



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131 Fortaleza – Ceará
Fone: 3230.3080 - Fax: 221.6929
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

PARECER CREMEC nº 30/2011
07/10/2011

PROCESSO: CONSULTA Protocolo No. 004360/11

ASSUNTO: Incontinência urinária pós-prostatectomia radical por câncer de próstata

INTERESSADO: Dr. José Erialdo da Silva Júnior

PARECERISTA: Câmara Técnica de Urologia

DA CONSULTA

O Dr. José Erialdo da Silva Júnior, em solicitação de parecer ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, datada de 17 de maio de 2011 e protocolada neste CREMEC sob o nº 004360/11, datada de 25 maio de 2011, dirige-se a esta Câmara Técnica de Urologia na forma que se segue:

“Qual o tratamento preconizado para a incontinência urinária pós prostatectomia radical por câncer de próstata?”

DO PARECER

Em resposta ao OF. CREMEC Nº 2843/11 CF, a Câmara Técnica de Urologia, reuniu-se no dia 18 de julho de 2011, analisou e emitiu parecer sobre Incontinência Urinária Pós prostatectomia Radical (IUPP).

O câncer de próstata (CaP) é a neoplasia maligna sólida mais comum no homem. Estima-se que no Brasil ocorram cerca de 50.000 novos casos *l ano*. Aproximadamente 16% dos homens (1:6), terão CaP ao longo da vida e 3% morrerão da doença.

Com a introdução do antígeno prostático específico (PSA), como teste de detecção do CaP associado ao toque retal no rastreamento do Cap, a grande maioria dos pacientes com esta patologia tem diagnóstico na fase de câncer localizado e podem ser tratados com prostatectomia radical (aberta, laparoscópica ou robótica), radioterapia externa ou braquiterapia .



A prevalência de IUPP é bastante variável com índice de 2% a 87% nas grandes séries publicadas e essa variação ocorre em virtude da falta de uniformização nas definições de incontinência urinária e das diferentes metodologias aplicadas nos estudos.

A IUPP e complicação de difícil tratamento com um profundo impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, bem como perturba seriamente a relação médico paciente.

A idade e a presença de co-morbidades associam-se diretamente à IUPP, assim como a presença de cirurgia prévia sobre a próstata (RTU, PVT, PR) ou radioterapia.

O tratamento da IUPP deve ser individualizado para cada paciente e é dividido em tratamentos conservadores e invasivos.

O tratamento conservador pode ser realizado com fisioterapia sem ou com *biofeedback*. Na metanálise publicada por Hunter e nos trabalhos de Wile e colaboradores a fisioterapia associa-se à recuperação mais precoce da continência, porém no final de 12 meses não há diferenças estatísticas no resultado final da continência.

Os tratamentos invasivos disponíveis atualmente são: injeções de agentes periuretrais, *slings* masculinos, Pro-ACT e esfíncter artificial.

As injeções periuretrais apesar de serem procedimentos minimamente invasivos, as taxas de sucesso (pacientes secos) são de apenas 25% e as de melhora 30%. No momento não são indicadas no tratamento da IUPP.

Os *slings* masculinos são de materiais sintéticos, inabsorvíveis e com baixo risco de reação inflamatória, sendo utilizadas várias vias de acesso. Tem indicação nos casos de incontinência leve e moderada com taxas de sucesso variando de 50 a 70%. A grande maioria dos estudos tem seguimento curto. Nos *slings* as taxas de complicações são de até 70% para dor perineal leve, 5% de infecção, 10 a 15% de hiperatividade detrusora além de 5 a 10% de complicações locais, como por exemplo, hematomas.

O esfíncter urinário artificial foi idealizado por Scott em 1973 e aperfeiçoado tecnicamente nos 10 anos seguintes até 1983, quando foi lançado o esfíncter artificial urinário AMS 800 utilizado até hoje. **O AMS 800 é a melhor opção terapêutica da IUPP nos casos graves e naqueles em que outras alternativas falharam.** Tem taxa de sucesso de 70 a 90%



com melhora significativa na qualidade de vida. As taxas de complicações globais com a colocação do esfíncter artificial AMS 800 após acompanhamento mínimo de 5 anos se aproxima de 37%, sendo as mais comuns as mecânicas (30%), erosões uretrais 10%, atrofia uretrais 10% e infecções 7%.

O Pro-ACT é um dispositivo implantado por via percutânea e na sua extremidade existe um balão que é inflado no nível do colo vesical. Alguns estudos mostram taxas de sucesso de 70 a 80%, porém estes estudos têm número pequeno de pacientes e seguimento curto. No Brasil a experiência é muito pequena.

O Conselho Federal de Medicina, em iniciativa conjunta com a Associação Médica Brasileira, publicou em 28.06.2006, no Projeto Diretrizes, orientações de autoria da Sociedade Brasileira de Urologia sobre **Incontinência Urinária Pós-prostatectomia: Tratamento**. Apesar de publicado há cinco anos continua atualizada e define o esfíncter artificial como o melhor tratamento para IUPP grave ou nos casos em que falharam outros tratamentos. Anexamos a este parecer a diretriz supracitada.

Fortaleza, 7 de outubro de 2011.

Dr. Antonio Mota Pontes

CREMEC: 247

Dr. Fernando Vasconcelos Pombo

CREMEC: 777

Dr. Paulo Henrique de Moura Reis

CREMEC: 3497



Referências:

1. Faria, Eliney Ferreira. Uro-oncologia:dúvidas e controvérsias .Ribeirão Preto, SP Editora Novo Conceito, 2009.
2. Ricarda M Bauer, Christian Gratzke European Urological Review, 2009
3. Rudy DC, Woodside JR. 1984 Aug 3;252(5):650-652. [PubMed];
4. Augustin H, Pummer K, Daghofer F, et aL, Eur Urol, 2002;42:112-17.
5. Burkhard FC, Kessler TM, Fleischmann A, et al, J Urol, 2006;176:189-95.
6. Trigo Rocha F, Gomes CM, Mitre AI, et aL, Urology, 2008;71:85-9.
7. O'Connor RC, Lyon MB, Guralnick ML, Urology, 2008;71:90-93.
8. Giberti C, Gallo F, Schenone M, et aL., J Urol, 2009;181:2204-8.
9. Projeto Diretrizes, Incontinência Urinária Pós-prostatectomia: Tratamento. Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira de Urologia, 28.06.2006.