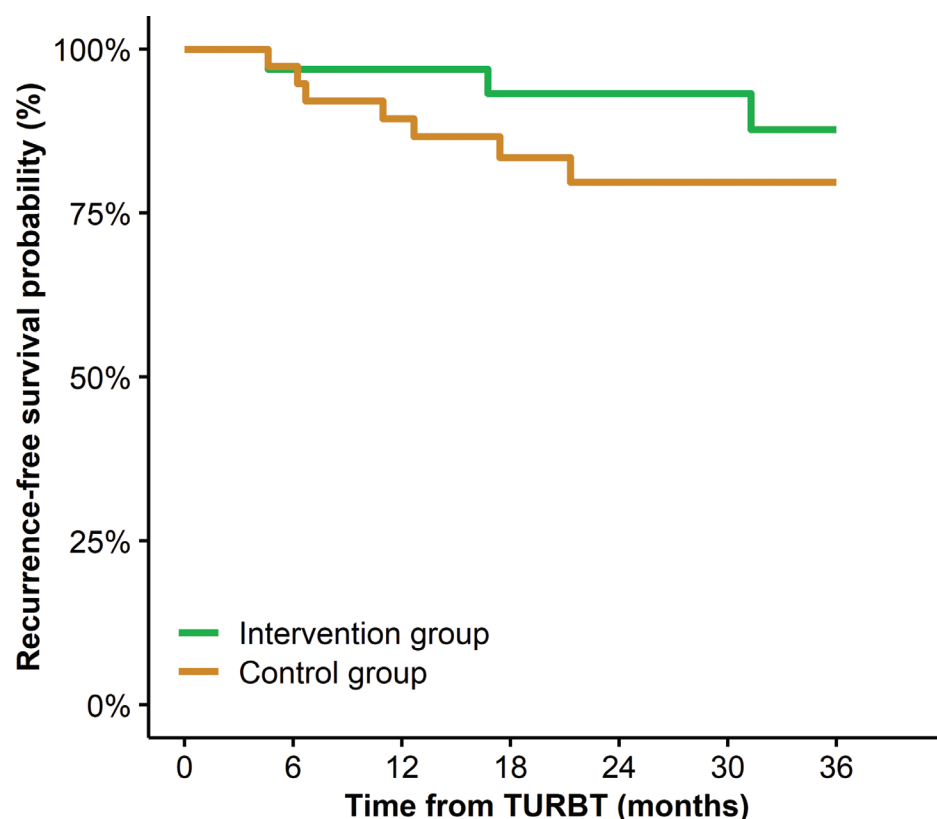


Figure. Kaplan-Meier curve for recurrence-free survival of all the patients treated with neoadjuvant mitomycin-C intravesical instillation or transurethral resection of bladder tumor (TURBT) alone.

recorrência e progressão do câncer de bexiga não músculo-invasivo após a RTU. Futuros estudos mul-

ticêntricos de fase III são necessários para introduzir esse regime na prática clínica de rotina. ■

## JU INSIGHT

# Custo-efetividade do Pembrolizumab adjuvante após nefrectomia no carcinoma de células renais de alto risco

Vidit Sharma, MD, MS  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Kevin M. Wymer, MD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Daniel D. Joyce, MD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

James Moriarty, MS  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Abhinav Khanna, MD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Bijan J. Borah, PhD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

R. Houston Thompson, MD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Brian A. Costello, MD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Bradley C. Leibovich, MD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Stephen A. Boorjian, MD  
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Sharma V, Wymer KM, Joyce DD, et al. Cost-effectiveness of adjuvant pembrolizumab after nephrectomy for high-risk renal cell carcinoma. *J Urol.* 2023;209(1):89-98.

Traduzido por: Dr. Gustavo Franco Carvalhal

### Relevância do Estudo

O estudo KEYNOTE-564 mostrou que o uso adjuvante de pembrolizumab após nefrectomia no carcinoma renal de células claras (CRCC) reduziu o risco de progressão da doença e potencialmente afetará a mortalidade geral. Entretanto, o uso do pembrolizumab adjuvante está associado a custos e a toxicidades significativos, de forma que ainda não está bem claro se os riscos superam os benefícios.

### Nossa Opinião

Utilizamos os dados do KEYNOTE-564 para avaliar a custo-utilidade do uso adjuvante de pembrolizumab vs. observação após nefrectomia em CRCC de alto risco. Os desfechos principais foram anos de qualidade de vida (QALYs), os custos para o Medicare, e as taxas de custo-efetividade. O gatilho de pagamento utilizado foi o de US\$ 100.000/QALY (veja a figura).

→ Continua na página 25

## CUSTO-EFETIVIDADE DO PEMBROLIZUMAB ADJUVANTE APÓS NEFRECTOMIA NO CARCINOMA

→ Continua na página 24

Em cinco anos, o tratamento adjuvante com pembrolizumab resultou em 0,3 QALYs adicionais a um custo adicional de US\$ 99.484 em comparação à observação. O uso de pembrolizumab não foi considerado custo-efetivo em um horizonte de cinco anos (taxa de custo-efetividade adicional =US\$ 326.534). Em uma análise de sensibilidade, o pembrolizumab se tornou custo-efetivo quando seu custo por ciclo foi <US\$5.064 (base = US\$ 10.278) ou quando o benefício de progressão em cinco anos foi > 18,8% (base = 9%). Em uma simulação, verificamos que o pembrolizumab seria custo-efetivo em cinco anos para pacientes com um

“Três critérios podem ser usados para facilmente identificar pacientes com 59% ou mais chances de progressão em cinco anos: pacientes que realizaram metastasectomias R0, pacientes com estágio pN1, e pacientes com tumores pT3 e com padrão sarcomatóide.”

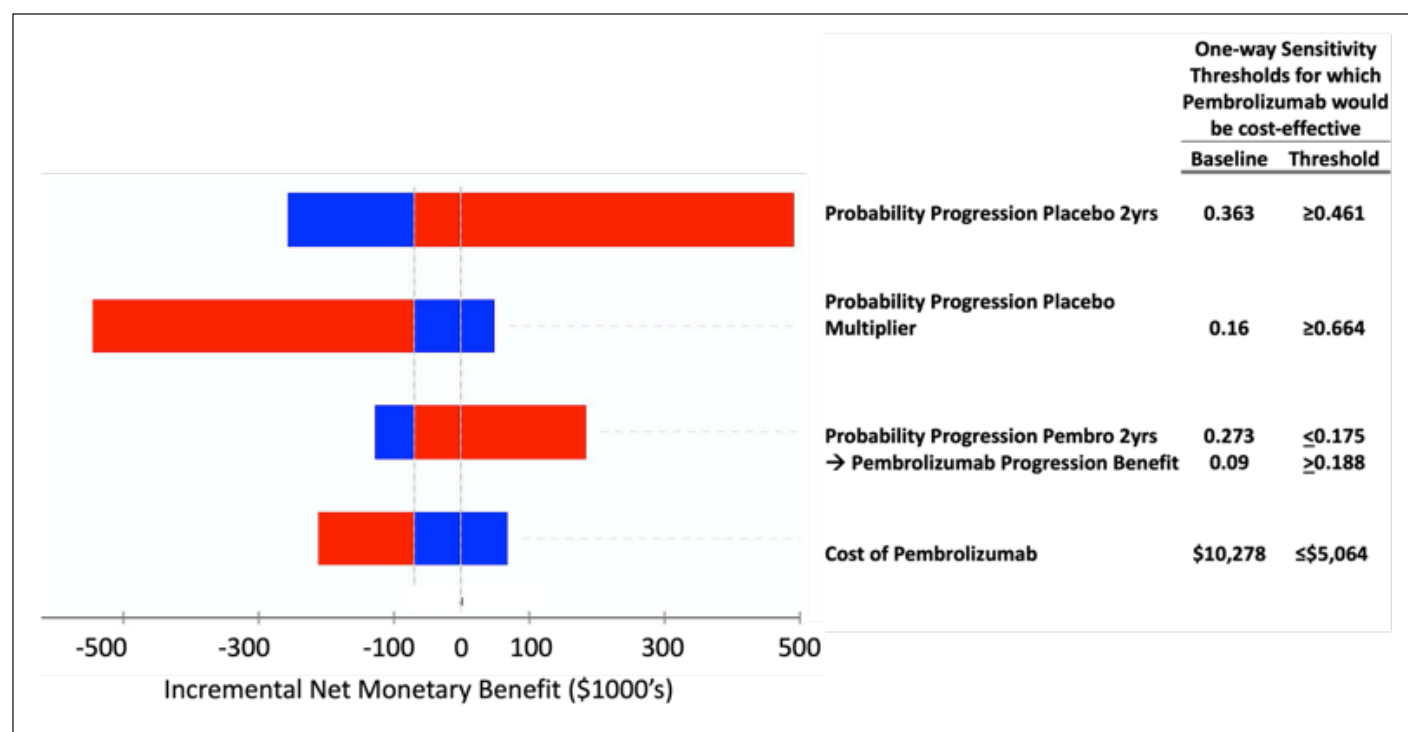


Figura 1. Diagrama Tornado para análises de sensibilidade 1-way demonstrando as quatro variáveis derivadas de 100 modelos que quando adicionadas transformaram o pembrolizumab em um tratamento custo-efetivo. O eixo X usa o benefício financeiro em vez da custo-efetividade para eliminar assíntotas. Os valores de base e os valores correspondentes que transformam o pembrolizumab em custo-efetivo estão demonstrados na tabela. As barras vermelhas correspondem a incrementos na variável, enquanto as barras azuis correspondem a reduções na variável. As alterações que movem a barra para a direita da linha do "0" do benefício monetário incremental fazem o pembrolizumab ser custo-efetivo.

risco de progressão de pelo menos 59%, o que corresponde a um escore de sobrevida livre de progressão da Mayo Clinic  $\geq 10$  e a um escore de sobrevida livre de doença ASSURE de 8,5 ou mais. Três critérios poderiam ser facilmente utilizados para identificar pacientes com um risco de 59% ou mais de progressão em cinco anos: pacientes que realizaram metastasectomias R0, pacientes pN1, e pacientes com tumores pT3 >7 cm e com padrão sarcomatóide associado.

### Limitações

Uma vez que nosso estudo é um trabalho de aplicação de mo-

delos, nossos resultados apresentaram as limitações relacionadas à acurácia dos modelos probabilísticos, dos valores das utilidades, das presunções, e das extrapolações. Mais especificamente, os dados de dois anos do KEYNOTE-564 foram usados para extrapolar as taxas de progressão para cinco ou mais anos. Logo, precisaremos dos dados de cinco anos do KEYNOTE 564 para a confirmação dos nossos achados. Adicionalmente, reconhecemos que pacientes individuais capazes de pagarem mais por tratamentos de alto custo, ou que disponham de seguros de saúde que forneçam cobertura para estes tratamentos

podem ter gatilhos maiores para aceitar custos mais elevados.

### Nossa Interpretação com Relação ao Tratamento do Paciente

Nosso estudo utilizando modelos estatísticos demonstrou que o pembrolizumab adjuvante provavelmente só é custo-efetivo em cinco anos naquele subgrupo de pacientes com CRCC e mais de 59% de chances de progressão em cinco anos. Para pacientes com riscos menores, os benefícios limitados do pembrolizumab provavelmente não justificam os custos e os efeitos colaterais. ■

## JU INSIGHT

# Ressecção transuretral de tumor vesical vs. quimioablação para câncer de bexiga não músculo-invasivo

Taylor Parisse, BA\*  
University of North Carolina at Chapel Hill

Katy Reines, MD\*  
University of North Carolina at Chapel Hill

Ramsankar Basak, PhD  
University of North Carolina at Chapel Hill

Dana Mueller, MS  
University of North Carolina at Chapel Hill

Randall Teal, MA  
Connected Health Applications & Interventions  
(CHAI) Core, University of North Carolina at Chapel Hill

Maihan B. Vu, DrPH, MPH  
Connected Health Applications & Interventions  
(CHAI) Core, University of North Carolina at

Chapel Hill  
Center for Health Promotion and Disease Prevention,  
UNC at Chapel Hill

Jessica Carda-Auten, MPH  
Connected Health Applications & Interventions  
(CHAI) Core, University of North Carolina  
at Chapel Hill

→ Continua na página 26



## RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL VS. QUIMIOABLAÇÃO PARA CÂNCER

→ Continua na página 25

### Kathryn Stein

Connected Health Applications & Interventions (CHAI) Core, University of North Carolina at Chapel Hill

### Kara Giannone, MPH

Connected Health Applications & Interventions (CHAI) Core, University of North Carolina at Chapel Hill

### Robert Lipman

Bladder Cancer Advocacy Network, Bethesda, Maryland

### Angela B. Smith, MD, MS

University of North Carolina at Chapel Hill, University of North Carolina, Lineberger, Comprehensive Cancer Center, Chapel Hill

**Parisse T, Reines K, Basak R, et al. Patient and provider perception of transurethral resection of bladder tumor vs chemoablation for nonmuscle-invasive bladder cancer treatment. *J Urol.* 2023;209(1):150-160.**

Traduzido por: Dr. Fransber Rodrigues

## Necessidade e importância do estudo

Dada a necessidade de permanente vigilância com cistoscopia e a alta probabilidade de recorrência requerendo ressecção transuretral (RTUB), câncer de bexiga não

músculo-invasivo (CBNMI) pode causar muito sofrimento para os pacientes, mesmo quando comparado a outras neoplasias urológicas. Dessa forma, tratamentos alternativos não cirúrgicos para CBNMI, como quimioablação intravesical, estão sendo explorados com resultados promissores. Com o papel cada vez mais ativo dos pacientes na tomada de decisão em relação ao tratamento, entender a percepção desses pacientes sobre a quimioablação intravesical em comparação à RTUB é imperativo para se chegar a um cuidado baseado em valores.

## O que encontramos

Neste estudo, que utilizou metodologia mista, nós provocamos as percepções tanto do paciente quanto do médico assistente sobre a repetição da RTUB como um método de tratamento para o CBNMI. Nosso estudo demonstrou uma proporção significativa de pacientes que preferem a quimioablação intravesical à RTUB convencional quando essa opção é disponibilizada como uma alternativa hipotética

de tratamento para CBNMI. Além disso, identificamos diferenças entre a maneira como pacientes e urologistas percebem o uso da RTUB repetida para tratar o câncer de bexiga. Especificamente, os pacientes, mas não os urologistas, enfatizaram o custo emocional do procedimento juntamente com a necessidade de melhorar o aconselhamento sobre recorrência, terminologia e sinais e sintomas relacionados ao câncer.

## Limitações

Identificando nossa amostra de pacientes por meio de uma rede de defesa advocatícia e recrutando os médicos por amostragem sequencial pode induzir um viés de seleção, uma vez que os entrevistados podem não representar a população em geral, além do que os médicos dentro de uma rede social semelhante também podem aconselhar os pacientes de forma semelhante. Além disso, nossa amostra foi homogênea, com a maioria dos entrevistados sendo brancos e do sexo masculino. Outras limitações incluem o viés de memória inerente ao auto-relato de

dados de doenças, falta de informações referentes a dados de qualidade de vida relacionada à saúde e amostragem seletiva, que pode induzir viés do entrevistado.

## Interpretação para o cuidado com o paciente

Como opções de tratamento alternativo para o CBNMI que recidiva, a tomada de decisão compartilhada torna-se cada vez mais importante. Compreender a carga do tratamento do CBNMI na qualidade de vida do paciente é fundamental para se moldar essas discussões de tomada de decisão compartilhada. A discordância entre a percepção do paciente e do profissional sobre a RTUB destaca a necessidade de se expandir nossa compreensão para melhorar a experiência do indivíduo a ser tratado através de uma educação relevante e centrada no próprio paciente. Nosso estudo fornece áreas específicas de discordância e maneiras pelas quais tais áreas podem ser abordadas por meio de recursos de educação do paciente. ■

## JU INSIGHT

# Mortalidade específica do câncer após crioablação versus ablação térmica quente em Carcinoma de células renais T1a

### Gabriele Sorce, MD

Urological Research Institute, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy  
University of Montréal Health Center, Québec, Canada

### Benedikt Hoeh, MD

University of Montréal Health Center, Québec, Canada  
University Hospital Frankfurt, Germany

### Lukas Hohenhorst, MD

University of Montréal Health Center, Québec, Canada  
Martini-Klinik Prostate Cancer Center, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Germany

### Andrea Panunzio, MD

University of Montréal Health Center, Québec, Canada  
University of Verona, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Italy

### Stefano Tappero, MD

University of Montréal Health Center, Québec, Canada  
IRCCS Policlinico San Martino, Genova, Italy

### Zhe Tian, MSc

University of Montréal Health Center, Québec, Canada

### Andrea Kokorovic, MD

University of Montréal Health Center, Québec, Canada

### Alessandro Larcher, MD

Urological Research Institute, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy

### Umberto Capitanio, MD

Urological Research Institute, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy

### Derya Tilki, MD

Martini-Klinik Prostate Cancer Center, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Germany  
University Hospital Hamburg-Eppendorf, Germany  
Koc University Hospital, Istanbul, Turkey

### Carlo Terrone, MD

IRCCS Policlinico San Martino, Genova, Italy

### Felix K. H. Chun, MD

University Hospital Frankfurt, Germany

### Alessandro Antonelli, MD

University of Verona, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Italy

### Fred Saad, MD

University of Montréal Health Center, Québec, Canada

### Shahrokh F. Shariat, MD

Weill Cornell Medical College, New York, New York  
University of Texas Southwestern, Dallas  
Second Faculty of Medicine, Charles University, Praga, Czech Republic  
Institute for Urology and Reproductive Health, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia  
Hourani Center for Applied Scientific Research, Al-Ahliyya Amman University, Jordan  
Comprehensive Cancer Center, Medical University of Vienna, Austria

### Francesco Montorsi, MD

Urological Research Institute, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy

### Alberto Briganti, MD

Urological Research Institute, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy

### Pierre I. Karakiewicz, MD

University of Montréal Health Center, Québec, Canada

**Sorce G, Hoeh B, Hohenhorst L, et al. Cancer-specific mortality after cryoablation vs heatbased thermal ablation in T1a renal cell carcinoma. *J Urol.* 2023;209(1):81-88.**

Traduzido por: Dr. Flavio L Heldwein

## MORTALIDADE ESPECÍFICA DO CÂNCER APÓS CRIOABLAÇÃO VERSUS ABLAÇÃO TÉRMICA QUENTE EM CARCINOMA

→ Continua na página 26

### Necessidade e importância do estudo

Tanto a crioablação (CA) quanto a ablação térmica baseada no calor (do inglês *heat-based thermal ablation* - hTA) representam terapias alternativas para pacientes com carcinomas de células renais T1a, frágeis e/ou com comorbidades quando a intenção curativa é a opção, de acordo com as diretrizes atuais da *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN). Por outro lado, as diretrizes da Associação Européia de Urologia (EAU) recomenda a hTA para pacientes cujo tamanho tumoral seja entre 3,1 a 4 cm, enquanto que qualquer uma destas duas técnicas é recomendado para aqueles com tamanho  $\leq 3$  cm. A distinção entre as recomendações da NCCN vs EAU para pacientes com tumor entre 3,1-4 cm é baseada em uma quantidade muito limitada de dados, a maioria originada de séries de casos. Nossas análises se distinguem dos relatórios anteriores pelo uso da propensão de pareamento por pontos (do inglês: *propensity score matching*) (PSM) e regressão de riscos concorrentes (CRR) ajustada para mortalidade por outras causas, o que representa a maioria das mortes em pacientes T1a que são candidatos a ablação tumoral.

### O que encontramos

Em pacientes com tamanho de tumor de 3,1- 4 cm, após uma propensão 2:1 PSM que resultou em 757 CAs vs 388 hTAs, a taxa de

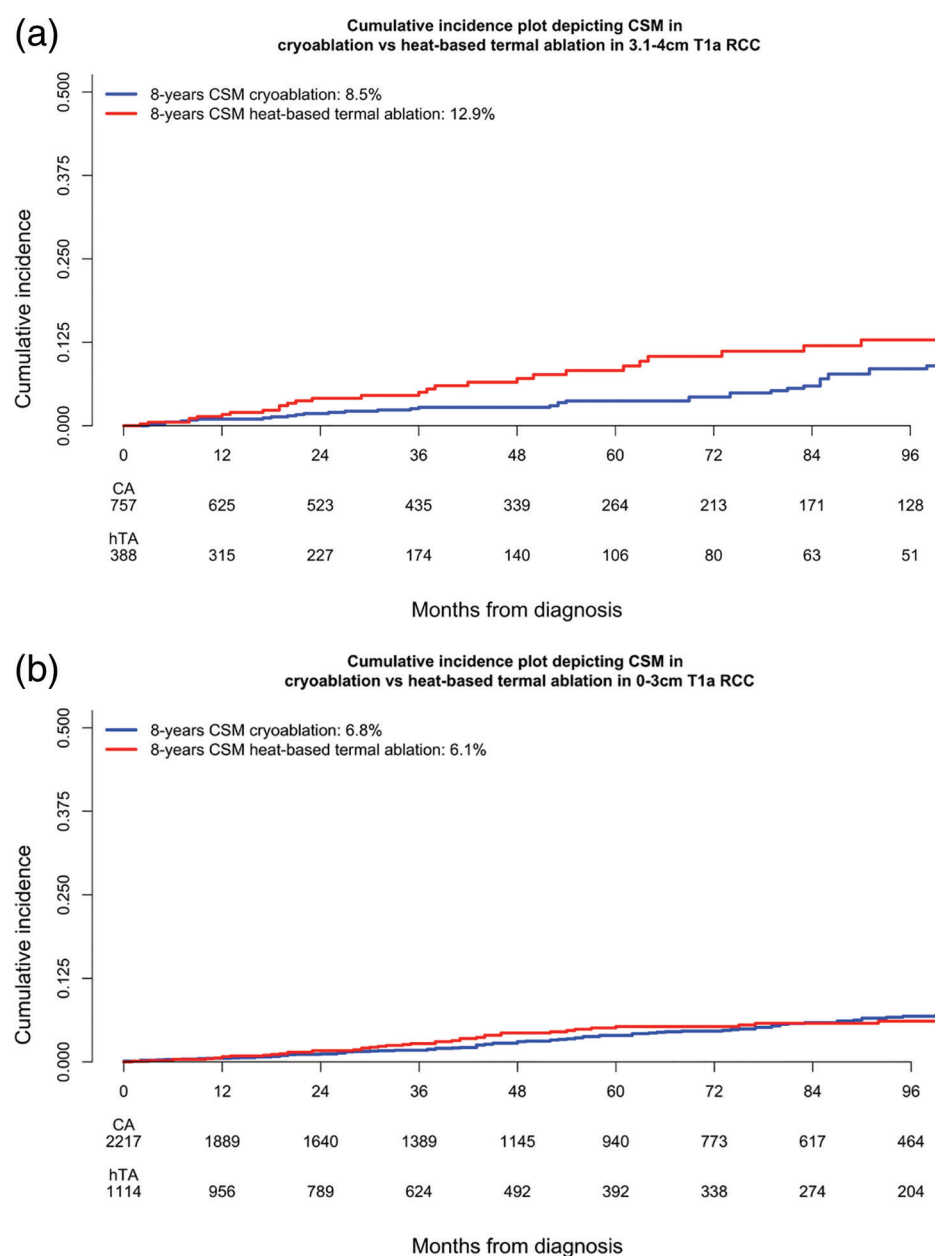
mortalidade específica para câncer em 8 anos (MCE) foi de 8,5% vs 12,9% (veja Figura). Nos modelos CRR multivariados, o hTA foi associado a MCE mais alta (HR:2.02,  $P < .001$ ) em relação à CA. Em pacientes com tamanho de tumor  $\leq 3$  cm, uma proporção 2:1 PSM resultou em 2.217 CAs vs 1.114 hTAs, a taxa de MCE de 8 anos foi de 6,8% vs 6,1%. Em modelos CRR multivariados, o hTA não foi associado a uma MCE mais alta (HR:1.13,  $P = .5$ ) em relação à CA.

### Limitações

A natureza retrospectiva e a falta de dados sobre os pontos terminais anteriores do câncer, tais como a recorrência local e/ou a sobrevivência livre de doenças são limitações. Além disso, faltaram informações sobre taxas de retratamento, comorbidades, número de tumores, localização do tumor dentro do rim e tipo de via de acesso da ablação (por cutâneo ou laparoscópica), influenciando indiferenciadamente ambos os grupos de tratamento.

### Interpretação no cuidado do paciente

Para pacientes com tumores renais com tamanho entre 3,1-4 cm, hTA foi associada ao dobro de desvantagem da MCE, em relação à CA. Por outro lado, em pacientes com tamanho de tumor  $\leq 3$  cm, hTA ou ablação foram igualmente válidas. ■



**Figura.** Incidência cumulativa da mortalidade específica do câncer (MCE), após ajuste para mortalidade por outras causas, conforme escore de propensão por correspondência (PSM) de até 2:1 em pacientes com carcinoma de células renais T1a clínico, de acordo com a crioablação (CA) versus ablação térmica baseada no calor (hTA) em pacientes com tamanho do tumor de 3,1-4 cm (A) e pacientes com tamanho do tumor  $\leq 3$  cm (B).

## ESPAÇO DA RADIOLOGIA

# Massa renal gigante e Veia cava inferior no lado esquerdo

Wei Phin Tan, MD

NYU Langone Health, New York, New York

Traduzido por: Dr. Deusdedit Vieira da Silva

### INTRODUÇÃO

Variações anatômicas da veia cava inferior (VCI) são raras, mas

de grande importância na cirurgia renal. Uma veia cava inferior do lado esquerdo é a segunda anomalia mais comum da VCI e acontece em 0.2-0.5% da população.<sup>1-4</sup> A VCI esquerda tipicamente se junta à veia renal esquerda, que por sua vez cruza a aorta anteriormente, conectando-se com a veia renal di-

reita para formar uma VCI de aparência normal no lado direito.

Esta variação é tipicamente encontrada incidentalmente em exames de imagem realizados para outras finalidades. Uma avaliação crítica e detalhada destas variações é importantes para prevenir lesões iatrogênicas.

### CASO CLÍNICO

Trata-se de paciente feminina, 58 anos, apresentando desconforto abdominal do lado esquerdo e saciedade precoce. Uma TC abdome demonstrava uma VCI esquerda e uma massa renal de

→ Continua na página 28



## MASSA RENAL GIGANTE E VEIA CAVA INFERIOR NO LADO ESQUERDO

→ Continua na página 27

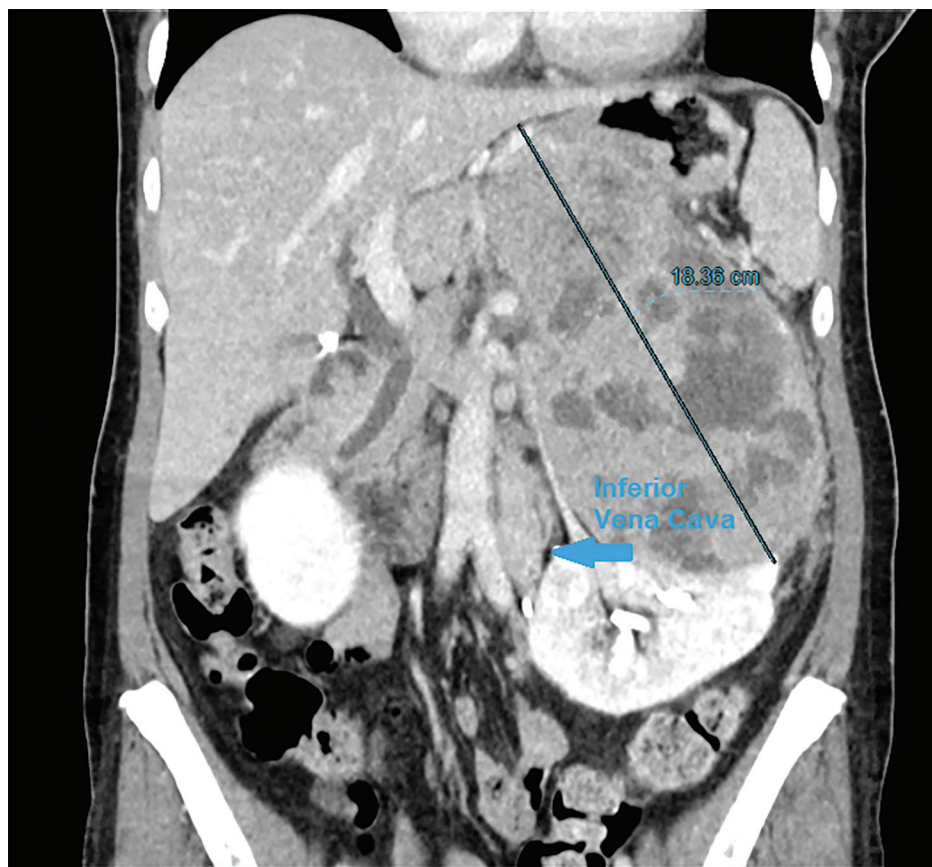


Figure 1. CT of the abdomen and pelvis (coronal view) showing a large left-sided renal mass and a left-sided inferior vena cava (arrow).

19 cm no polo superior do rim esquerdo que se estendia e envolvia cauda do pâncreas e estômago (Figuras 1-3). A paciente também tinha uma lesão de 2 cm na porção superior do lobo direito do fígado, suspeita para metástase. TC do tórax e crânio não evidenciavam presença de metástases no pulmão ou cérebro. O caso foi apresentado em reunião multidisciplinar de especialistas e, devido à dor excruciante, o consenso foi a indicação da nefrectomia radical. Consentimento livre e informado foi obtido e a paciente foi alertada para a possibilidade de ressecção em bloco de órgãos adjacentes devido ao tamanho e aspecto da massa.

Uma laparotomia exploradora foi realizada, revelando uma grande massa renal invadindo cauda do pâncreas, glândula adrenal esquerda, aspecto posterior do estômago e o diafragma. Não havia trombo tumoral na veia renal ou VCI, e foi possível separar a VCI da superfície medial da massa. Foram realizadas nefrectomia esquerda, adrenalectomia esquerda, esplenectomia, pancreatetectomia distal e ressecção parcial do diafragma. A parte pos-

terior do estômago foi separada da massa e, devido a aparência escura do estômago, foi realizada angiografia com indocianina verde sob câmera fluorescente que mostrou ausência de irrigação sanguínea na região. Consequentemente, a gastrectomia total também foi realizada, assim como a enucleação da lesão hepática.

A patologia final mostrou um lipossarcoma de rim com invasão local de cauda de pâncreas, baço, estômago e diafragma, com margens negativas. O nódulo hepático era uma metástase hepática

**“Em caso de dúvidas, uma exame de imagem seccional com contraste e reconstrução 3D pode ser útil para melhor caracterizar a anatomia no planejamento pré operatório.”**



Figure 2. CT of the abdomen and pelvis (axial view) showing a large left-sided renal mass and a left-sided inferior vena cava (arrow).

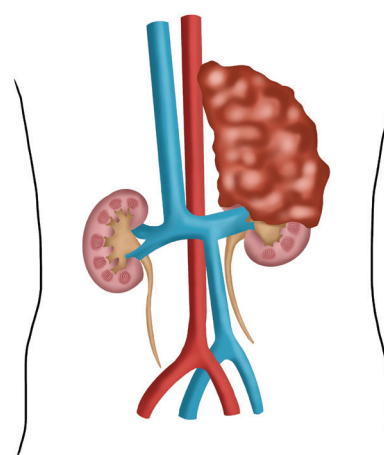


Figure 3. Illustration depicting a left-sided inferior vena cava and large renal mass.

solitária. O pós operatório foi longo, porém sem complicações. A paciente continuou acompanhamento com a oncologia clínica e recebeu quimioterapia. Exames de imagem controle aos 6 meses do pós operatório não mostravam evidência de doença.

## DISCUSSÃO

VCI esquerda é uma variante anatômica pouco comum e tipicamente encontrada em estudos de imagem. As anomalias da VCI ocorrem durante a embriogênese, por volta da quarta a oitava semana de gestação.<sup>3-5</sup> Isto ocorre devido a regressão da veia supra cardinal direita com a persistência da veia supra cardinal esquerda.<sup>3</sup> Ex-

istem outras variações na anatomia da VCI, incluindo: VCI dupla; continuação da ázigos com a VCI; veia renal esquerda *circum aórtica*, veia renal esquerda retro aórtica; VCI dupla com veia renal direita retro aórtica e hemiázigos em continuação com VCI; VCI dupla com veia renal esquerda retro aórtica e continuação da ázigos com a VCI; ureter *circum caval* e ausência de VCI com preservação do segmento suprarrenal.<sup>6</sup>

Variações da VCI são muito importantes durante a cirurgia retroperitoneal para evitar lesões iatrogênicas. Muitas dessas variantes podem ser confundidas com linfadenopatias para-aórticas ou veia gonadal dilatada. Em caso de dúvidas, uma exame de imagem seccional com contraste e reconstrução 3D pode ser útil para melhor caracterizar a anatomia no planejamento pré operatório. VCI esquerda também é importante quando se tenta acesso da VCI via abordagem transjugular para procedimentos como posicionamento de filtros de veia cava, o que pode resultar em posicionamento equivocado do dispositivo.

Em conclusão, VCI esquerda é uma variação anatômica rara, mas que pode ter uma implicação cirúrgica significativa se não for diagnosticada no pré operatório.

→ Continua na página 29

## MASSA RENAL GIGANTE E VEIA CAVA INFERIOR NO LADO ESQUERDO

→ Continua na página 28

Essa identificação pré operatória é crítica para prevenir complicações cirúrgicas iatrogênicas. ■

1. Hoeltl W, Hraby W, Aharinejad S. Renal vein anatomy and its implications for retroperitoneal surgery. *J Urol.* 1990;143(6):1108-1114.
2. Forster J, Biyani CS, Weston PM. A gentle reminder in the laparoscopic era left-sided inferior vena cava. *Int Urol Nephrol.* 2006;38(3-4):439-442.
3. Ghandour A, Partovi S, Karuppasamy K, Rajiah P. Congenital anomalies of the IVC-embryological perspective and clinical relevance. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2016;6(6):482-492.
4. Rajabnejad Y, Aliakbarian M, Rajabnejad A, Motie MR. Left-sided inferior vena cava encountered during organ retrieval surgery: report of two cases. *Int J Organ Transplant Med.* 2016;7(4):229-232.
5. Giordano JM, Trout HH III. Anomalies of the inferior vena cava. *J Vasc Surg.* 1986;3(6):924-928.
6. Bass JE, Redwine MD, Kramer LA, Huynh PT, Harris JH Jr. Spectrum of congenital anomalies of the inferior vena cava: cross-sectional imaging findings. *Radiographics.* 2000;20(3):639-652.
7. Tan WP, Sherer BA, Khare N. Unfriendly filter: an unusual cause of hydronephrosis and hematuria. *Urology.* 2016;87:e9-e10.

## JU INSIGHT

# Nab-paclitaxel associado a terapia anti-PD1 em tumores uroteliais avançados. Resultados de um trial de fase II

Irene Tsung, MD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Edward Green, MPH

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Phillip Palmbo, MD, PhD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Zachery Sloan, MS

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Zachery R. Reichert, MD, PhD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Ulka Vaishampayan, MD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

David C. Smith, MD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Megan E. V. Caram, MD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Sarah Yentz, MD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Stephanie Daignault-Newton, MS

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Laura Hurley, BS

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Charles B. Nguyen, MD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Shawna Kraft, PharmD

University of Michigan, Ann Arbor

Ajjai Alva, MD

Rogel Cancer Center, University of Michigan, Ann Arbor

Tsung I, Green E, Palmbo P, et al. A phase 2 trial of nab-paclitaxel in combination with anti-PD1 therapy in advanced urothelial cancer. *J Urol.* 2023;209(1):121-130.

Traduzido por: Luís César Zaccaro

## Necessidade e importância do estudo

O tratamento atual de primeira linha para o carcinoma urotelial avançado (aUC) é a quimioterapia à base de platina (preferencialmente cisplatina). No cenário de segunda linha, a imunoterapia com pembrolizumabe é o padrão atual. A quimioterapia com taxano mostrou atividade com uso de agente único. Procuramos avaliar a combinação de nab-paclitaxel (NAB) e pembrolizumabe em pacientes com aUC ineleável à cisplatina ou refratária à platina.

## O que encontramos

Dos 36 pacientes com resposta avaliada, observamos uma taxa de resposta global de 50% incluindo 3 respostas completas e 15 respostas parciais. A regressão das lesões alvo ocorreu em 30

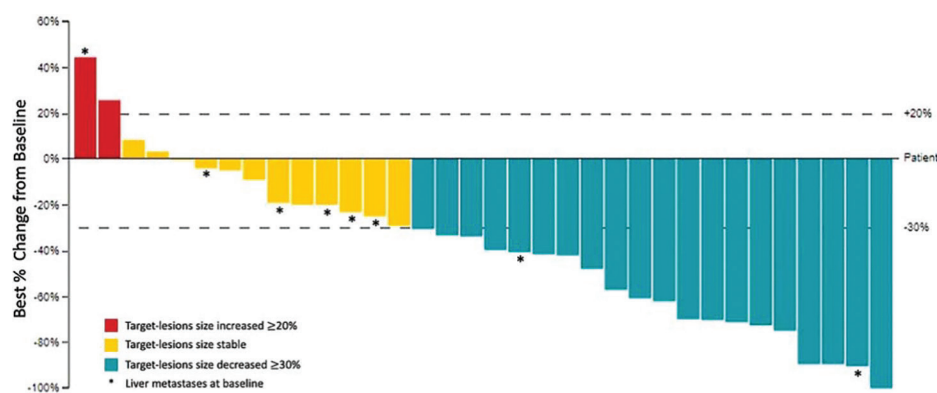


Figure. Waterfall plot of tumor response in patients with advanced urothelial carcinoma (N = 34).

dos 36 pacientes durante a terapia (ver Figura).

Após acompanhamento médio de 19,7 meses, a duração mediana da resposta foi de 4,4 meses (IC 95%: 4,0-8,6), a sobrevida livre de progressão mediana de 6,8 meses (IC 95%: 4,4 - não alcançado) e sobrevida global mediana de 18,2 meses (IC 95%: 10,6 - não atingido). A dose inicial de NAB foi reduzida devido à neuropatia excessiva. Após a redução da dose inicial de NAB, a terapia foi bem tolerada.

## Limitações

As limitações do estudo incluem amostra de pequeno tamanho, realizado em um único centro e desenho de braço único. Apenas 4 mulheres foram inscritas, e os dados sobre os biomarcadores tumorais

(PD-1 e perfil genômico do tumor) estavam incompletos.

## Interpretação

O cenário de opções de tratamento para aUC continua a evoluir rapidamente com novas abordagens de combinação, como a de anticorpos conjugados associados a inibidores de checkpoint. Nosso estudo mostra que a combinação de quimioimunoterapia usando NAB e pembrolizumabe também tem atividade promissora e pode ser uma opção eficaz e viável para aUCa elegível à cisplatina ou refratária à platina. A quimioimunoterapia pode potencialmente expandir o repertório de opções terapêuticas em linhas posteriores de tratamento. ■



**Dutam**  
dutasterida + tansulosina

DIFERENÇIAS  
EXCLUSIVAS PARA  
REVERTER A HPB<sup>1</sup>

# ANTECIPAR O TRATAMENTO PARA ESTEENDER OS BENEFÍCIOS<sup>2</sup>



**ÚNICO  
EM BLISTER**  
na combinação  
de cloridrato de  
tansulosina<sup>1</sup>

**Tecnologia exclusiva de  
liberação prolongada<sup>3</sup>**

**Praticidade com  
melhor controle  
de tomada<sup>3</sup>**

**Segurança com  
maior proteção  
contra contaminação  
microbiológica<sup>3</sup>**

**24 meses de validade  
vs. 18 meses do  
produto referência<sup>1</sup>**

**Acesso com a  
combinação de  
melhor preço  
no mercado<sup>4</sup>**

**Intercambiável com  
o medicamento  
de referência<sup>5</sup>**



\* Hiperplasia prostática benigna

**Referências bibliográficas:** 1. Comparativo entre as bulas do produto referência e DUTAM®. 2. D'Agate, Salvatore et al. "Impact of early vs. delayed initiation of dutasteride/tamsulosin combination therapy on the risk of acute urinary retention or BPH-related surgery in LUTS/BPH patients with moderate-to-severe symptoms at risk of disease progression." World journal of urology vol. 39,7 (2021): 2635-2643. doi:10.1007/s00345. 3. Pereira, D; Ferreira, L (2017). Blister farmacêutico: a influência da cor e dos tipos de filmes no acondicionamento de medicamentos. Visão acadêmica, 17(3). doi: http://dx.doi.org/10.5380/acad.v17i3.48422.16. 4. Revista Kairos disponível: https://br.kairosweb.com/preco/producao-dutam-25497/ acesso janeiro/2023 Revista Kairos disponível: https://br.kairosweb.com/preco/producao-dutam-25497/ acesso janeiro/2023. 5. Accennato, Valery AC, Costa, F, Riccio, MF et al. Bioequivalence Between Two Fixed Dose Combinations of Dutasteride and Tamsulosin in Male Subjects Under Fasting and Fed Conditions. International Annals of Medicine. 2017;1 (1 0). https://doi.org/10.24087/IAM.2017.1. 10.346.

**Dutam®** (dutasterida 0,5mg + cloridrato de tansulosina 0,4mg): Cápsulas gelatinosas duras de liberação prolongada: embalagens contendo 10, 30 ou 90 cápsulas. **Uso Oral. Uso Adulto. Indicações:** Dutam® trata e previne a progressão da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), por meio do alívio dos sintomas, reduzindo o tamanho (volume) da próstata, melhorando o fluxo urinário e reduzindo o risco de retenção urinária aguda (RUA) e a necessidade de cirurgia relacionada à HPB. **Contraindicações:** É contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a dutasterida, ao cloridrato de tansulosina, outros inibidores de 5-alfa-redutase ou a qualquer componente da fórmula. É contraindicado para uso por mulheres e crianças. **Advertências e Precauções:** Homens que utilizam dutasterida e cloridrato de tansulosina devem ser avaliados regularmente quanto ao risco de câncer de próstata, incluindo teste de PSA. Esses pacientes devem ter um novo PSA basal estabelecido após 6 meses de tratamento. Recomenda-se monitorar os valores de PSA regularmente a partir de então. Pacientes devem ser orientados a relatar prontamente quaisquer alterações no tecido mamário, tais como nódulos ou secreção no mamilo. Pacientes devem ser alertados ao primeiro sinal de hipotensão ortostática (tontura e vertigem) para sentarem ou deitarem até que os sintomas desapareçam. Recomenda-se cautela na administração concomitante de inibidores PDE5, ou de fortes inibidores da CYP3A4, em cirurgia de catarata, na doença hepática. **Atenção diabéticos:** contém açúcar (850-1000 µm). **Interações Medicamentosas:** Não há estudos de interação medicamentosa realizados com dutasterida e cloridrato de tansulosina. As informações a seguir referem-se aos dados disponíveis dos componentes individuais. Dutasterida: concentrações sanguíneas de dutasterida podem aumentar, na presença de inibidores de CYP3A4; nenhuma interação adversa clinicamente significativa foi observada, quando a dutasterida foi coadministrada com anti-hiperlipidêmicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, corticosteróides, diuréticos, drogas anti-inflamatórias não esteroidais (AINEs), inibidores de fosfodiesterase tipo V e antibióticos da classe das quinolonas. Tansulosina: existe o risco teórico de aumento dos efeitos hipotensivos quando o cloridrato de tansulosina é coadministrado com fármacos que podem reduzir a pressão arterial, inclusive agentes anestésicos, inibidores PDE5 e outros bloqueadores alfa-1-adrenérgicos. A dutasterida e a tansulosina não devem ser usadas em combinação com outros bloqueadores alfa-1-adrenérgicos. Recomenda-se cautela quando dutasterida e cloridrato de tansulosina forem usados em combinação com cimetidina. **Posologia:** uma cápsula administrada por via oral, uma vez ao dia, aproximadamente 30 minutos após a mesma refeição todos os dias. Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado. **Reações Adversas:** Transtornos da ejaculação, impotência, alteração da libido, problemas nas mamas e tontura. Favor consultar a bula para lista completa de EA e detalhes sobre posologia. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS nº:1.2214.0101. SAC: 0800016 6575 . Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação a ADIUM S.A. www.adium.com.br cód.:0045.01.**

**Contraindicação:** hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da formulação. Contraindicado para uso em mulheres e crianças.  
**Interação Medicamentosa:** dutasterida e a tansulosina não devem ser usadas em combinação com outros bloqueadores alfa-1-adrenérgicos.

**Dutam® é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.



#SAÚDE  
MASCULINA  
SEM TABU



Adium

FA-018-23 - Fevereiro/23 - Material destinado a profissionais da saúde.