

# A PRÓSTATA E AS SUAS DOENÇAS

## ÍNDICE

### ■ [Prefácio](#)

### ■ [O que é a próstata?](#)

### ■ [História das doenças da próstata](#)

### ■ [Como é a próstata normal?](#)

### ■ [Que funções tem a próstata?](#)

### ■ [Que doenças afectam a próstata?](#)

[Hiperplasia benigna da próstata \(HBP\)](#)

[Prostatite](#)

[Cancro da próstata](#)

### ■ [Diagnóstico das doenças da próstata](#)

[História Clínica](#)

[Toque rectal](#)

[Análises ao sangue: PSA](#)

[Análises à urina](#)

[Ecografia](#)

[Urografia intravenosa \(UIV\)](#)

[Biópsia prostática](#)

[Outras](#)

### ■ [Tratamento das doenças da próstata](#)

[Tratamento do prostatismo – sintomas da hiperplasia benigna da próstata \(HBP\)](#)

[Tratamento das prostatites](#)

[Tratamento do cancro da próstata](#)

■ [A saúde prostática: Cuidados de Prevenção](#)

■ [O que deve perguntar ao seu médico, se tem dúvidas ou mais de 50 anos](#)

■ [Como selecionar o urologista que lhe convém](#)

## ■ Prefácio

A prostata, palavra de quase todos conhecida, é um órgão do sistema reprodutor masculino; um entre tantos outros que temos no nosso corpo, mas que transporta em si e no imaginário masculino- a aura de uma ameaça. Para muitos esta ameaça é tida como se da “espada de Dâmocles” se tratasse, convictos que estão, de que cedo ou tarde terão que se sujeitar a uma intervenção cirúrgica que destinada a libertá-los dos males por ela causada, traz consigo a ameaça inevitável, de que com alguma desgraça terão que pagar tal libertação.

### **Que ameaças receiam os homens, que ponderam a relação do seu futuro com a possível doença prostática?**

- A ejaculação retrógrada (não sair esperma para fora).
- A incontinência urinária.
- A impotência sexual.
- A perda abundante de sangue e a eventual necessidade de transfusão de sangue.
- A morte.

A perspectiva que o doente prostático julga ter à sua frente, varia de nebulosa a angustiante.

Mas qual é o panorama real nos dias de hoje?

Uma vez mais, a publicação “Saúde e Bem Estar” cumprindo primorosamente a sua função de informar, associou-se ao programa “Educação para a Saúde” da “Clínica Harmonia” e assim se viabilizou esta obra- “A próstata e as suas doenças”- divulgando noções de prevenção, previsão, diagnóstico e tratamento, tornando proventura mais serena, lúcida, esclarecida, oportuna e eficiente a atitude dos homens) e não só que tenham a oportunidade de se esclarecer com a leitura deste livro, facilitando-lhes também o diálogo com os médicos, nomeadamente os urologistas, bem como a compreensão dos seus esclarecimentos e propostas terapêuticas. Cumprimos assim, um dos pilares fundamentais da “Clínica Harmonia”, a “Educação para a Saúde”, pretendendo assim, facilitar a vida aos presumíveis doentes prostáticos e aos médicos

responsáveis por os tratar com o máximo benefício e o menor prejuízo, promovendo condições para tomadas de decisão esclarecidas e lúcidas.

Enquanto director da “Clínica Harmonia”, instituição responsável e ao serviço da sociedade, nas suas funções informativas e formativa, para além da prestação de cuidados de saúde de qualidade, orgulho-me e regozijo-me com mais esta acção conjunta com a “Saúde e Bem Estar” para a promoção da saúde, e melhoria da nossa sociedade.

Julgando com este livro, fruto de trabalho complementar de duas equipas, termos conseguido transmitir informação adequada e acessível à generalidade dos leitores e compatível com a leitura por profissionais de saúde. Prometemos não ficar por aqui e voltar ao vosso encontro com novas iniciativas editoriais.

Bem hajam!

**Dr. José Pereira da Silva**

**Director da Clínica Harmonia**

## **QUE É A PRÓSTATA?**

A próstata é um órgão do sistema reprodutor masculino. É a maior glândula sexual acessória do homem. Encontra-se adiante do recto, mesmo à frente da bexiga, envolvendo a uretra, que é o canal que transporta a urina desde a bexiga. A próstata cresce ao longo da vida, mas mais rapidamente a partir dos 40 anos de idade. Mais de 85% da população masculina maior de 50 anos vai necessitar de tratamento por alguma doença prostática nalgum momento da sua vida.

## **HISTÓRIAS DAS DOENÇAS DA PRÓSTATA**

A palavra próstata, atribuída a herófilo, da escola de Alexandria (300 anos A.C), provém do latim “glândula pro stata”. A descrição mais antiga de uma patologia prostática definida corresponde a Hipócrates, que descreveu claramente o estreitamento do colo vesical, sublinhando que os homens, a partir de certa idade sofriam de sérias alterações e dificuldades em urinar.

Posteriormente, Oribasio de Pérgamo, em 360 D.C., descobriu a construção do colo da bexiga, e propôs a abordagem perineal, cortando a próstata, para conseguir libertar o fluxo urinário nos doentes com obstrução. Plínio O Velho, realizou o primeiro

tratamento do prostatismo por poções de concha de caracol pulverizada, e da litíase vesical por curas hídricas.

Francisco Diaz, o grande humanista, filósofo e literato espanhol, escreveu em 1588 o primeiro livro de urologia da história *“Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina”*, no qual se descreve de forma precisa a glândula prostática.

A primeira descrição literária de um caso de cancro da próstata, corresponde ao cirurgião inglês G. Langstaff, publicado em 1817. A partir da segunda metade do século passado e baseando-se nos estudos necrópsicos e histológicos de Kaufmann e Recklinghausen, confirmaram-se as diferenças entre a hipertrofia prostática e o cancro.

Em 1990, Albarran e Hallé demonstraram definitivamente a frequência do cancro da próstata, ao evidenciar que mais de 10% dos doentes diagnosticados como portadores de hipertrofia prostática, mostravam histologia de malignidade.

Amussta, em 1827, extraiu um fragmento de tecido prostático. Posteriormente, Young descreveu detalhadamente a exeresse da próstata através do períneo. Freyer, em 1896, actualizou a abordagem transvesical para o adenoma da próstata e Millin, em 1947, descreveu a extirpação do adenoma por via retropúbica. A primeira exeresse de uma próstata cancerosa foi efectuada por Kuchler em 1866, por via perineal.

O primeiro citoscópio, criado por Max Nitze em 1877, facilitou a possibilidade de visualização da próstata, e iniciou a era da endoscopia. McCarthy, em 1937, introduziu o primeiro ressectoscópio edficaz que permitiu a cirurgia endoscópica da próstata.

No século XX, o maior aporte ao conhecimento do cancro prostático e de toda a patologia prostática em geral, corresponde ao professor espanhol Salvador Gil Vernet.

Em 1941, Huggins e Hodges descobriram que o crescimento do cancro prostático depende da estimulação produzida pelas hormonas masculinas (testosterona). Estes autores demonstraram que as metástases do cancro da próstata regrediam ao extirpar ambos os testículos (castração). Graças a estas descobertas receberam o prémio Nobel da Medicina.

A partir de 1982, Walsh popularizou a prostatectomia retropúbica radical, com tentativa de preservação da potência sexual como tratamento curativo do cancro da próstata.

## **COMO É A PRÓSTATA NORMAL?**

A próstata é uma glândula exclusiva do homem, em forma de castanha, colocada debaixo da bexiga e em frente do recto. A uretra (canal por onde sai a urina) atravessa-a pelo centro, de forma que a urina sai da bexiga atravessando a próstata. Os canais ejaculadores transportam os espermatozóides (produzidos nos testículos) e o sémen (produzido nas vesículas seminais). Estes canais ejaculadores atravessam a próstata desde a sua parte posterior até à uretra. Através da próstata passam:

- A uretra (transporta a urina).

- Os canais ejaculadores (transportam espermatozóides e o sêmen).

Durante a infância, esta glândula é pequena, e aumenta de volume até atingir o seu volume normal durante a puberdade. No adulto, em condições normais, tem, aproximadamente as seguintes dimensões: 4 cm de largura, 2,5 cm de espessura e 3 cm de comprimento, com peso médio de 20gr.

A certa altura da vida, geralmente a partir dos 40 anos, inicia-se, no interior da glândula prostática, um crescimento chamado hiperplasia benigna ou adenoma da próstata.

A próstata divide-se em 4 zonas prostáticas diferentes que possuem grande importância morfológica, funcional e patológica:

1. ■ Estroma fibromuscular anterior: é uma zona sem glândulas que corresponde a 30% do tecido prostático total e cobre a face anterior da próstata glandular.
2. ■ Zona periférica: constitui 70% da porção glandular da próstata. A este nível desenvolvem-se 70- 80% dos câncros da próstata.
3. ■ Zona central: ocupa aproximadamente 25% da próstata glandular. Nesta zona originam-se só 10% dos câncros da próstata.
4. ■ Zona de transição, ou tecido pré-prostático: dispõe-se ao redor da uretra e a sua função é evitar que o sêmen passe à bexiga durante a ejaculação. Representa 5-10% da próstata a juventude. Posteriormente, a partir dos 40 anos, esta zona de transição cresce progressivamente, tendo lugar o desenvolvimento da hiperplasia benigna prostática (HBP).

5. ■

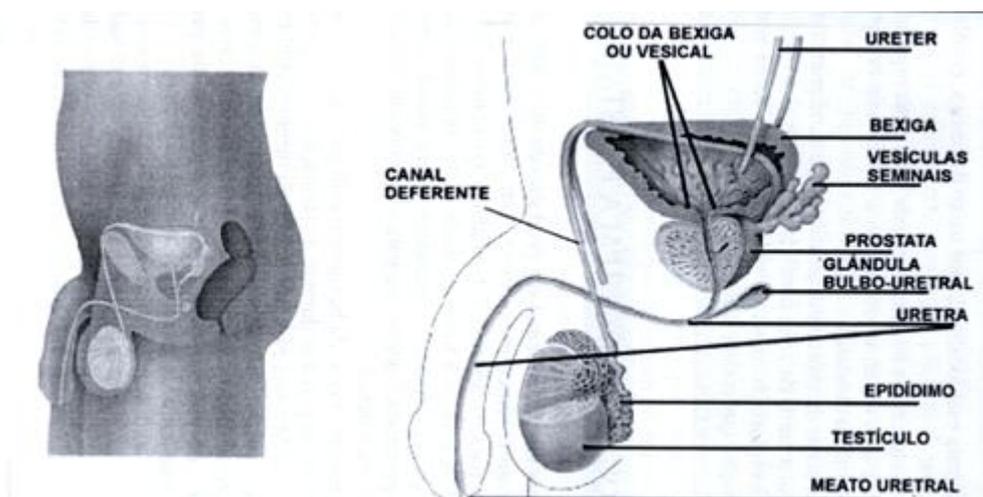


Fig 1- Aparelho reprodutor masculino

**Não esqueça que:**

- A próstata está localizada por baixo da bexiga, envolvendo a uretra.
- A próstata cresce ao longo da vida, mas mais rapidamente a partir dos 40 anos, ocorrendo a hiperplasia benigna ou adenoma da próstata.
- Os cancros da próstata desenvolvem-se fundamentalmente (80%) a partir da zona periférica.
- A hiperplasia benigna da próstata origina-se na zona de transição, que rodeia a uretra.

### **QUE FUNÇÕES TEM A PRÓSTATA?**

A sua principal função é a produção de 40 a 50 % dos fluído que constitui o sémen ou esperma. Este fluído contém produtos essenciais para a capacidade fecundante do homem. São eles o ácido cítrico, o zinco e fosfatase ácida. Este conjunto líquido vem ser projectado durante a ejaculação. Fica assim claro que, a secreção prostática é necessária para que o homem possa procriar em condições normais.

A próstata, o colo da bexiga e o esfíngter da uretra, têm uma missão muito importante durante a ejaculação, e é imprescindível para que o sémen seja expulso através do meato uretral (ponta do pénis). Se a próstata não funciona adequadamente, o sémen passa à bexiga (ejaculação retrógrada) e o homem, neste caso, perde a capacidade de procriar, sem auxílio de técnicas de procriação medicamente assistida

### **QUE DOENÇAS AFECTAM A PRÓSTATA?**

O que o doente com “patologia prostática” pode ter pela frente é, por vezes uma perspectiva nebulosa, em que as decisões lúcidas são muito difíceis de tomar, e com a agravante por vezes de as opiniões de diferentes urologistas não coincidirem, especialmente em relação às opções terapêuticas. Do ponto de vista médico é frequentemente razoável e perfeitamente compatível com a situação clínica do doente, ou “suposto doente”, mas, para este, esta real ou aparente contradição de opiniões, entre dois ou mais médicos especialistas em urologia, causa imensa perplexidade, acentua as dúvidas e receios, pelo que importa fornecer esclarecimentos e instrumentos que permitam ao doente colaborar na decisão, da forma mais lúcida possível.

Em termos da percepção por parte do doente com patologia prostática, qualquer que ela seja, os sinais e sintomas podem apresentar-se muito parecidos para situações clínicas (doenças) por vezes muito diferentes; há situações em que até para o médico especialista em urologia é difícil distinguir qual das doenças da próstata está a enfrentar, pelo que não é de admirar que a confusão possa ser “mais que muita” no próprio doente. Vejamos então as três situações clínicas que mais frequentemente afectam a próstata e, portanto, a vida do homem:

## A. — A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP)

Consiste num crescimento benigno da próstata. A partir dos 40-50 anos, a próstata pode crescer rapidamente, desenvolvendo-se a hiperplasia benigna prostática, que é um tumor benigno mais comum nos homens e responsável pelo aparecimento de sintomas urinários na maioria dos homens maiores de 50 anos.

Mais de 80% da população masculina maior de 50 anos receberá tratamento contra a HBP nalgum momento da sua vida, e 25% dos homens com mais de 80 anos será submetido a algum tipo de intervenção cirúrgica pela HBP.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a HBP é causa de mortalidade em 30% por cada 100.000 pessoas. Neste sentido a HBP ocupa o terceiro lugar nas doenças que provocam maiores despesas de saúde nos países industrializados.

Múltiplos estudos demonstram que à medida que aumenta a idade do homem, aumenta o peso da próstata, devido ao desenvolvimento da HBP. Este aumento de tamanho da próstata está relacionado com o aparecimento de sintomas urinários nos homens.

Aos 55 anos de idade, 25% dos homens notam uma diminuição do jacto urinário, aos 75 anos, esta percentagem aumenta até 50%.

Apesar do desenvolvimento da HBP ser um fenómeno quase universal nos homens com o envelhecimento, a causa desta doença não está ainda definida claramente.

### **Não esqueça que :**

■ A partir dos 40-50 anos a próstata pode crescer rapidamente, desenvolvendo-se a hiperplasia benigna prostática.

■ Esta HBP é responsável pelo aparecimento de sintomas urinários na maioria dos homens maiores de 50 anos.

■ A incidência do aparecimento da HBP aumenta com a idade do homem.

### **PORQUE SE PRODUZ A HBP?**

A formação e desenvolvimento da HBP deve-se a vários factores, entre os quais se destacam:

■ A idade.

■ Hormonas masculinas (testosterona).

No aparecimento e desenvolvimento da HBP, a idade tem um papel fundamental. Assim, a percentagem de homens com HBP identificável na autópsia aumenta anualmente depois dos quarenta anos; 50% apresenta indícios patológicos da HBP entre os 51 e os 60 anos e 90% apresenta HBP aos 90 anos.

Em segundo lugar, o crescimento prostático é regulado pelas hormonas masculinas (testosterona). O desenvolvimento da HBP acontece fundamentalmente por influência das hormonas masculinas (androgéneos, testosterona).

Na próstata existem receptores androgénicos que são estimulados pela testosterona favorecendo o aumento do tamanho prostático. Pensa-se que os estrogéneos também actuam sobre os receptores androgénicos, provocando um efeito sinérgico com os androgéneos, e favorecendo o desenvolvimento da HBP.

Além disso, supõe-se que existe, por parte do organismo, um “travão” para o crescimento da próstata. Com a idade parece eliminar-se este “travão” e acontece o crescimento progressivo da próstata.

A HBP origina-se a partir do tecido pré- prostático (zona de transição), que é um músculo liso que rodeia a uretra. No interior deste músculo liso há pequenas glândulas periuretrais.

A partir dos 40 anos começam a formar-se nódulos na zona de transição e no tecido pré-prostático. Estes nódulos, conforme aumenta a idade, vão aumentando o seu tamanho e formam a massa principal da HBP.

**Não esqueça que :**

- A doença mais frequente da próstata denomina-se: hiperplasia benigna da próstata.
- A próstata, a partir dos 40 anos, pode crescer rapidamente, desenvolvendo-se a hiperplasia.
- O desenvolvimento da HBP deve-se fundamentalmente à idade e à influência das hormonas masculinas (androgéneos).

## QUE EFEITOS PRODUZ A HBP?

A HBP aparece como nódulos à volta da uretra prostática. À medida que vão aumentando estas massas formam-se lóbulos que comprimem a uretra e dificultam a passagem da urina. Este crescimento provoca os denominados sintomas obstrutivos.

Além disso, envolvendo a HBP (adenoma) está a cápsula prostática formada por fibras musculares lisas e colagénico. Esta cápsula pode ter graus de elasticidade e distensibilidade diferentes, pelo que, se for muito elástica e distensível, o volume da HBP (adenoma) pode crescer muito, expandindo-se para a periferia, e não comprimindo a uretra. Quanto menos elástica e distensível for esta cápsula, mais o crescimento da HBP terá tendência para comprimir a uretra e provocar o conjunto de sintomas designado por *prospatismo*.

Desta explicação se pode concluir que *não é o tamanho da próstata que impõe qualquer tratamento médico e/ou cirúrgico*.

Um homem pode ter uma próstata volumosa por HBP, sem sintomas e sem indicação para atitudes terapêuticas, e outro pode ter uma próstata pouco aumentada de volume por HBP, mas com sintomas-*prospatismo* - e portanto com a indicação para tratamento médico ou cirúrgico.

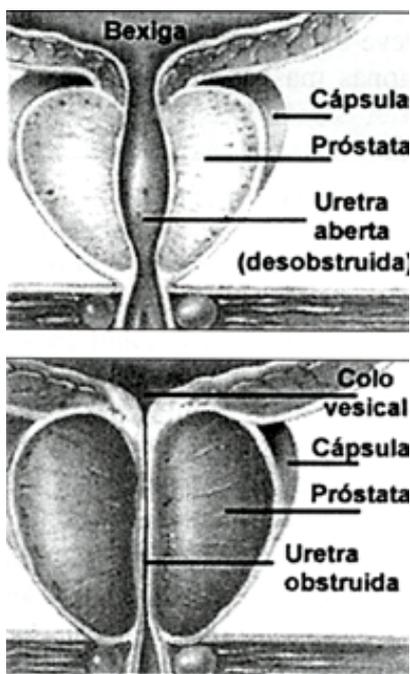


Fig 2: HBP

Também o *prospatismo* não tem características sempre iguais, pelo que vos apresentamos o quadro com a:

## GRADUAÇÃO DOS SINTOMAS DE PROSTATISMO

### POR H.B.P. DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

	Nunca	De 1 em 5	Menos de 1/2 tempo	Metade do tempo	Mais de 1/2 tempo	Quase sempre
<b>1. Durante o último mês ficou com a sensação de não ter esvaziado a bexiga completamente, quando acabou de urinar?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>2. Durante o último mês, quantas vezes teve necessidade de urinar, num intervalo inferior a 2 horas, depois de ter urinado?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>3. Durante o último mês, quantas vezes teve de interromper e recomeçar a urinar várias vezes, enquanto urinava?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>4. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em retardar a micção?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>5. Durante o último mês,</b>	0	1	2	3	4	5

quantas vezes lhe pareceu que o seu jacto urinário estava mais fraco?						
6. Durante o último mês, quantas vezes teve que se esforçar para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
7. Durante o último mês, quantas vezes teve que se levantar para urinar (fora do habitual) desde que se deitou para dormir à noite, até que se levantou pela manhã?	0	1	2	3	4	5

**Total da graduação:** varia entre 0 e 35, desde a ausência de prostatismo (em 0) até ao máximo de sintomatologia de prostatismo (35).

A cápsula prostática é rica em fibras nervosas e é capaz de se contrair e relaxar, o que explica a variedade de sintomas que sentem os doentes.

Devido à compressão e obstrução da uretra prostática, existe uma grande dificuldade na saída da urina da bexiga. Perante esta dificuldade, o músculo da bexiga (detrusor) vai engrossando e ficando mais potente, o que lhe permite expelir a urina da bexiga (fase de prostatismo congestivo).

À medida que o detrusor aumenta de espessura, diminui a capacidade vesical, de tal forma que cabe menos urina na bexiga, tornando-se necessário urinar com mais frequência. Esta diminuição de capacidade e distensibilidade vesical explica os sintomas irritativos.

Apesar disso, devido ao esforço que deve realizar o músculo detrusor cada vez que se urina, chega o momento em que se cansa, perde força e é incapaz de esvaziar completamente a bexiga (fase de retenção urinária incompleta). Isto faz com que a urina retida durante muito tempo na bexiga tenha grande facilidade infectar (infecção urinária) e formar cálculos na bexiga. Conforme passa o tempo se não for corrigida a obstrução uretral provocada pela HBP, o detrusor entra em falência e perde toda a

capacidade de contração, convertendo a bexiga num grande saco de urina (ureterohidronefrose). Além disso, a urina retida cronicamente na bexiga pode subir até aos rins. Finalmente, provocará uma insuficiência renal crónica, que pode requerer diálise.

#### **Não esqueça que:**

- O crescimento da próstata (HBP) pode comprimir a uretra, dificultando a passagem da urina e provocando alterações ao urinar.

- O esforço desenvolvido pelo músculo da bexiga para vencer o obstáculo provocado pela HBP pode provocar a sua fadiga e insuficiência parcial.

- Quando entra em falência o músculo vesical, a urina estagnada na bexiga e pode infectar-se facilmente ou facilitar a formação de pedras.

- A obstrução crónica provocada pela HBP pode prejudicar a função dos rins (insuficiência renal).

#### **QUE SINTOMAS PROVOCA A HBP?**

A HBP provoca dificuldade em urinar, devido à compressão da uretra prostática.

Na fase inicial, o doente apresenta muito poucos sintomas, devido a que o detrusor se hipertrofia e é capaz de esvaziar a bexiga.

**À medida que se desenvolve a obstrução, apresenta-se uma série de sintomas obstrutivos denominados prostatismos, que consiste em:**

- Diminuição da força e calibre do jacto urinário.

- Dificuldade para começar a urinar (disuria).

- Incapacidade para interromper bruscamente a micção, pingando ao terminar.

- Sensação de esvaziamento vesical incompleto da bexiga.

- Às vezes, retenção urinária.

**Além disso, a diminuição da capacidade e distensibilidade vesical provocará sintomas irritativos tais como:**

- Urinar com maior frequência (polaquiúria).
- Levantar-se durante a noite para urinar uma ou mais vezes (nictúria)
- Urgência em chegar à casa de banho quando sente vontade de urinar (urgência urinária), e se não o conseguir, perda de algumas pingas de urina (incontinência de urgência).

A presença de sangue na urina (hematuria) é outro dos sintomas associados à HBP, sobretudo se é observada na fase inicial ao urinar. De facto, a hematuria é mais frequente na HBP do que no cancro da próstata.

À medida que a HBP cresce, e aumenta a obstrução da uretra, pode acontecer a incapacidade de urinar (retenção urinária). Esta retenção é favorecida pela ingestão de álcool, demoras prolongadas sem urinar, infecções urinárias, ingestão de fármacos antidepressivos, tranquilizantes ou anticolinérgicos.

Alguns doentes desenvolvem um **prostatismo “silencioso”**. Nestes casos, acontece uma obstrução lentamente progressiva, de forma tal que o doente adapta-se gradualmente aos sintomas (distensão vesical crónica). Em certas ocasiões pode apresentar perdas de urina, sobretudo durante as noites.

Nestes doentes, na exploração detecta-se uma grande massa abdominal que consiste na bexiga totalmente cheia e distendida, que se denomina **“globo vesical”**. Ao efectuar uma análise de sangue, costuma revelar-se aumento de creatinina e ureia, devidas à influência renal provocada pela obstrução, e certo grau de anemia.

**DEVE PENSAR QUE PODE SOFRER DE UM PROBLEMA DA PRÓSTATA QUANDO:**

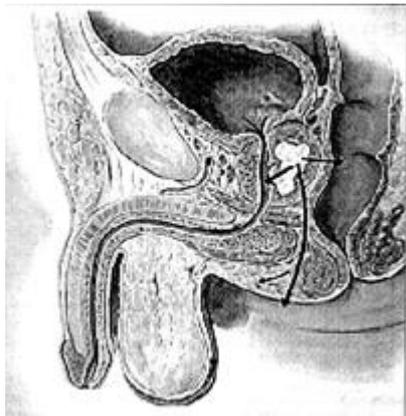
- Aumenta o número de vezes em que sente necessidade de urinar, tanto de dia como de noite.
- Diminui a força habitual do jacto urinário e pinga ao acabar de urinar.
- Sente frequentemente necessidade de urinar com urgência.
- Tem de se esforçar para começar a urinar.
- Depois de urinar, inclusive 2 ou 3 vezes num curto espaço de tempo, fica com a sensação de que ainda tem urina na bexiga.
- Não consegue urinar e retém toda a urina.

### O que devo fazer?

Se os sintomas atrás descritos, em todo ou parte, estiverem presentes na sua vida, para tentar evitar que piorem :

- não beba líquidos em excesso e evite-os a partir do meio da tarde;
- promova uma vida saudável dos pontos de vista alimentar e de exercício físico;
- urine sempre que sinta necessidade (não se contenha para além do mínimo indispensável);
- se a situação continuar a piorar, e para evitar prejuízos na bexiga, ureteres e rins, consulte o seu médico assistente ou um urologista.

## B. - A PROSTATITE



A prostatite (não confundir com prostatismo) deve-se ao estado inflamatório e/ou infeccioso da próstata, causando em geral corrimento ou dor. Esta situação, que é vulgar, pode ser de três tipos, e apresentar-se com sintomas incomodativos até sintomas graves. A prostatite pode ser causada por razões variadas, desde o stress até á infecção bacteriana, podendo inflamar os canais prostáticos, causando neles irritação e até bloqueando-os, quando se bloqueiam ocorre o desenvolvimento/agravamento da prostatite: algumas situações clínicas, bem como procedimentos médicos, podem provocar retenção urinária e conduzir à prostatite.

A prostatite constitui a infecção urinária mais frequente no homem entre os 20 e os 40 anos. Raramente afecta os jovens antes da puberdade e é frequente em adultos.

Fig 3 - Prostatite com abscesso prostático e direcções de expansão.

## QUE TIPOS DE PROSTATITE EXISTEM?

- Prostatite não-bacteriana.
- Prostatite bacteriana aguda (grave).
- Prostatite crónica (de longa duração).

## O QUE CAUSA E COMO SE PODEM MANIFESTAR ESTES DIFERENTES TIPOS DE PROSTATITE?

### 1 - Prostatite não-bacteriana:

Felizmente é a mais comum e pode ser causada por :

*Stress* , que comprime os músculos pélvicos e assim, provocar refluxo de urina para os canais prostáticos.

*Actividade Sexual* irregular que pode causar o entupimento dos canais prostáticos.

Pode ter os seguintes sintomas:

- urinar frequentemente
- dor na região inferior do abdómen ou das costas.

**2 - Prostatite bacteriana aguda (grave):** Pode ser acusada por: bactérias ou vírus, doenças transmitidas sexualmente (D.T.S).

**Os sintomas podem ser graves, estabelecer-se, crescer subitamente e ser:**

- Febre e calafrios.
- Dor ao fundo das costas
- Dor na região abdominal inferior

- Urinar frequentemente e com dor
- Jacto urinário de intensidade fraca e decrescente
- Retenção urinária.

### 3 - Prostatite crónica (de longa duração)

Pode ter as seguintes causas:

- Prostatite bacteriana
- Inflamação da próstata
- O stress e a actividade sexual irregular podem agravar a situação.

**Os sintomas podem incluir os seguintes:**

- Infecções urinárias frequentes
- Urinar frequentemente
- Dor nas regiões inferiores do abdómen ou das costas.

As prostatites orgânicas podem alterar as funções secretoras da próstata e provocar infertilidade masculina.

**Não esqueça que:**

- As prostatites agudas caracterizam-se pela presença de febres elevadas de início brusco, perturbações urinárias intensas (urinar com dificuldade e com frequência) e dores musculares.
- Na prostatite aguda, o toque rectal revela uma próstata quente e dolorosa, e a urinocultura é positiva.
- Nas prostatites bacterianas crónicas não existe febre e apresentam perturbações urinárias irritativas.

Nas prostatites bacterianas crônicas a urinocultura é negativa, mas a análise do líquido prostático e do sémen é positiva (presença de germens).

## **C - CANCRO DA PRÓSTATA**

É no sexo masculino- e respeitante a órgãos internos- o cancro mais frequente, só ultrapassado pelo da pele.

Raramente se diagnostica o cancro da próstata antes dos 50 anos de idade, vindo a estabilizar a partir dos 90 anos.

O cancro da próstata por diagnosticar, e detectado em autópsias, é muito comum, encontrando-se em homens sem queixas prostáticas, em pelo menos 15% dos homens com mais de 50 e menos de 60 anos, 30% em homens entre os 60 e os 70 anos e 40% em homens com mais de 70 anos, sem que houvesse a mínima suspeita prévia, segundo as estatísticas dos EUA. Em termos comparativos, encontrar o cancro em outros órgãos internos, sem suspeita prévia, durante a autópsia, é raro.

Se houver modificações malignas das células da próstata, pode formar-se o cancro da próstata. O cancro aparece geralmente, em mais de 70% dos casos, nas zonas periféricas da próstata, 10% a partir da zona central e de 10 a 20 % na zona de transição antes de se expandir para as zonas mais profundas da glândula. Habitualmente o cancro da próstata não apresenta sintomas, excepto quando o seu crescimento começa a pressionar a uretra,causando assim sintomas de má função urinária.

Devido ao seu lento crescimento, e ao seu aparecimento mais frequente em homens idosos, só 25% dos doentes com cancro da próstata morrem por sua causa; os outros morrerão por outro motivo.

A partir dos 50 anos, 10% dos homens desenvolve carcinoma da próstata clinicamente evidente.

### **Não esqueça que:**

O carcinoma da próstata é o cancro mais frequente no homem.

Tem um crescimento lento, e só provoca a morte em um de cada 4 homens que o têm.

Só produz sintomas em 1 de 9 homens, nos restantes é assintomático.

## **QUE FACTORES FAVORECEM O APARECIMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA?**

A causa ou as causas que originam um cancro da próstata são desconhecidas. Foram sugeridos certos factores que podem influenciar o aparecimento do cancro da próstata.

## **1. Hormonas**

É um cancro que cresce por estímulo das hormonas masculinas (testosterona). Se for suprimida a produção de testosterona (mediante castração ou medicamentos) a evolução do cancro é retardada.

## **1. Factores Dietéticos**

A sua incidência parece aumentar com a ingestão de grandes quantidades de gordura.

## **1. Factores Genéticos**

O cancro da próstata é muito mais frequente em homens com familiares que já tiveram cancro da próstata. A existência de um antepassado com cancro da próstata supõe um risco duas vezes superior ao da população em geral.

## **Não se esqueça que :**

Não se conhece a causa do aparecimento do cancro da próstata.

A frequência do aparecimento do cancro da próstata aumenta com a idade.

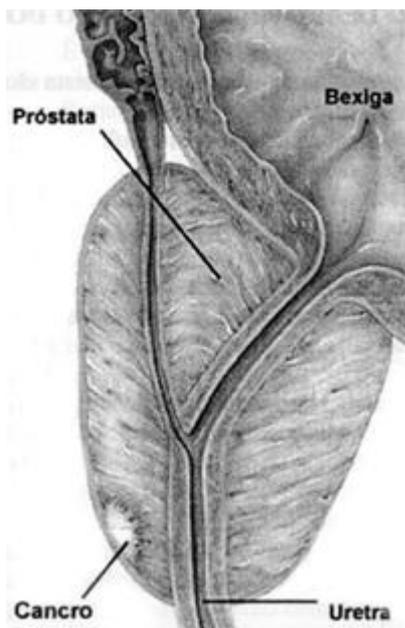
As hormonas masculinas (testosterona) provocam crescimento do cancro da próstata.

Se tem familiares que tenham sofrido de cancro da próstata o risco é muito maior.

A velocidade de crescimento do cancro da próstata é lenta; é necessário entre 4 a 10 anos para que uma célula produza um tumor de 1 cc.

O cancro da próstata estende-se atravessando a cápsula em direcção ao espaço situado entre a próstata e o recto e em direcção às vesículas seminais.

A extensão do cancro da próstata à distância realiza-se fundamentalmente através dos vasos e gânglios linfáticos, sobretudo a nível dos gânglios ilíacos (dentro da pélvis).



Posteriormente, as células malignas do cancro da próstata passam ao sangue, e localizam-se fundamentalmente nos ossos (85%), dando habitualmente origem a metástases (extensão do tumor à distância) múltiplas.

A extensão do cancro da próstata aos gânglios linfáticos é sinal de mau prognóstico. **O cancro da próstata é = ao cancro da próstata? Pode não ser**, do ponto de vista da sobrevivência e qualidade de vida da pessoa afectada.

O cancro da próstata deve ser diagnosticado recorrendo ao *exame microscópico do tecido suspeito*.

**Fig. 4 - Cancro da Próstata.**

Uma vez feito o diagnóstico do cancro da próstata, torna-se necessário *determinar o estágio* (nível e gravidade do desenvolvimento do cancro da próstata em estudo) ficando assim a saber se ele se expandiu e quanto. O método mais simples de estadiamento do cancro da próstata envolve os estádios A- B- C e D.

## **ESTÁDIO A**

O Estádio A do cancro da próstata refere-se a focos relativamente pequenos de cancro.

Este diagnóstico é habitualmente feito “de surpresa”- “um achado” quando se examinam tecidos removidos por operação à próstata realizada para melhorar o fluxo urinário.

O diagnóstico também pode ser feito utilizando uma “agulha de biópsia” com a qual nos dirigimos a uma zona da próstata que parece suspeita.

O cancro da próstata em Estádio A, por ser muito pequeno, geralmente não pode ser detectado por exame rectal digital, vulgarmente conhecido por “toque rectal”.

## **ESTÁDIO B**

O estágio B do cancro da próstata refere-se a um tumor detectado precocemente, por “toque rectal” ou ecografia prostática. Este estágio divide-se em 2 níveis:

- Grau B I – quando é menor do que 2 cm.
- Grau B 2- quando é maior do que 2 cm.

## **ESTÁDIO C**

O estágio C do cancro da próstata refere-se a um tumor com *invasão localizada*, estendendo-se para além da cápsula da próstata.

## **ESTÁDIO D**

O estágio D refere-se à situação em que há disseminação à distância, habitualmente nos nódulos linfáticos (grau D1), nos ossos (grau D2) ou outra localização qualquer, que também corresponde ao grau D2. Esta disseminação à distância faz-se por células ou grupos de células que têm a designação de *metástases* e, por isso, a disseminação recebe a designação de *metastização*.

**Não esqueça que:**

- O cancro da próstata se produz habitualmente na zona periférica da próstata.
- A nível local estende-se às vesículas seminais.
- A extensão à distância (metástase) realiza-se fundamentalmente para os ossos e gânglios linfáticos.
- Dependendo do tamanho, dos sintomas e da extensão do cancro da próstata distinguem-se diferentes estádios.

## **QUE SINTOMAS PROVOCA O CANCRO DA PRÓSTATA?**

Do ponto de vista sintomáticos, existem três formas de apresentação do cancro de próstata:

- Carcinoma clínico ou sintomático.
- Carcinoma oculto que se manifesta pela presença de metástases.

Carcinoma latente, não detectável clinicamente. É um achado casual em próstataoperada por HBP.

### **1. Carcinoma Clínico**

Só um em cada 9 homens com cancro da próstata tem manifestações clínicas.

Não existem sintomas típicos de cancro da próstata. Geralmente, os sintomas são muito parecidos com os da hiperplasia benigna da próstata, ou seja:

- Aumento da frequência urinária (polaquiúria) tanto de dia como de noite.
- Diminuição do calibre e intensidade do jacto de urina.
- Necessidade imperiosa de urinar com dificuldade para se conter.
- Pinga ao terminar de urinar.
- Dificuldade para começar a urinar.
- Presença de sangue ao começar a urinar.
- Pode apresentar-se retenção de urina.
- Dor quando urina.

## 2. Carcinoma Oculto

Não provoca os sintomas urinários atrás descritos. Manifesta-se por alguns dos seguintes sintomas provocados pela sua extensão a órgãos vizinhos ou à distância (metástases). Podem aparecer :

- Dores no períneo (zona entre os testículos e o recto).
- Alterações do funcionamento intestinal.
- Dores ao nível dos rins por afectação dos ureteres.
- Dores nos ossos.
- Perda de força, cansaço (astenia).
- Perda de peso.

**Não esqueça que:**

Muitos cancros da próstata não apresentam sintomas ou o fazem tardiamente.

A sintomatologia da HBP e do cancro da próstata são bastante parecidas.

Se forem detectadas alterações ao urinar (aumento da frequência, diminuição da força do jacto, urinar com urgência, etc), deve dirigir-se ao urologista que esclarecerá se se trata de HBP ou de cancro da próstata. A sintomatologia da HBP e do cancro da próstata são bastante parecidas.

## DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS DA PRÓSTATA

### A. A QUEM SE DEVE DIRIGIR SE TEM DIFICULDADES URINÁRIAS?

O médico especialista em patologia prostática é o urologista. Este especialista realizará exames adequados para conseguir um diagnóstico correcto do seu problema, e fundamentalmente avaliará a presença ou ausência dum cancro da próstata.

Que tipo de exames efectuará o médico?

1. Em primeiro lugar, o seu urologista realizar-lhe-à uma >HISTÓRIA CLÍNICA COMPLETA onde não faltarão as seis perguntas diagnósticas básicas na patologia prostática:

- Tem que fazer força para começar a urinar?
- Tem perdido força no jacto urinário?
- O jacto é intermitente?
- Tem a sensação de não esvaziar completamente a bexiga ao terminar de urinar?
- Tem que urinar antes de duas horas depois da última vez que urinou?
- Tem dificuldade em atrasar ou reter a micção?

Para além destas perguntas, o médico perguntar-lhe-à :

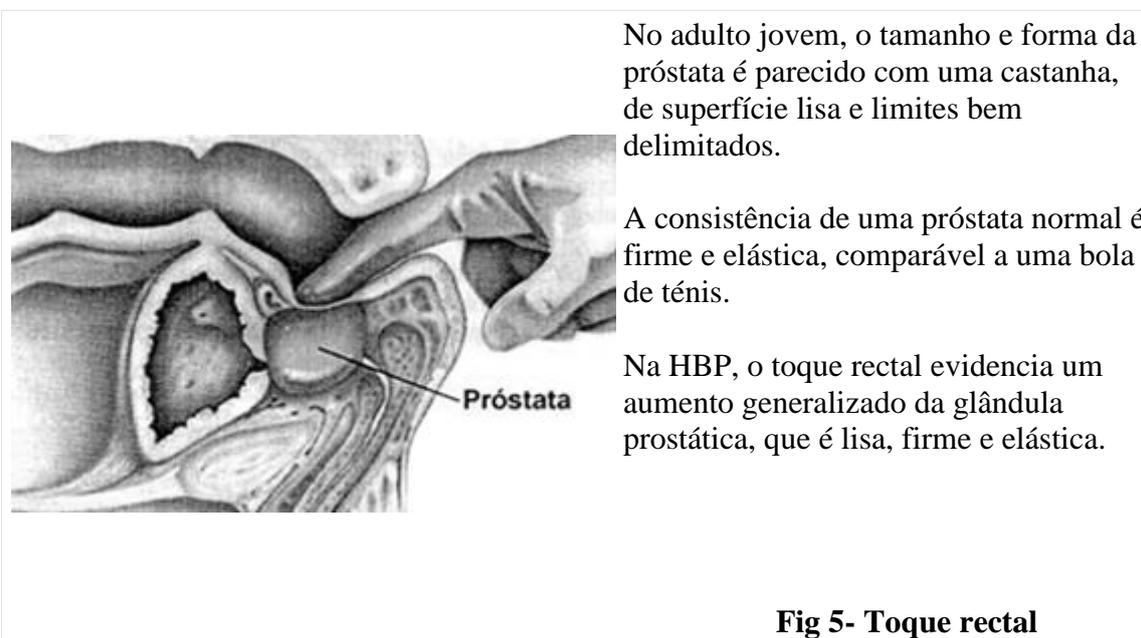
- Tem tido febre (prostatites)?
- Tem urinado sangue?
- Desde quando tem os sintomas?
- Tem dores perineais, nos rins ou nos ossos?
- Tem perdido peso ou força?

## **B.EXAME FÍSICO. TOQUE RECTAL**

- Por rotina, será efectuado um exame básico geral, onde se avaliará:
- Se existe palidez devida a anemia.
- Se existem dores nos rins, efectuando uma punho-percurssão.
- Se há urina retida na bexiga, que se manifesta por uma massa palpável ao nível da bexiga denominada “globovesical”.

A seguir examinará a próstata através do toque rectal. O toque rectal realiza-se com o dedo indicador enluvado e bem lubrificado. Através do toque rectal será examinado:

- Tamanho e forma da próstata
- Consistência (dureza) da próstata.
- Sensibilidade da próstata. Se é muito dolorosa, incómoda ou assintomática à pressão com o dedo.
- Tónus do esfínter anal.



Apesar disto, o grau de obstrução e as dificuldades urinárias não se podem deduzir do tamanho da próstata. Assim, doentes com próstatas muito grandes podem apresentar obstruções leves da uretra, e outros com próstatas pequenas ao toque rectal podem apresentar uma importante sintomatologia obstrutiva com dificuldades em urinar.

Os doentes com prostatite bacteriana aguda apresentam febre e perturbações urinárias e ao toque rectal a próstata está quente, muito dolorosa, aumentada de tamanho e com características inflamatórias.

Por sua vez, na prostatite bacteriana crónica, a próstata apresenta uma consistência irregular, com pequeno aumento do tamanho e às vezes incomoda ao ser pressionada.

O toque rectal é uma prova diagnóstica fundamental na pesquisa do cancro da próstata, embora como podemos ver na fig.5, só seja avaliada uma pequena parte da glândula prostática (a ponta do iceberg) pelo que, se nada for detectado através do toque rectal, esse facto não permite excluir a existência de cancro da próstata.

Nestes casos, sentir-se-à uma próstata aumentada de tamanho de forma irregular. Assimétrica e com zonas duras (nódulos).

A probabilidade de um nódulo prostático detectado por toque rectal ser maligno é de 50%. Em estádios avançados existe uma má delimitação da próstata devido á extensão para os tecidos periprostáticos e vesículas seminais.

Não esqueça que:

■ A HBP é uma doença que se inicia sem apresentar sintomas. Por isso, convém que, a partir dos 50 anos, todos os homens sejam submetidos a uma revisão periódica para determinar o estado da próstata.

■ Se apresenta perturbações ou dificuldades urinárias deve dirigir-se ao urologista.

■ É importante estabelecer um diagnóstico precoce dos problemas da próstata. Isto permitirá diferenciar entre a HBP e o cancro da próstata e detectar ambas as doenças na sua fase inicial, evitando complicações mais graves.

■ O toque rectal ofecere informação sobre as características da próstata ajudando a diferenciar entre a HBP e o cancro.

## **QUE OUTROS EXAMES PODEM REALIZAR –SE?**

Para além da história clínica, o exame físico e o toque rectal, podem praticar-se, de forma progressiva as seguintes provas:

- Análises de sangue: creatinina e PSA
- Análises de urina: sedimento, cultura e estudo fraccionado de urina e sémen.
- Ecografia prostática suprapública e transrectal.
- Urografia intravenosa (UIV).
- Biópsia prostática.
- Tomografia axial computrizada (TAC) e ressonância magnética nuclear (RMN).

## **C. ANÁLISES DE SANGUE: CREATININA E PSA**

A todo o doente com sintomatologia prostática deve realizar-se uma análise de sangue elementar, onde não deve faltar a determinação de creatinina e PSA.

A creatinina no sangue permite-nos a avaliação da função renal. Os seus valores elevados podem indicar uma afectação bilateral das vias urinárias altas (ureteres) secundárias a obstrução crónica da uretra por HBP ou afectação de ambos os ureteres por extensão do cancro da próstata.

O Prostatic Specific Antigen (PSA- Antígeno Específico Prostático) é uma substância produzida por uma célula prostática normal (em pequenas quantidades) e por células malignas (em maiores quantidades).

Os seus níveis normais situam-se abaixo de 4 ng/ml. Quando se elevam acima de 10 ng/ml, sugere-nos a existência dum cancro da próstata, que poderá ser investigado por ecografia transrectal e biópsia prostática.

A probabilidade de uma doente com nódulo prostático detectado por toque rectal e um PSA superior a 10 ng/ml ter um cancro da próstata é de 97%.

A determinação do PSA é de grande ajuda na diferenciação entre HBP e o cancro da próstata, mas não é totalmente exacto. Por este motivo, os valores do PSA devem correlacionar-se com as conclusões do toque rectal e da ecografia prostática tranrectal para decidir sobre a realização de uma biópsia prostática.

Os níveis de PSA devem relacionar-se com o volume da próstata e com a idade do doente para obter um diagnóstico mais preciso.

Recentemente foi publicada a possibilidade de determinar o PSA, que é a parte mais activa do PSA e que no futuro será mais preciso na diferenciação entre HBP e cancro da próstata.

## **ANÁLISE DE URINA.**

Podem ser efectuados os três tipos de estudo:

### ■ Sedimento urinário:

Indicar-nos-à se existe sangue na urina (hematúria) e no caso de prostatites bacterianas aparecerão gérmens na urina.

### ■ Urinocultura com teste de sensibilidade a antibióticos:

É imprescindível para pesquisar uma infecção urinária e tratá-la adequadamente. Nos doentes com prostatite bacteriana aguda, esta urocultura indicar-nos-à a bactéria causadora da mesma.

### ■ Estudo fraccionado de urina e sémen:

É um estudo complexo, que só é efectuado perante a suspeita da existência duma prostatite crónica para buscar o germen responsável e os antibióticos que possam destruí-lo. É realizada uma cultura de urina, líquido prostático (obtido através de massagem prostática por toque rectal) e sémen.

#### **Não esqueça que:**

- Quando existem sintomas de patologia prostática é aconselhável realizar um exame de urina e sangue.

- A determinação do PSA em associação com o toque rectal ajuda a diferenciar entre HBP e cancro da próstata e pode dar-nos a indicação dos casos em que convém realizar biópsia prostática.

### **E. ECOGRAFIA ABDOMINAL E TRANSRECTAL**

A ecografia representou um avanço muito importante na avaliação objectiva do tamanho e morfologia da próstata, especialmente mediante a técnica transrectal.

A ecografia abdominal oferece, em primeiro lugar, uma avaliação dos rins e das vias urinárias altas (pélvis e ureteres). Também permite visualizar a bexiga (se existem cálculos e tumores) e finalmente estudaremos a próstata, fundamentalmente o tamanho da glândula e o seu crescimento dentro da bexiga.

Para avaliar o volume residual de urina que fica na bexiga após urinar, é solicitado ao doente que urine. Este dado é muito importante, porque um volume residual indica a existência de obstrução e a impossibilidade de esvaziar adequadamente a bexiga.

Esta ecografia abdominal também servirá em caso de suspeita de cancro da próstata para estudar se há extensão tumoral (metástases) no fígado.

A ecografia transrectal é realizada introduzindo a sonda do ecógrafo através do recto. Esta ecografia permite-nos avaliar:

- O tamanho da próstata.

- A forma da próstata.

- A cápsula prostática, que quando não está íntegra pode ser indicador de cancro da próstata.

- A ecoestrutura. Este parâmetro é muito importante, pois na HBP, a glândula apresenta características homogéneas ou regulares, por sua vez, no cancro da próstata costumam aparecer zonas ou nódulos de diferentes características ecográficas, e permitir-nos-à biopsar estes nódulos ou zonas suspeitas.

- O estado das vesículas seminais e dos tecidos que rodeiam a próstata tem grande interesse para conhecer a extensão dum cancro da próstata.

■ Nas prostatites, as conclusões ecográficas não são típicas. Geralmente pode aparecer um aumento do tamanho da próstata, assimetria dos lóbulos prostáticos, nódulos na próstata externa e cálculos dentro da próstata.

## **F. UROGRAFIA INTRAVENOSA (UIV)**

Antes do aparecimento da ecografia, a urografia intravenosa era a principal forma de exploração radiológica da próstata. Esta urologia permite-nos estudar:

- A repercussão da próstata sobre as vias urinárias superiores
- O estado da parede vesical, ou seja, o grau de hipertrofia e engrossamento do músculo vesical e a presença de divertículos.
- A existência de tumores ou cálculos na bexiga.
- A elevação do pavimento vesical, devido ao crescimento da próstata.
- Além disso é efectuada uma radiografia enquanto o doente está a urinar, para estudar a compreensão que a próstata realiza sobre a uretra, e qual o calibre do jacto urinário. Após a micção realiza-se outra radiografia para verificar a quantidade de urina que fica retida na bexiga.

Nos casos de HBP, na UIV pode aparecer:

- Dilatação dos ureteres em casos avançados
- Hipertrofia do músculo vesical e divertículos, que indicam que a próstata está a obstruir a saída da bexiga e não permite uma boa micção.
- A próstata aumentada de tamanho, que eleva o pavimento da bexiga e comprime a uretra.
- A compressão e estiramento da uretra prostática durante a micção.
- A existência de abundante urina residual na bexiga depois de urinar, devido à obstrução prostática sobre a uretra.
- Na prostatite aguda com a UIV aparecem os rins, ureteres e bexiga normais. A próstata está aumentada de tamanho e presiste urina residual após a micção.

Em doentes com prostatite crónica, a UIV demonstrará por vezes a presença de cálculos dentro da próstata, e também pode pôr em evidência a existência duma estenose ou estreitamento da uretra que provoca dificuldade a urinar e pode facilitar a produção da prostatite crónica.

Nos casos de cancro da próstata, a UIV fornece pouca informação, os dados mais sugestivos são: maior dilatação de um dos ureteres, aumento de tamanho irregular da próstata e resíduo post-urinário.

Actualmente por recomendação da Organização Mundial da Saúde, a UIV só se faz se existirem alguns dos seguintes sintomas:

Hematúria

Infecção urinária de repetição

Antecedentes de cálculos urinários

Antecedentes de cirurgia do aparelho urinário

Retenção urinária

**Não esqueça que:**

■ A ecografia abdominal permite visualizar o estado dos rins, bexiga, próstata e resíduo urinário.

■ A ecografia transrectal permite-nos ver com maior precisão o volume da próstata, as características ecográficas (nódulos) e a cápsula da próstata.

■ A ecografia transrectal ajuda a diferenciar entre HBP e cancro da próstata.

■ A ecografia transrectal permitir-nos-à biopsar as zonas onde se suspeita de malignidade.

■ A UIV só se efectua em casos muito concretos.

## **G. BIÓPSIA DA PRÓSTATA**

■ A biópsia da próstata faz-se sempre que existe uma suspeita de cancro da próstata.  
■ O seu urologista indicar-lhe-à uma biópsia da próstata quando se constatarem um ou mais dos seguintes sintomas ou sinais:

■ Toque rectal com suspeita de malignidade, nódulos ou zonas duras.

■ PSA superior a 10ng/ml.

- Detecção na ecografia de zonas com alterações ecogénicas que sugiram a presença de um cancro de próstata.

## **COMO SE FAZ A BIÓPSIA DA PRÓSTATA?**

Actualmente a biópsia da próstata realiza-se utilizando a ecografia transrectal. Este aparelho indicará as zonas suspeitas que devemos biopsar. É feita em regime ambulatorio utilizando anestesia local e sedação suave.

O doente coloca-se em posição ginecológica (deitado com as pernas abertas) e introduz-se a sonda através do recto. Posteriormente com uma agulha muito fina punciona-se a próstata através do recto ou através do períneo (zona situada entre os testículos e o recto).

A ecografia permite ver a próstata e a agulha, de tal forma que nos guia e indica o local da punção. Para além de obter amostras das zonas suspeitas, é necessário obter amostras dos lóbulos prostáticos.

Com a agulha de punção extraem-se pequenas amostras da próstata que o patologista analisará ao microscópio, detalhadamente. Este especialista indicará a existência de cancro da próstata nalgumas das amostras, se houver cancro.

As complicações da biópsia da próstata são escassas, mas podem aparecer:

- Infecção (é preciso fazer um tratamento antibiótico antes da biópsia).
- Hematúria.
- Retenção aguda de urina.
- Hemorragia rectal.
- Hematoma no períneo.

**Não se esqueça que:**

- A biópsia da próstata só é feita sob suspeita da existência de cancro da próstata.
- É feita mediante punção através do recto ou do períneo.
- O patologista estuda as amostras e detecta a ausência ou presença de células cancerígenas.

## H. OUTRAS PROVAS DIAGNÓSTICAS

Tomografia axial computadorizada (TAC)

- Utiliza-se em doentes diagnosticados previamente mediante biópsia de cancro da próstata. Realiza-se para estudar a possível extensão do tumor a tecidos vizinhos (vesículas seminais) e aos gânglios linfáticos.

- Scintigrafia óssea

É a técnica mais sensível e precoce para diagnosticar a extensão do cancro da próstata, com metastização para o esqueleto.

**Não se esqueça que:**

É importante estabelecer um diagnóstico precoce nas doenças da próstata. Isto permitirá controlar a doença na sua fase inicial e evitar graves complicações.

Os sintomas das doenças prostáticas (hiperplasia benigna e carcinoma) não se diferenciam muito, por isso é muito importante que procure o urologista para fazer um diagnóstico precoce.

O seu urologista realizará em primeiro lugar um toque rectal e a determinação do PSA.

Se estes exames forem normais, e é diagnosticada uma hiperplasia benigna da próstata (HBP), deverá realizar controlos anuais a partir dos 50 anos.

Se forem detectadas zonas suspeitas de malignidade no toque rectal, e o PSA for superior a 10 ng/ml recomenda-se a realização de ecografia prostática trans-rectal, e eventualmente biópsia da próstata.

## TRATAMENTO DAS DOENÇAS DA PRÓSTATA

### TRATAMENTO DO PROTATISMO-SINTOMAS DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA (HBP)

A solução definitiva da obstrução aguda causada pela hiperplasia benigna da próstata consiste em extrair total ou parcialmente a próstata através de cirurgia aberta ou endoscópica.

Existem tratamentos com medicamentos eficazes que permitem aliviar a sintomatologia e reduzir a obstrução da uretra provocada pelo crescimento da próstata.

Actualmente, a maioria dos doentes com hiperplasia benigna da próstata podem beneficiar dum tratamento médico adequado. A cirurgia ficará reservada para doentes com sintomas muito severos que não se conseguem tratar ou melhorar significativamente com tratamento médico ou apresentem complicações.

Existem diferentes opções de tratamento na hiperplasia benigna da próstata conforme a sintomatologia do doente, a evolução da hiperplasia e o aparecimento de complicações. A seguir são expostas as diferentes opções de tratamento:

**1.Observação. Espera vigilante.**

**2.Tratamento higiénico-dietético.**

**3.Tratamento médico:**

Fitoterapia: Extractos de plantas.

Fármacos que diminuem o tónus fibromuscular da próstata e da HBP:  
Bloqueantes alfa-adrenérgicos.

Fármacos capazes de diminuir o volume da HBP:

■ **Estrogéneos**

■ **Análogos LHRH**

■ **Inibidores da 5- alfa- reductase**

■ **Inibidores de factores de crescimento**

**Tratamento instrumental:**

Dilatação com balão da uretra prostática

Dispositivos endouretrais

Termoterapia- hipertermia

Energia de rádio- frequência

**5.Tratamentos cirúrgicos**

Endoscópico:

■ **Incisão do colo vesical e próstata.**

■ **Ressecção transuretral da próstata com electrocoagulação.**

■ **Ressecção transuretral da próstata com lase**

Cirurgia aberta

■ **Transvesical**

## ■ Retropública

### 1. Selecção do tratamento. Participação do doente nas decisões.

Comentaremos brevemente os diferentes tratamentos e ao finalizar exporemos a selecção do tratamento mais adequado para cada caso, dependendo do momento evolutivo da doença, da situação geral do doente, do critério médico e por último da decisão do doente perante as diferentes alternativas propostas pelo médico.

#### 1 - Observação. Espera Vigilante

Alguns doentes apresentam sintomas leves muito pouco evolutivos apesar de não receberem tratamento algum. Nestes doentes é suficiente um exame anual da próstata mediante toque rectal e análise de sangue (PSA) e urina.

#### 2- Tratamento higiénico- dietético

Uma atitude higiénica-dietética sã pode ajudar os doentes prostáticos a retardar o agravamento dos seus sintomas de postatismo.

É muito importante uma alimentação sem picantes e condimentos. Deverão ser ingeridos alimentos ricos em fibras para evitar a prisão de ventre. É fundamental praticar exercício físico moderado e evitar o sedentarismo e o álcool.

#### 3- Tratamento médico

A maioria dos doentes com hiperplasia benigna da próstata apresenta sintomas leves ou moderados que podem melhorar com um tratamento médico apropriado. Hoje em dia existem duas linhas eficazes de tratamento médico:

- Fármacos que diminuem o tónus fibromuscular da próstata e da HBP.

- Fármacos capazes de diminuir o volume da HBP (hormonais).

Ambas têm os mesmo objectivo: diminuir a obstrução que a hiperplasia exerce sobre a uretra, e assim facilitar a saída de urina.

**3a) Extractos de Plantas** Desde a antiguidade têm sido utilizados produtos derivados das plantas para corrigir os transtornos urinários.

Estes medicamentos exercem fundamentalmente um efeito anti- inflamatório e anti-edematoso. Esta acção anti-edematosa tem um efeito benéfico na etapa congestiva inicial do adenoma da próstata. Não existem estudos fiáveis sobre a eficácia destes produtos a longo prazo.

**3b) Alfa-bloqueantes** A hiperplasia benigna da próstata dificulta a saída da urina por dois mecanismos:

- **Obstrução mecânica** ou anatómica provocada pelo crescimento da glândula prostática (HBP) que comprime a uretra e dificulta a micção.
- **Obstrução dinâmica** que depende dos músculo liso da hiperplasia e da própria próstata que rodeia o adenoma. Estes músculos lisos são capazes de se contrair e provocar uma maior obstrução da uretra. Também podem relaxar-se e então diminuir a pressão sobre a uretra.

Esta possibilidade de contração e relaxamento explica variações que os doentes prostáticos apresentam nos sintomas.

Os medicamentos alfa- bloqueantes impedem que as fibras musculares lisas da próstata hiperplasiada e da cápsula se contraiam. Assim diminui consideravelmente a obstrução que a próstata provoca sobre a uretra.

O resultado final será uma melhoria significativa da micção (jacto mais grosso e fácil) e dos sintomas irritativos (micção menos frequente, desaparecimento da urgência urinária).

Os doentes onde a componente dinâmica (músculo liso) é a causa fundamental dos sintomas revelarão uma grande melhoria após o uso de alfa-bloqueantes.

Os alfa- bloqueantes mais conhecidos são:

- **Fenoxibenzamina-** Relaxa o colo vesical e a uretra, melhorando os sintomas de obstrução uretral. Tem efeitos secundários importantes: hipotensão postural, taquicardia reflexa, ausência de ejaculação, sedação, vertigens. Devido a estes efeitos é muito pouco utilizada.
- **Nicergolina-** É um bloqueante alfa- 1 utilizado como vasodilatador, que bloqueia os receptores alfa da próstata. Utiliza-se em doses de 30mg/dia. Para além de melhorar a sintomatologia prostática é um vasodilatador que melhora a circulação cerebral.
- **Prazosin** – É um bloqueante alfa-1 utilizado como hipotensor. É um fármaco eficaz no tratamento sintomático da hiperplasia benigna da próstata, mas tem efeitos secundários importantes no início do tratamento. Os mais importantes são: taquicardia, palpitações e hipotensão.
- **Alfuzosin-** É um fármaco bloqueante dos receptores alfa-1 da próstata. Oferece uma melhoria da sintomatologia prostática em doentes com predominância da componente dinâmica. Provoca menos efeitos secundários que os anteriores.
- **Terazosin** - É um bloqueante alfa- 1 de semi- vida prolongada, de tal forma que pode ser administrado 1 vez por dia. Os seus efeitos secundários são similares ao alfuzosin.

■ **Doxazosin-** É um medicamento usado inicialmente em doentes com hipertensão arterial para reduzir a tensão arterial. Tem uma semi-vida prolongada, permitindo ser administrado uma vez por dia. Tem um efeito bloqueante alfa-1 que impede a contracção das fibras musculares lisas da próstata, diminuindo a obstrução provocada pela HBP e melhora os sintomas dos doentes prostáticos.

*Alfuzosin, terazosin e doxazosin* têm menos efeitos adversos que *oprazosin*. No entanto, podem provocar taquicardia e hipotensão postural de intensidade leve. Por este motivo deve iniciar-se o tratamento com uma dose baixa elevando-a lentamente.

**Tamsulosin-** Foi desenvolvido mais recentemente, e é o primeiro bloqueador alfa, selectivo, subtipo alfa-1c, que de acordo com a nova nomenclatura passou a ser designado alfa-1a, destinado a causar alívio dos sintomas com o mínimo de inconvenientes provocados pela diminuição da tensão arterial. É tomado uma vez por dia.

### **QUE LUGAR OCUPAM OS ALFA BLOQUEANTES NO TRATAMENTO MÉDICO DA HBP?**

Estes fármacos actualmente são utilizados em doentes com sintomas obstrutivos, que ainda não descompensaram a bexiga (não existe resíduo, ou este é mínimo) e onde a indicação cirúrgica resolutiva parece ser prematura, sobretudo devido a que a evolução prostática é imprevisível, e por isso nem sempre progressiva.

Assim, os alfa-bloqueantes podem ser usados em doentes que controlam a sua sintomatologia com este tratamento e não apresentam complicações. Da mesma maneira, podem ser administrados temporariamente a doentes à espera de serem operados, com a finalidade de diminuir os sintomas irritativos.

Uma última possibilidade, são os doentes com risco de apresentar retenção, por exemplo, durante uma intervenção cirúrgica por outra causa, ou quando pretendemos retirar a sonda uretral depois de uma retenção aguda urinária.

### **3c) Tratamento hormonal**

Desde o século XVIII é conhecida a influência dos androgéneos (hormonas masculinas) no desenvolvimento da próstata, pois a castração impede o crescimento da próstata.

No tratamento da hiperplasia benigna da próstata podem ser administrados os mesmos medicamentos hormonais que utilizamos no cancro da próstata. Podemos utilizar os **análogos da LHRHL** que impedem a formação de testosterona, diminuindo assim o volume prostático. No entanto, estes fármacos não são utilizados, por provocarem impotência sexual em 85% dos casos.

Também podemos utilizar **antiandrogéneos**, que provocam uma redução do tamanho prostático e melhoram a sua sintomatologia. Porém, metade dos doentes podem apresentar aumento e dor nas mamas, e em casos raros impotência.

Os **inibidores da aromatase** provocam uma redução do volume prostático com poucos efeitos indesejados, no entanto, a experiência clínica com estes fármacos é muito reduzida.

Actualmente, o tratamento médico mais utilizado para reduzir o volume da hiperplasia benigna da próstata são os **inibidores da 5-alfa-reductase**.

A testosterona é a hormona masculina que indirectamente favorece o aumento prostático. Esta testosterona transforma-se dentro da próstata em noutra substância mais potente que se denomina *di-hidro-testosterona* (DHT).

A DHT é o androgéneo (hormona masculina) fundamental para o desenvolvimento e crescimento da próstata. Para que a testosterona se transforme em DHT, é necessário uma enzima chamada 5-alfa-reductase.

Actualmente existe um medicamento que inibe a acção da 5-alfa-reductase e impede que a testosterona se transforme em DHT. Assim, este fármaco trava a produção de DHT e diminui o volume prostático, melhorando os sintomas dos doentes com HBP.

Este inibidor de 5- alfa- reductase denomina-se *Finasteride* e a dose de 5mg/dia consegue uma redução do volume prostático, fluxo e calibre urinário maiores, e uma melhoria dos sintomas provocados pela HBP.

Os efeitos adversos provocados pelo *Finasteride* são raros; pode aparecer impotência sexual em 3% dos casos, diminuição da apetência sexual em 3% dos casos, e diminuição do volume do ejaculado em 2%.

#### **Não esqueça que:**

- O tratamento médico da hiperplasia benigna da próstata pode ser usado em doentes com sintomas leves ou moderados. Estes medicamentos podem diminuir os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

- Os extractos de plantas são muito utilizados, mas não existem estudos que demonstrem o seu mecanismo de acção nem os resultados a longo prazo.

- Os fármacos alfa- bloquantes são eficazes e melhoram os sintomas obstrutivos e os irritativos. Os novos fármacos (*alfuzosin, terazosin, doxazosin*) administrados adequadamente apresentam muito poucos efeitos secundários.

- O *Finasteride* diminui o tamanho da próstata e portanto, melhora os sintomas obstrutivos.

- O *Tamsulosin* é o medicamento alfa- bloqueante mais recente.

#### **Tratamento Instrumental**

O tratamento resolutivo num doente com hiperplasia benigna da próstata e com obstrução severa é o cirúrgico. Porém, existem 20% dos casos onde a cirurgia não é possível ou apresenta um alto risco anestésico e/ou cirúrgico. Nestes doentes podem utilizar-se opções menos agressivas do que a cirurgia. Oferecem piores resultados que o tratamento cirúrgico, mas podem ser efectuados com anestesia local.

#### **4a) Dilatação da uretra prostática com balão**

A técnica consiste em colocar na uretra prostática uma sonda especial com um balão pneumático. Enche-se o balão com soro fisiológico a alta pressão durante 10 minutos, dilatando-se a uretra prostática e o colo vesical.

Esta técnica é fácil de realizar e os seus resultados são variáveis, requerendo cirurgia em mais de 60% dos casos. No entanto tem vantagens como: escassas complicações, não requer anestesia, baixo custo e curta hospitalização.

Pode ser utilizada em doentes de idade avançada, com alto risco anestésico e cirúrgico. Actualmente é muito pouco utilizada.

#### **4b) Dispositivos intraprostáticos**

São próteses que são colocadas através do canal uretral e alojadas na uretra prostática. Uma vez colocadas na uretra expandem-se, empurrando a próstata e desobstruindo a uretra. A urina passará pelo interior do dispositivo intrauretral. Assim, a prótese auto expandível evita a obstrução provocada pela hiperplasia benigna da próstata e permite micções através da uretra.

É importante colocar bem este tipo de próteses endouretrais para evitar o aparecimento de complicações (fuga de urina, mobilização da prótese, sintomas urinários).

A finalidade desta prótese é libertar o doente duma sonda uretral permanente e evitar as infecções urinárias que a sonda por vezes provoca.

Podem ser colocadas com anestesia local e são utilizadas em doentes de idade avançada e em casos de alto risco.

#### **4c) Hipertermia. Termoterapia**

Consiste na aplicação de calor (micro-ondas) na próstata com o objectivo de melhorar os sintomas urinários.

Pode ser feito colocando uma sonda especial através do recto que produz temperaturas de 43°C a nível da próstata. Neste caso denomina-se hipertermia prostática. São necessárias habitualmente 5 sessões de 90 minutos.

O calor também pode ser aplicado através da uretra e denomina-se de termoterapia. Ao ser aplicado muito perto da uretra prostática, dentro da próstata atingem-se temperaturas de 45 a 55°C, provocando uma redução do volume da próstata. Geralmente o tratamento realiza-se durante 60 minutos.

Estes procedimentos não requerem hospitalização nem anestesia, mas os seus resultados são muito limitados comparados com a cirurgia. Registam-se bons resultados em

aproximadamente 325 dos casos. Geralmente produz-se uma melhoria dos sintomas, mas o volume da próstata, o jacto urinário e o resíduo urinário após a micção não se modificam.

Ambas as técnicas podem utilizar-se em doentes com alto risco cirúrgico e com uma próstata de tamanho médio.

**Não esqueça que:**

- A termografia prostática, as próteses endouretais (dilatadores da próstata) e a dilatação (balão intrauretal) são tratamentos instrumentais que não requerem anestesia.

- No entanto, actualmente não é possível assegurar que estas técnicas ofereçam benefícios a longo prazo.

- Podem ser feitas em doentes com sonda permanente, de idade avançada e com alto risco cirúrgico ou anestésico.

**5. Tratamento cirúrgico** A solução definitiva da hiperplasia benigna da próstata consiste em extrair total ou parcialmente o adenoma, ou a zona com hiperplasia benigna da próstata mediante intervenção cirúrgica.

Tendo em conta que a maioria dos homens com mais de 60 anos apresentam hiperplasia benigna da próstata mais ou menos desenvolvida, a simples presença de sintomas urinários não será indicação para realizar uma intervenção cirúrgica. Muitos destes doentes com sintomatologia leve ou moderada podem beneficiar de tratamento médico.

Apesar disso, existem várias situações que requerem intervenção cirúrgica:

- Retenção aguda da urina ( impossibilidade de urinar).

- Dilatação de ureteres e pélvis renal devido a obstrução prostática com afectação da função renal.

- Infecção urinária de repetição, mantida pela urina residual que fica na bexiga depois de urinar.

- Hematúria severa.

- Patologia vesical associada, ou seja, cálculo(s) na bexiga, ou divertículo(s).

- Sintomas severos de obstrução que impedem uma vida social aceitável.

Actualmente existem diferentes técnicas cirúrgicas que podem realizar-se através do canal uretral (técnicas endoscópicas) ou mediante cirurgia aberta com incisão através do abdómen.

## 5a) Cirurgia endoscópica.

### 5. a1- Incisão transuretral da próstata.

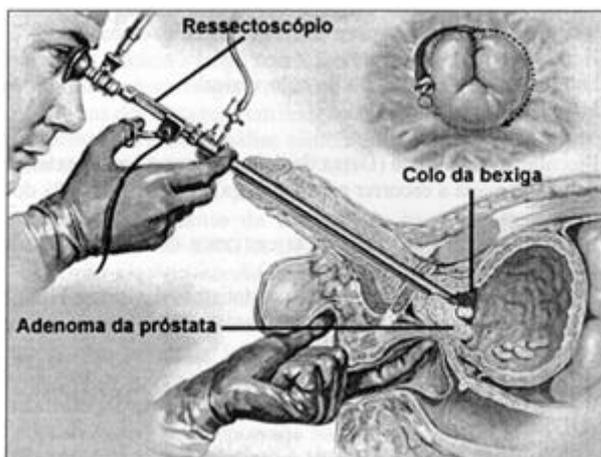
A intervenção é realizada através do canal uretral (endoscopia). A técnica consiste em realizar uma incisão profunda com corte elétrico ou com laser desde o colo da bexiga ao longo de toda a próstata. Desta maneira, consegue-se diminuir a obstrução da uretra. Podem ser feitas uma ou duas incisões. A incisão deve ser profunda até abrir a cápsula prostática. Como já vimos, a cápsula prostática colabora com a HBP na obstrução da uretra. A componente dinâmica da cápsula pode ser inibida por medicamentos alfa-bloqueantes e mediante a incisão cirúrgica.

Ao finalizar a operação, deixa-se uma sonda vesical durante 2 dias aproximadamente e dá-se alta.

Esta técnica é utilizada em doentes menos idosos, com próstatas pequenas sem lóbulo médio. Nos doentes seleccionados obtêm-se resultados satisfatórios entre os 70 a 90 % dos casos.

Apresenta a desvantagem de não se obter tecido prostático para o ser estudo anatomopatológico (microscópio). Tem a grande vantagem de só causar ejaculação retrógrada em aproximadamente 15% dos casos.

### 5. a2- Ressecção transuretral da próstata ( RTUP).



A RTUPO tem substituído as técnicas abertas em grande número de casos, sendo actualmente a cirurgia prostática realizada com maior frequência. A técnica consiste na extirpação de múltiplos fragmentos de hiperplasia benigna da próstata através da uretra mediante um aparelho denominado electro- ressector.

Os fragmentos extirpam-se com um corte eléctrico e vão-se armazenando na bexiga. Com este corte eléctrico vai-se aprofundando pouco a pouco até ressecar a maior parte do adenoma e deixar um amplo buraco por onde passará a urina sem dificuldade.

Ao acabar, com o electro-ressector, coagulam-se os vasos sanguíneos para evitar complicações hemorrágicas e extraem-se os fragmentos que foram acumulados na bexiga. Estes fragmentos serão enviados para análise anatomopatológica.

**Fig. 6-**Ressecção transuretral da próstata (RTUP)

Ao finalizar a electro- ressecção, deixa-se uma sonda vesical de três vias por onde entra um líquido que lava a bexiga e o buraco prostático e impede que se formem coágulos. Este líquido posteriormente sai por outro orifício da sonda. A sonda é habitualmente retirada após 4 dias.

Se operado por um urologista experiente neste tipo de cirurgia, as complicações mais frequentes que podem aparecer em cerca de 18% dos doentes durante ou depois de uma RTUP são:

- Incontinência urinária.
- Hemorragia, sangramento.
- Estreitamento da uretra ou do colo vesical.
- Infecção Urinária.
- Morte (menos de 1%).
- Ejaculação retrógrada (deixa de deitar espermatozoides para o exterior do pénis, passa a escorrer para a bexiga) em cerca de 70% dos casos.
- Disfunção erétil ou impotência em cerca de 16% dos casos (variando entre 4 e 40% dos casos).

Em relação aos sintomas de prostatismo, devidos à HBP, os resultados são bons em 85% a 90% dos casos, se ignorarmos as complicações atrás referidas.

### **EM QUE CASOS DEVE REALIZAR-SE A CIRURGIA ENDOSCÓPICA?**

Não existem normas gerais e pode-se dizer que a utilização duma técnica determinada estará intimamente ligada à experiência de cada urologista e às preferências do doente.

A cirurgia endoscópica deve preferir-se nos casos de adenomas (HBP) pequenos ou moderados, até 50-60 gramas.

Em doentes com adenomas superiores a este tamanho ou nos que têm patologia associada (divertículo, litíase vesical) a indicação cirúrgica será a cirurgia aberta.

### **5.a3 - Tratamento da hiperplasia benigna da próstata com laser.**

Consiste em utilizar uma fibra de laser através do canal uretral para conseguir coagulação, necrose e vaporização de parte do adenoma da próstata.

Graças a esta necrose e vaporização consegue-se diminuir o volume da próstata desobstruindo a uretra prostática. Esta técnica tem o mesmo objectivo que a RTUP, mas utilizando a energia gerada pelo laser .

Existem fibras laser que se aplicam por contacto sobre a uretra e tecido prostático e controla-se a sua aplicação sob visão endoscópica.

Outras fibras estão cobertas por um balão que distende a uretra, controlando-se a aplicação do laser por ecografia.

São técnicas de recente aparição e requerem vastos estudos para validar a sua eficácia a longo prazo. Em princípio, tem a vantagem de provocar a menor hemorragia e requerer menor hospitalização.

As suas desvantagens em relação à RTUP é que não se obtém tecido prostático para análise anamotomopatológica e os resultados obtidos são piores do que com a RTUP:

### **5.a4- Tratamento da hiperplasia benigna da próstata com ENERGIA DE RADIO FREQUÊNCIA.**

*O trans-urethral needle ablation sistem (TUNA)* consiste na utilização da energia da radio-frequência. É uma técnica minimamente invasiva para a HBP que pode ser realizada em 30 a 45 minutos, com anestesia local e em regime externo-ambulatorio (não carece de internamento). A libertação controlada de energia da rádio frequência faz a alimentação do tecido da HBP local. Este método, inovador, já foi aprovado na Comunidade Europeia e nos Estados Unidos, constituindo um importante avanço, por permitir uma muito menor incidência de complicações pós-operatórias, mas mais uma vez não será a “panaceia universal”, e não permite o exame anatomo-patológico da próstata doente.

#### **Não esqueça que:**

- A incisão do colo vesical e da próstata é uma técnica simples e que consegue bons resultados em próstatas pequenas, requerendo pós-operatórios muito curtos.
- A RTUP permite a exereses do adenoma da próstata com um pós-operatório mais curto e cómodo do que a cirurgia aberta.
- A cirurgia endoscópica costuma ser feita em próstatas pequenas ou moderadas.

- A RTUP oferece resultados satisfatórios em 90% dos casos.
- Requer anestesia geral ou regional.
- A cirurgia prostática com laser oferece actualmente piores resultados do que a RTUP clássica.
- A cirurgia com energia da rádio- frequência -TUNA- apresenta vantagens significativas, com bons resultados, mas também tem imitações.

### 5b- Cirurgia aberta:

Desde que Amussat ressecou em 1827 um fragmento de próstata por via transvesical, a extirpação do tecido prostático tem sido a base do tratamento cirúrgico da HBP.

São possíveis várias vias de acesso ao adenoma (HBP). A mais antiga, já abandonada, por via perineal, foi descrita por Young em 1893. A via suprapúbica ou transvesical, descrita por Freyer em 1896 e a retropúbica, de Millin, em 1947. Actualmente a cirurgia aberta mais praticada é a via retropúbica de Millin.

### EM QUE CONSISTE A CIRURGIA ABERTA DA HBP?

É necessária anestesia geral ou regional (do umbigo para baixo). Faz-se uma incisão entre o umbigo e o púbis, chegando até à bexiga.

Na via transvesical abre-se a bexiga e através dela extirpa-se o adenoma.

Na via retropúbica (Millin) abre-se a cápsula prostática e com ajuda do dedo extrai-se o adenoma da próstata.

Devemos lembrar que a próstata é como uma laranja, a sua pele é a cápsula prostática, a polpa da laranja é o adenoma (HBP) e o canal uretral passa pelo meio da laranja.



Na cirurgia aberta extirpa-se todo o adenoma da próstata, deixando-se a cápsula prostática. Na RTUP extirpa-se parte do adenoma.

No caso do cancro da próstata, faz-se uma prostatectomia radical, ou seja, extirpa-se toda a próstata (cápsula e adenoma), a uretra prostática e as vesículas seminais.

Posteriormente, junta-se o colo da bexiga à uretra, que fica por baixo da próstata.

**Figura 7-** Ressecção digital do

## adenoma ou HBP por via aberta.

Depois de tirar o adenoma, dá-se uma série de pontos para que a cápsula prostática não sangre e é colocada uma sonda que vai desde o meato urinário na ponta do pénis, passando pela uretra, o buraco prostático e chega à bexiga.

Esta sonda mantém-se durante 5 a 6 dias, para que a cápsula prostática cicatrize adequadamente e permita que a urina passe correctamente.

A cirurgia aberta tem a vantagem de poder extirpar o adenoma todo, e poder fazer-se um estudo anatomopatológico completo.

Na decisão de realizar cirurgia endoscópica (RTUP) ou aberta, influem as seguintes situações:

- Tamanho e configuração do adenoma.
- Presença de patologias associadas.
- Experiência e preparação do cirurgião.
- Situação geral do doente.

Deve realizar-se cirurgia aberta em próstatas maiores de 80 gramas. Nas próstatas grandes, RTUP é demasiado limitada, aumentando a incidência de complicações. Por sua vez, a cirurgia aberta é mais resolutiva e com menor percentagem de complicações. Nas próstatas mais pequenas é preferível fazer cirurgia endoscópica (RTUP).

Quando existem grandes patologias associadas à HBP, é conveniente realizar cirurgia aberta. Assim, é preferível fazer cirurgias abertas nos casos de:

- Litíase ou cálculos na bexiga.
- Divertículos ou hérnias na bexiga.
- Próteses penianas.

### **QUE COMPLICAÇÕES PODE APRESENTAR A CIRURGIA ABERTA?**

- Hemorragia e necessidade de transfusão.
- Incontinência ou fugas de urina.
- Estreitamento da uretra ou do colo vesical.

- Mortalidade (menos de 1%).
- Infecções urinárias (5% ou mais).
- Ejaculação retrógrada (em cerca de 100% dos casos).
- Disfunção erétil ou impotência (em cerca de 16% dos casos).

Num estudo recente, comparando a cirurgia aberta e a endoscópica, comprovou-se que a RTUP apresentava uma taxa de mortalidade tardia superior, fundamentalmente por enfarte do miocárdio. Além disso, a cirurgia endoscópica precisa de maior número de reintervenções (17%) a longo prazo do que a cirurgia aberta (7%).

No entanto, devemos lembrar que em doentes com alto risco cirúrgico e anestésico, é preferível a RTUP, pois é menos traumática e precisa de menor hospitalização. Actualmente, a RTUP é também a operação com menor número de complicações precoces entre as mais utilizadas.

Apesar das diferentes complicações, o tratamento cirúrgico do adenoma de próstata resulta na cura dos sintomas em 90% dos casos.

#### **Não esqueça que:**

- A solução definitiva da HBP consiste em extirpar o adenoma mediante cirurgia aberta ou endoscópica.
- A cirurgia aberta realiza-se em próstatas grandes ou com patologia associada (cálculos, divertículos).
- A cirurgia aberta apresenta a longo prazo menor índice de mortalidade e menor índice de reintervenções que a RTUP.
- Cerca de 90% dos doentes submetidos a cirurgia por HBP ficam livres dos seus sintomas.

## **6. SELECÇÃO DO TRATAMENTO. PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NAS DECISÕES.**

A expressão clínica da HBP varia duns doentes para outros. Habitualmente, no mesmo indivíduo os sintomas são progressivos no tempo, nalguns casos não progridem e ainda noutros pode surgir a sintomatologia bruscamente com retenção urinária aguda.

A solução definitiva da obstrução aguda causada por hiperplasia benigna da próstata consiste em extrair total ou parcialmente a próstata mediante cirurgia aberta ou endoscópica.

Tendo em conta que a maioria dos homens com mais de 60 anos apresentam HBP mais

ou menos desenvolvida, a simples presença de sintomas urinários não será indicação para realizar uma intervenção cirúrgica.

Há que considerar que nalguns doentes que sofrem de hiperplasia benigna da próstata, os sintomas não são progressivos ou progridem muito lentamente.

Estes casos com sintomatologia leve ou moderada podem beneficiar de tratamento médico, ou não curativo, mas que melhora em grande parte os sintomas dos doentes e melhora a sua qualidade de vida.

Nos doentes em que a obstrução se deve fundamentalmente à contração do músculo liso da HBP e da cápsula, devem ser utilizados bloqueantes alfa- adrenérgicos. Estes fármacos diminuem a obstrução, melhorando os sintomas obstrutivos e irritativos. Se doseados adequadamente, têm poucos efeitos adversos.

Nos doentes com hiperplasia benigna da próstata com predominância da componente glandular, aconselha-se o uso de fármacos reductores do volume da próstata. O *Finasteride* (inibidor da 5- alfa-reductase) é o medicamento que reduz o tamanho da próstata, melhorando os sintomas, com menos efeitos adversos.

### **Quando um doente com HBP apresenta sintomas muito marcados como:**

- Retenção urinária
- Urina residual após a micção
- Hematuria de repetição (presença de sangue na urina),

Ou complicações como :

- Cálculos na bexiga
- Divertículo vesical
- Insuficiência renal
- Infecção urinária de repetição, torna-se necessário realizar tratamento cirúrgico.

Como norma geral, a cirurgia endoscópica deve preferir-se em casos de adenomas pequenos ou moderados, menores de 50-60 gramas.

Em doentes com adenomas superiores a este tamanho, ou quando existe uma patologia associada, a indicação cirúrgica será a cirurgia aberta.

Em cada caso, o urologista deve explicar ao doente as características da HBP e os

diferentes tratamentos que podem ser efectuados com os seus resultados, complicações, vantagens e desvantagens.

A partir desta informação, e considerando a situação geral do doente, o urologista orientá-lo-á sobre as melhores opções de tratamento.

Finalmente, o doente adequadamente informado e orientado poderá decidir sobre o tratamento a tomar.

## **B- TRATAMENTO DAS PROSTATITES**

Para tratar a sua prostatite, o médico urologista terá necessidade de identificar o tipo de prostatite que o afecta, e certificar-se de que nenhuma situação mais grave está presente, disfarçada pelos sintomas da prostatite, pelo que vai submetê-lo a vários testes:

- **Análises:** Amostras da sua urina e do seu fluido prostático, podem indicar se o problema se localiza na uretra, bexiga ou próstata.
- **Toque rectal:** conforme descrito atrás permite pesquisar anomalias do tamanho, forma, sensibilidade ou outras.
- **Massagem prostática:** para obter amostra do seu fluido prostático, que é “espremido” para a uretra e vai aparecer na saída da mesma- o meato uretral- sendo colhido para análise; esta manobra faz-se durante o toque rectal.
- **Exclusão de outros problemas:** o teste do P.S.A. (Prostatic Specific Antigen – Antígeno Específico Prostático): pode ser feito para medir os níveis de um elemento químico proveniente da sua próstata, na circulação sanguínea.
- **A ecografia prostática transrectal** pode ser feita se se suspeita da presença de cancro ou abscesso na próstata. Com uma sonda ultra-sons introduzida no recto obtém-se imagens nítidas da próstata num monitor de vídeo.

## **O TRATAMENTO DA PROSTATITE:**

Para tratar os sintomas e a situação que os causa, pode recorrer-se a várias atitudes, entre as quais o tratamento medicamentoso. Em caso de infecção, o tratamento com antibióticos pode eliminá-la completamente.

### **B.1- TRATAMENTO DA PROSTATITE NÃO-BACTERIANA:**

- Medicamentos anti-inflamatórios e relaxantes musculares.
- Banhos de imersão quentes.
- Aumento da ingestão de líquidos.
- Descontrair-se quando urina.
- Ejaculações frequentes (para ajudar a esvaziar a próstata e relaxá-la).

- Alterações do regime alimentar.

## **B.2- TRATAMENTO DA PROSTATITE AGUDA BACTERIANA:**

- Todas as atitudes sugeridas para o tratamento da prostatite não- bacteriana.
- Tratamento com antibióticos por um período de tempo não inferior a uma semana, tão depressa e tão apropriados quanto possível.
- Quando a próstata apresenta uma infecção aguda, os antibióticos penetram com facilidade dentro da próstata. Administram-se em primeiro lugar antibióticos através de injeção intramuscular (I.M.) ou mediante perfusão endovenosa. Utilizam-se alguns dos seguintes antibióticos:
  - Aminoglicósidos
  - Cefalosporinas da 3ª geração
  - Outros a definir pelo urologista

Estes antibióticos usam-se 2 a 3 dias (I.M.) e quando baixa a febre substituem-se por *ciprofloxacina* (via oral) por um período de pelo menos 10 dias.

Se o doente tiver dificuldade em urinar, não deve colocar-se uma sonda através da uretra. Se apresenta retenção urinária, coloca-se um catéter (sonda) endovesical mediante punção da bexiga através do abdómen.

Duas semanas depois de acabar o tratamento, deve-se realizar um estudo fraccionado de urina, líquido prostático e sémen para detectar de forma precoce bactérias ou gérmens residuais dentro da próstata e tratá-los adequadamente para evitar o aparecimento de uma prostatite. Crónica.

## **B.3- TRATAMENTO DA PROSTATITE CRÓNICA DE LONGA DURAÇÃO:**

O diagnóstico da prostatite crónica é difícil e requer a realização dum estudo fraccionado de urina, líquido prostático e sémen para determinar o gérmem responsável pela infecção e os antibióticos capazes de o matar (antibiograma).

Quando a próstata apresenta uma infecção crónica, os antibióticos penetram muito mal no interior da próstata. Os antimicrobianos penetram muito mal no interior da próstata. Os antimicrobianos que melhor penetram são os liposolúveis com baixa união a proteínas e com pH ácido.

O agente antimicrobiano que deve ser utilizado basear-se-à em dois critérios:

- Boa penetração na próstata.
- Sensibilidade do germen ao antibiótico.

Conforme estes dois critérios, será utilizado um dos seguintes: *norfloxacina, ofloxacina, ciprofloxacina, aztrionam, ceftriaxone, cotrimoxazol, doxiciclina*.

Devido à má difusão deve ser prolongada em ciclos de 6 a 8 semanas, realizando um estudo fraccionado microbiológico uma semana depois de acabar o tratamento.

A prostatite bacteriana crónica tende a repetir-se e por vezes é necessário e por vezes em casos crónicos de longa duração deve recorrer-se à injeção intraprostática dos antibióticos.

Na prostatite crónica é muito útil seguir certos hábitos:

- Evitar condimentos, álcool e café.
- Practicar exercício físico, fundamentalmente caminhar.
- Não ter prisão de ventre.
- Actividade sexual regular.
- Banhos de assento.

Também pode ser utilizados anti-inflamatórios ou descongestionantes prostáticos (extractos de plantas) que melhoram os sintomas.

A prostatite não é contagiosa, pelo que, não só não há razões para evitar as relações sexuais, como estas podem ser benéficas, pelo que, se for o seu caso, é conveniente que dê a ler esta informação à sua mulher ou companheira.

Existe uma doença que apresenta sintomas e um toque rectal similar á prostatite bacteriana crónica, mas ao fazer repetidos estudos microbiológicos de urina, de líquido prostático e de sémen, não se detecta a presença de germens. Esta doença denomina-se prostatodinia e não requer antibióticos. Trata-se com agentes alfa bloqueantes que travam as contrações dos músculos do colo vesical, da uretra e da próstata.

### **Não esqueça que:**

■ A prostatite aguda bacteriana trata-se mediante antibióticos, inicialmente por via intramuscular, e posteriormente por via oral durante 14 dias.

■ Se acontecer retenção urinária na prostatite aguda, não deve colocar-se uma sonda através da uretra; deve dirigir-se a um serviço de urgências para colocar uma sonda suprapúbica.

■ Na prostatite bacteriana crónica os antibióticos penetram muito mal dentro da próstata e é necessário administrar ciclos de 6 a 8 semanas.

### **C.- TRATAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA.**

Defrontamo-nos frequentemente com o dilema que inclui a opção de não fazer qualquer tratamento.

Embora os estudos feitos em autópsias mostrem uma elevada incidência de cancro da próstata, um número muito menor de homens adoece ou morre por cancro da próstata! Este facto impõe as seguintes dúvidas:

- Quem vai desenvolver uma situação clínica grave, e quem não vai?
- Quem devemos tratar, e quem não devemos tratar?

Infelizmente **ainda não temos resposta adequada** para estas dúvidas.

O diagnóstico do cancro da próstata baseia-se na biópsia. Quando a biópsia confirma a presença do cancro da próstata, a seguir devemos proceder à avaliação da extensão e das características do tumor.

O cancro da próstata pode estender-se aos tecidos vizinhos, fundamentalmente às vesículas seminais, aos gânglios linfáticos mais próximos, aos ossos, aos pulmões e ao fígado.

Por estes motivos, quando se detecta um cancro da próstata devemos realizar os seguintes exames:

- Scanner ou tomografia axial computadorizada (T.A.C.) abdominal e pélvica: estuda a extensão do tumor a tecidos vizinhos, a gânglios ou ao fígado. Permite avaliar os rins, ureteres e bexiga.

- Radiografia do tórax: permite pesquisar metástases no pulmão.
- Rastreio ósseo: detecta a presença de metástases nos ossos.

Quando após a conclusão destes exames comprovamos que o cancro está confinado à próstata, e que não invadiu os tecidos vizinhos, nem se expandiu aos gânglios linfáticos ou outras zonas, diz-se que se trata dum cancro localizado intraprostático. Nestes casos de cancro prostático o melhor tratamento é a cirurgia (prostatectomia radical). Quando o tumor se expandiu a outras zonas, denomina-se cancro da próstata disseminado e tentaremos tratá-lo com tratamento médico hormonal (bloqueio hormonal) que retarda a evolução do tumor.

## **CANCRO DA PRÓSTATA LOCALIZADO**

Nos casos de cancro prostático localizado, o melhor tratamento é o cirúrgico, mediante prostatectomia radical, pois oferece maiores índices de sobrevivência.

Se o doente é de idade muito avançada ou apresenta doenças associadas severas (do coração, do pulmão, cérebro) que contra indicam a cirurgia, pode utilizar-se radioterapia.

### ■ Prostatectomia radical

Consiste na extirpação de toda a próstata (tumor, hiperplasia e glândula prostática) e das vesículas seminais. Posteriormente une-se a bexiga à uretra .

Quando o tumor está localizado dentro da próstata, é um tratamento muito eficaz e curativo, oferecendo maior sobrevivência que a radioterapia ou hormonoterapia.

É uma cirurgia agressiva que pode ver-se acompanhada de complicações:

estreitamento da nova união entre a bexiga e a uretra.

- Incontinência e fugas involuntárias de urina.
- Impotência sexual.

A complicação mais frequente é a impotência (48-80%). A sua aparição depende da idade do doente e do tamanho do tumor.

### ■ Radioterapia.

Consiste em administrar radiações sobre a próstata para destruir as células cancerígenas.

Oferece resultados um pouco piores que a cirurgia radical mas é menos agressiva.

Utiliza-se fundamentalmente nos doentes de idade avançada ou com doenças associadas que desaconselham a cirurgia.

As complicações mais frequentes são:

- Diarreias
- Inflamações do recto (rectites)
- Estreitamento na uretra.

Se num doente ao realizar a cirurgia radical, se comprova que a doença envolve tecidos vizinhos, administrar-se-à radioterapia após recuperar da cirurgia.

Como comentámos previamente, o cancro da próstata estende-se fundamentalmente aos ossos e pode causar dor. Nestes casos pode utilizar-se radioterapia para tratar a dor.

## **CANCRO DA PRÓSTATA DISSEMINADO**

O cancro da próstata pode estender-se através dos vasos linfáticos aos gânglios e depois aos ossos. Com menor frequência propaga-se ao fígado, ao pulmão, etc..

O cancro da próstata cresce por influência das hormonas masculinas (androgéneos, testosterona). Estes androgéneos são produzidos nos testículos (95%) e nas glândulas suprenais.

Na actualidade existem diferentes tratamentos médicos hormonais que impedem a produção de testosterona ou bloqueiam as suas acções na próstata. Os tratamentos mais usados são:

- Análogos da LHRH.
- Antiandrogéneos .
- Bloqueio hormonal completo.

Os medicamentos denominados “análogos da LHRH” impedem a formação de testosterona no testículo. Desta forma, ao faltar testosterona trava-se ou retarda-se o crescimento do cancro da próstata. Os efeitos secundários ou complicações mais importantes destes “análogos da LHRH” são:

- Dispneias (falta de ar) - 60%.
- Impotência sexual - 85%.

Os medicamentos antiandrogéneos bloqueiam os receptores da testosterona ao nível da próstata. Assim, a testosterona chega à próstata mas não pode exercer a sua acção. Estes medicamentos geralmente não provocam impotência sexual.

O bloqueio hormonal completo consiste em administrar simultaneamente “análogos da LHRH” e antiandrogéneos. Estes dois medicamentos associados travam mais eficazmente a progressão do cancro da próstata.

A quimioterapia não tem efeitos positivos no cancro da próstata, e a não ser em casos muito específicos.

#### **Não se esqueça que:**

A cirurgia radical oferece os melhores resultados no cancro da próstata localizado. A complicação mais frequente é a impotência sexual.

A radioterapia é utilizada em doentes com cancro da próstata localizado quando são muito grandes ou não é possível a realização de cirurgia.

O bloqueio hormonal completo é um tratamento de demonstrada eficácia para travar a evolução do cancro da próstata disseminado.

Este bloqueio hormonal completo melhora a qualidade de vida e a sobrevivência dos doentes com cancro de próstata.

## **A SAÚDE PROSTÁTICA – CUIDADOS PREVENTIVOS**

Submeter-se a testes de pesquisa e detecção precoce é o factor mais importante na esperança de cura.

Não existe um exame ou teste que, por si só, possa fornecer-nos uma pesquisa completa do cancro da próstata.

Os testes elementares para pesquisa do cancro da próstata, incluem o exame rectal digital (toque rectal), uma análise de sangue conhecida por PSA (Prostatic Specific Antigen) e a ecografia prostática. Qualquer um destes testes fornece informação útil, mas imperfeita. Os resultados obtidos podem fazer com que o seu urologista recomende a realização de um ou outro exame complementar ou até a realização de uma biópsia à próstata.

■ **1.**É muito importante estabelecer um diagnóstico precoce nos transtornos da próstata. Isto permitirá controlar a doença na sua fase inicial e evitar graves complicações.

■ **2.**Os sintomas das doenças prostáticas (HBP e carcinoma) não se diferenciam muito, portanto é muito importante dirigir-se ao urologista para estabelecer um diagnóstico precoce.

■ **3.**Deve pensar que sofre de um problema prostático se :

Aumenta o número de vezes que necessita de urinar, tanto durante o dia como durante a noite.

Diminui a força habitual do jacto urinário, e pinga quando acaba de urinar.

Tem com frequência uma necessidade urgente de urinar.

Tem de se esforçar para começar a urinar.

Depois de urinar, até 2 ou 3 vezes num curto espaço de tempo, fica com a sensação de que ainda tem urina na bexiga.

Não consegue urinar e retém toda a urina.

■ **4.**Se se apresentar algum destes sintomas, dirija-se ao seu urologista, que em primeiro lugar lhe fará:

Uma história clínica completa.

Um toque rectal que oferecerá informação sobre as características da próstata.

Análises de sangue que determinem os níveis de PSA e de creatinina.

Em certos casos uma ecografia abdominal e (ou) prostática transrectal.

■ **5.**Se se diagnostica uma hiperplasia benigna da próstata, deverá realizar controlos anuais a partir dos 50 anos.

■ **6.** Em doentes com HBP recomendam-se os seguintes hábitos higiénico- dietéticos:

Evitar ingerir condimentos, álcool e café.

Praticar exercício físico, fundamentalmente caminhar.

Não ter prisão de ventre.

Evitar uma vida sedentária.

- **7.** Se num toque rectal forem detectadas zonas suspeitas de malignidade, o PSA é superior a 10 mg/ml, recomenda-se a realização de biópsia prostática. A biópsia da próstata confirmará ou excluirá o diagnóstico de cancro da próstata.
- **8.** Existem diferentes tipos de tratamentos da hiperplasia benigna da próstata. A eleição de um ou outro dependerá do momento evolutivo da doença, da situação geral do doente, do critério médico, e por último da decisão do doente perante as diferentes alternativas propostas pelo médico.
- **9.** Só a cirurgia consegue extirpar a hiperplasia benigna da próstata e curar a doença. Actualmente existem tratamentos com medicamentos eficazes, capazes de aliviar a sintomatologia e reduzir a obstrução da uretra provocada pelo crescimento da próstata.
- **10.** O cancro da próstata localizado trata-se preferencialmente por cirurgia radical e o disseminado com bloqueio hormonal completo.

### **O QUE DEVE PERGUNTAR AO SER MÉDICO, SE TEM DÚVIDAS E MAIS DE 50 ANOS?**

- Porque é que acontecem estas dificuldades e problemas urinários?
- Como posso esclarecer se tenho um cancro da próstata?
- Que tipo de vida ou que medidas higiénico-dietéticas podem ajudar-me a melhorar o meu problema prostático?
- Com que frequência devo ir à consulta?
- Os meus sintomas prostáticos estão a piorar, que tratamento me recomenda?
- Que complicações ou efeitos secundários pode apresentar o tratamento?
- O que deve fazer se urinar sangue?
- O meu problema está a piorar, devo operar-me?
- Que tipo de cirurgia me aconselha?

### **COMO SELECIONAR O UROLOGISTA QUE ME CONVÉM ?**

Se tem mais de 40 anos e menos de 50, considere aconselhável e conveniente fazer-se vigiar regularmente por um urologista; se tem 50 ou mais anos, considere obrigatória esta vigilância regular.

Como vou eu escolher esse urologista?

Em primeiro lugar deve ter a noção de que, em Portugal há muitos e bons urologistas, facto que é uma vantagem importante logo à partida.

Sugerimos-lhe que descansadamente pondere quatro hipóteses:

- Um urologista amigo ou conhecido em quem tenha confiança.
- Um urologista da sua área de residência, e com essa escolha quase certamente acertará no que lhe convém.
- Um urologista da área geográfica onde exerce a sua actividade profissional.
- Um urologista acerca do qual, no seu círculo de amigos, haja boas referências.