

MENSAGEM DE UM UROLOGISTA A UM GENERALISTA: AVALIAÇÃO PROSTÁTICA

Autores

Humberto E. Lopes¹
Ricardo R. Bastos²

RESUMO

O paciente prostático é aquele que refere uma série de sintomas miccionais irritativos e obstrutivos atribuídos ao trato urinário baixo. A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é a principal responsável por esta sintomatologia, de alta incidência em homens a partir dos 50 anos, com significativa morbidade sobretudo com o aumento da expectativa de vida da população. O Consenso Nacional sobre HPB recomenda para a avaliação inicial mínima do paciente prostático: 1- história clínica; 2- sistema internacional de pontuação clínica; 3- toque prostático; 4- EAS; 5- creatinina; 6- PSA (Antígeno Prostático Específico). O surgimento de novas técnicas diagnósticas, a introdução de novos medicamentos e formas alternativas de tratamento, além da maior divulgação pela mídia, dos problemas prostáticos, fazem com que profissionais de atenção primária tenham ampliada sua participação na avaliação inicial destes pacientes, selecionando aqueles que podem ficar aos seus próprios cuidados e os que devem ser encaminhados ao Urologista.

UNITERMOS

Próstata, Atenção Primária, Prevenção.

Correspondência:

Humberto Lopes
Rua Vila Rica, 15/203
36.025-080
Juiz de Fora - M.G.
E-mail: lopes@zaz.com.br

1 - Médico, urologista, doutorando da Faculdade de Medicina da UFMG-MG

2 - Médico, professor assistente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFJF-MG

Num modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), o médico generalista é a porta de entrada do sistema e a ele cabe a avaliação inicial dos pacientes com sintomas do trato urinário baixo. Mesmo havendo necessidade de uma referência urológica, é o médico generalista que manterá a continuidade dos cuidados, adaptando-os à realidade do paciente, sua família e comunidade (OMS, 1978). Sabe-se que pacientes com rótulos de doenças crônicas (como hiperplasia prostática benigna) podem ter negligenciados os diagnósticos de outras condições^(1,2) se mantidos apenas em acompanhamento especializado em função do diagnóstico inicial. Importa ainda lembrar que os custos crescentes das tecnologias médicas têm exigido um realinhamento de posturas dos provedores de cuidados⁽²⁾, com ênfase cada vez maior no papel dos médicos generalistas.

O termo prostatismo, ou melhor sintomas do trato urinário baixo (STUB), refere-se ao conjunto de sintomas urinários, obstrutivos e irritativos, atribuídos ao trato urinário inferior. São considerados sintomas obstrutivos o enfraquecimento do jato urinário, hesitação, esforço miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto e gotejamento terminal. Os denominados como irritativos incluem a nictúria, polaciúria, urgência, micção imperiosa, incontinência urinária e dor supra-púbica.

A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é a principal responsável pelos STUB no homem a partir dos 50 anos⁽³⁾. Entretanto,

outras patologias infravesicais podem apresentar sintomas semelhantes: obstrução do colo vesical, estenose uretral, câncer da próstata, lesões inflamatórias e infecciosas da bexiga e próstata, além de bexiga neurogênica.

O aumento da expectativa de vida, a maior conscientização sobre problemas prostáticos e a maior divulgação de medidas preventivas têm contribuído para um aumento significativo da demanda de novos pacientes.

Até recentemente, a cirurgia era o único tratamento efetivo da HPB e, portanto, a investigação e o tratamento eram conduzidos pelos urologistas. Tal processo vem sofrendo mudanças, de modo que o médico generalista tem reavaliado o seu papel na orientação e seleção dos pacientes que devem ser encaminhados ao urologista e aqueles que podem ficar sob seus cuidados.

A cooperação entre urologista e generalista apresenta, entre outras, as seguintes vantagens:

Para o paciente: menor tempo para avaliação inicial, acesso mais fácil aos recursos locais, continuidade do tratamento e diagnóstico mais precoce do câncer de próstata;

Para o generalista: mais evidências para tomada de decisões;

Para o urologista: um padrão de referência mais eficiente;

Para o sistema de saúde: otimização do custo-benefício.

Esta revisão objetiva fornecer as mais recentes evidências para abordagem conjunta (generalista/ urologista) do paciente prostático.

AVALIAÇÃO INICIAL OBRIGATÓRIA (HISTÓRIA CLÍNICA, EXAME FÍSICO E EXAMES LABORATORIAIS MÍNIMOS)

Uma adequada anamnese deve ser obtida direcionada inicialmente ao trato genito-urinário, incluindo a presença de procedimentos cirúrgicos prévios, outras causas de disfunção miccional e co-morbidades que possam vir a prejudicar ou complicar o tratamento.

Os pacientes podem se apresentar já com clínica de STUB ou, num caso inicialmente oculto, podem ser identificados fazendo-se 3 perguntas que devem ser obrigatoriamente incluídas na avaliação de homens à partir da meia idade:

O senhor se levanta à noite para urinar?

Seu jato urinário é fraco?

O senhor se sente incomodado com sintomas de sua bexiga?

Caso essas perguntas iniciais sugiram a possível presença de disfunção miccional está indicada a aplicação do Sistema Internacional de Pontuação Clínica, proposto pela Associação Americana de Urologia e homologado pela OMS⁽¹³⁾. Este questionário consiste de 7 questões e uma pergunta referente à qualidade de vida (tabelas 1 e 2). As sete respostas são quantificadas de 0 a 5 e a pontuação total (0 a 35) reflete a intensidade dos sintomas, enquanto a qualidade de vida varia de 0 a 6 pontos. Assim os casos serão catalogados em leves (0 a 7), moderados (8 a 18) e graves (19 a 35). A análise desse conjunto de sintomas auxilia de maneira objetiva na caracterização do estado clínico do paciente, contribuindo na indicação do tratamento a ser instituído, além de ser útil no acompanhamento clínico e avaliação da eficácia terapêutica.

O exame físico deve incluir a avaliação do estado geral do paciente, palpação da região supra-púbica, toque digital da próstata (TDP) e exame neurológico sumário. É importante ter em mente que próstatas volumosas podem não ser obstrutivas, ao passo que próstatas pequenas podem causar obstrução clinicamente significativa.

Quanto aos exames laboratoriais, o exame de urina (Elementos Anormais, Sedimentoscopia, Piúria e Hematúria quantitativa = EAS, piúria e hematúria quantitativa), bem como creatinina sérica são fundamentais.

A dosagem do PSA (Antígeno Prostático Específico) deve ser oferecida aos pacientes com expectativa de vida superior

a 10 anos, e naqueles em que o diagnóstico de câncer de próstata uma vez estabelecido mudará o plano terapêutico. Os riscos e benefícios da dosagem do PSA também devem ser discutidos com o paciente e familiares, incluindo a possibilidade de resultados falsos-positivo e falsos-negativo e a possibilidade de complicações da subsequente biópsia prostática transretal. O PSA aumenta com a idade e o peso da próstata e não discrimina os pacientes com sintomas devido a HPB ou câncer da próstata. É considerado anormal quando o seu nível sérico ultrapassa 4ng/ml. Neste caso a chance de encontrar tumor intracapsular clinicamente significativo aumenta três vezes, e a chance de encontrar tumor extracapsular aumenta três a cinco vezes⁽⁵⁾.

Cerca de 20% dos pacientes com PSA abaixo de 4ng/ml podem ser portadores de câncer localizado da próstata e, por este motivo, os programas de detecção precoce desta neoplasia devem incorporar não apenas medidas de PSA, mas também o toque digital da próstata. Sob o ponto de vista prático, todos os homens com níveis de PSA acima de 10ng/ml têm chances elevadas de câncer da próstata, justificando a realização de biópsia prostática, independentemente dos achados do toque prostático. Concentrações de PSA entre 4 e 10 ng/ml são observadas em 18 a 35% dos pacientes com HPB, o que diminui a especificidade do PSA para identificar câncer da próstata. Com o objetivo de reduzir o número de biópsias prostáticas desnecessárias neste grupo de pacientes são propostos alguns métodos alternativos de interpretação do PSA: densidade, velocidade, estratificação por idade e relação PSA livre/ conjugado⁽⁴⁾.

CRÍTICAS AO TOQUE PROSTÁTICO E AO PSA COMO MÉTODOS DE TRIAGEM DO CÂNCER DE PRÓSTATA

* **N**ão há evidências de que toque e /ou PSA periódicos reduzam a chance de morte por câncer de próstata ou melhorem a qualidade de vida futura se um diagnóstico precoce for feito.

* PSA não distingue HPB e câncer. De cada três homens com PSA maior que 4ng/ml, dois não terão câncer de próstata⁽⁵⁾.

* Não se conhecem as verdadeiras sensibilidade e especificidade de toque e PSA, em

virtude de:

* Viés de seleção: os pacientes arrolados para os exames de triagem nos diversos estudos podem representar grupos com prevalências mais altas que o habitual, o que, pelo teorema de Bayes⁽⁸⁾, significaria valores preditivos positivos inflacionados.

* Diagnósticos por acaso: até 28% dos diagnósticos de câncer de próstata iniciados por toque anormal identificaram tumor não relacionado à área anormal ao toque. Da mesma forma, até 25% dos diagnósticos de câncer de próstata iniciados por PSA anormal identificaram tumor não responsável pelo aumento de PSA⁽⁶⁾.

* Mesmo se executados periodicamente,

toque e PSA tenderão a perder o diagnóstico precoce dos tumores mais invasivos, que poderão aparecer no intervalo de tempo entre os exames periódicos. É o viés de duração⁽¹¹⁾.

* Mesmo se houver um diagnóstico precoce, a história natural dos tumores prostáticos ainda é nebulosa⁽⁷⁾. Em outras palavras: será que o tumor encontrado (principalmente se pequeno) vai matar o paciente? Sabe-se que 30% dos homens com mais de 50 anos que morrerem de outras causas têm câncer de próstata à autopsia⁽¹⁵⁾. Um diagnóstico precoce pode apenas significar mais tempo de vida ciente da existência de um processo que talvez não seja fatal. É o viés de antecipação⁽¹¹⁾.

AVALIAÇÕES OPCIONAIS

Em determinados casos, tanto o generalista quanto o urologista podem solicitar investigações complementares. A ultra-sonografia transabdominal é o método semiótico de imagem mais utilizado no estudo do trato urinário em casos de HPB⁽¹³⁾. Trata-se de um método não invasivo que permite avaliar o tamanho e a textura da próstata, resíduo urinário vesical e ainda alterações anátomo-fisiológicas do trato urinário. Para indicação desse exame, torna-se obrigatória a presença de:

- * História de infecção urinária ou litíase;
- * Hematúria;
- * Retenção urinária;
- * Insuficiência renal;
- * Cirurgia sobre o trato urinário.

A urofluxometria, medida do fluxo urinário que pode ser rapidamente realizada no próprio consultório, é um teste que pode ser útil em pacientes com STUB porque identifica aqueles que não apresentam acentuada diminuição na taxa máxima de fluxo urinário. Esses pacientes apresentam menor probabilidade de obstrução prostática e podem não responder tão bem à terapia quanto pacientes com obstrução.

A uretrocistografia só deve ser indicada em pacientes com suspeita de patologia uretral e a uretrocistoscopia em casos de hematúria ou sintomas irritativos em que se

suspeita da presença de tumor vesical.

A avaliação urodinâmica completa (cistometria, avaliação fluxo/pressão) é opcional. Sabe-se que a associação de sintomas miccionais irritativos e a instabilidade vesical ocorrem mesmo na ausência de obstrução prostática. Pacientes não obstruídos e que são submetidos a cirurgia continuam sintomáticos em 70% dos casos⁽¹⁰⁾. Desta forma é fundamental confirmar a existência de obstrução urinária em determinados pacientes. O uso de drogas, como a finasterida e alfa-bloqueadores ou métodos cirúrgicos visam exclusivamente à desobstrução urinária. Esta previsibilidade terapêutica, portanto, só pode existir com a quantificação da obstrução e da eficiência da desobstrução, que é possível através da avaliação urodinâmica, nem sempre realizada devido aos custos e risco de infecção urinária após a manipulação uretral. Entretanto ela deve ser realizada obrigatoriamente em pacientes apresentando STUB e com⁽¹³⁾:

- * Idade inferior a 50 anos;
- * Diabetes mellitus;
- * História de doença neurológica;
- * Uso de medicamentos com ação próstato-vesical;
- * História anterior de cirurgia pélvica ou trauma;
- * Reoperações prostáticas.

A American Cancer Society orienta para rastreamento periódico do câncer da próstata ⁽¹⁵⁾:

- * PSA anual a partir de 50 anos.
- * PSA anual a partir de 40 anos nos pacientes de maior risco (História familiar, raça negra).

Entretanto a diretriz clínica do American College of Physicians orienta para a realização de Toque e PSA apenas após ampla discussão com paciente sobre todos os riscos e benefícios envolvidos ⁽⁵⁾. Se houver desejo do paciente em investigar, a se-

guinte seqüência pode ser usada:

* PSA (ponto de corte 4ng/ml): Um aumento acima de 0,8ng/ml ano em homens brancos e sadios entre 40 e 80 anos pode ser mais revelador de câncer que um valor absoluto ⁽¹⁴⁾.

* Toque digital prostático: anormal - endurecimento ou assimetria ou nodularidade.

* Ultra-sonografia transretal com biópsia prostática: Indicada nos casos de toque prostático anormal e/ou anormalidades no PSA, convenientemente avaliados, suspeitando-se de câncer da próstata.

TRATAMENTO

A HPB acomete mais da metade dos homens aos 65 anos de idade e cerca de 25% procurarão orientação médica ⁽¹⁾.

Ao paciente deve ser explicado que a HPB é uma doença progressiva e que o tratamento a ser iniciado será para uma doença crônica. É razoável discutir com o paciente os benefícios, riscos e custos dos tratamentos disponíveis; tornando-o, assim um participante ativo na escolha terapêutica. Desta forma, alguns pacientes sintomáticos podem optar por procedimentos minimamente invasivos ou cirurgia tradicional, enquanto outros podem optar pela conduta expectante ou pelo tratamento clínico.

Estudo conduzido entre urologistas americanos sobre qual seria a primeira opção no tratamento de homens com sintomas moderados de HPB, 89% optaram pelo tratamento clínico, enquanto apenas 4% escolheram a ressecção endoscópica da próstata. Mesmo nos pacientes com sintomas graves, a opção inicial pelo tratamento clínico variou entre 34 a 60%; mostrando a evidente tendência atual para o tratamento clínico desta doença ⁽⁹⁾.

Os pacientes que optarem pelo tratamento clínico para HPB devem ser acompanhados em intervalos regulares, com reavaliação clínica e terapêutica, analisando o sucesso ou insucesso do tratamento e possíveis intercorrências.

As principais indicações do tratamento clínico de HPB incluem o alívio de sintomas em pacientes que não necessitam de cirurgia, naqueles em que a cirurgia é protelada por motivos médicos/ não médicos, ou naqueles que não têm condições de se submeter à cirurgia.

O tratamento medicamentoso atual compreende os alfa-bloqueadores (alfuzosina, terazosina, doxazosina, tamsulosina) que, com segurança, relaxam o tônus muscular prostático, melhoram o fluxo urinário e melhoram a qualidade de vida. Apresentam como efeitos colaterais astenia, cefaléia, tonteira e, raramente, hipotensão postural, requerendo usualmente titulação da dose.

Os inibidores da 5-alfa redutase (Finasterida) têm ação moduladora hormonal direcionada ao componente glandular da obstrução prostática e apresentam reações adversas em 3% dos pacientes, principalmente na esfera sexual (diminuição da libido, diminuição do volume ejaculado, disfunção erétil), mas não induzem ao abandono do tratamento ⁽¹⁰⁾. Ocorre melhora dos sintomas miccionais e do fluxo urinário, além de diminuição do tamanho da próstata em até 30%. Os alfa-bloqueadores produzem resultados semelhantes à finasterida em termo dos sintomas e do fluxo urinário, mas não na redução do tamanho da próstata.

O tratamento medicamentoso alterna-

tivo compreende os fitoterápicos, utilizados em até 20% dos pacientes, cuja ação farmacológica não é comprovada.

Como orientação prática sugere-se o seguinte: nas próstatas de tamanho superior a 40g usa-se finasterida como primeira opção e nas menores os alfa-bloqueadores. Se o paciente deseja melhora dos sintomas a curto prazo, independente do ta-

manho da próstata, a melhor opção são os alfa-bloqueadores.

Finalmente, nos pacientes com sintomas graves ou complicações: retenção urinária, uretero-hidronefrose, uremia, infecção recidivante, hematúria persistente, incontinência paradoxal, cálculos de bexiga e grandes divertículos vesicais, o tratamento cirúrgico é recomendado⁽¹³⁾.

QUANDO ENCAMINHAR O PACIENTE AO UROLOGISTA?

Os pacientes devem ser encaminhados ao especialista nas seguintes condições:

- * Pacientes com sintomas miccionais e idade inferior a 50 anos;
- * Sintomatologia grave (pontuação clínica superior a 18 - Fig. 1);
- * Toque retal anormal;
- * PSA acima de 4 ng/ml;
- * Sintomas miccionais e cirurgias prévias do trato urogenital;
- * Uso de medicamento com ação próstato-vesical;

* Sintomas miccionais e patologias associadas (diabetes mellitus, distúrbios neurológicos, entre outras);

* Falha no tratamento proposto;

* Sintomas miccionais e infecção do trato urinário inferior de repetição, comprometimento da função renal, hematúria, resíduo urinário diagnosticado pela palpação vesical ou ultra-sonografia e retenção urinária aguda.



Tabela 2

Qualidade de vida em função dos sintomas urinários.

	Feliz	Bem	Em geral bem	Regular	Desconfortável	Infeliz	Terrível	
Se você permanecer o resto da vida com a condição urinária atual, como se sentiria?	0	1	2	3	4	5	6	
Índice de avaliação de qualidade de vida							L =	

Tabela 1

Sistema internacional de pontuação clínica.

	Nenhuma Veiz	Menos de 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca da metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
No último mês, quantas vezes você ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após urinar?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve que urinar novamente antes de 2 horas depois de urinar?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve o jato urinário interrompido várias vezes enquanto urinava?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve dificuldades em controlar e evitar o desejo de urinar?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve o jato urinário fraco?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve que fazer força para iniciar o ato de urinar?	0	1	2	3	4	5
	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes ou mais
No último mês, quantas vezes, na média, você teve que levantar da cama para urinar a noite?	0	1	2	3	4	5
Score total de sintomas						S=

**MESSAGE FROM THE UROLOGIST
TO GENERAL PRACTITIONER:
PROSTATIC EVALUATION**

The patient with prostate disease complains of irritative and obstructive symptoms related to the lower urinary tract. Benign prostatic hyperplasia accounts for most of the cases in those over 50, with significant morbidity specially if the present trend towards an increase in life expectancy is taken into account. The Brazilian National Consensus advises as minimal evaluation: 1- History 2- Symptom score 3- Digital rectal examination 4- Mid-stream urine for abnormal elements and sediment 5- Serum creatinin 6- PSA. Because of new diagnostic techniques, the development of new drugs and new therapeutic approaches, and larger media space, primary care doctors have been experimenting a growing participation in patients' care. Clear guidelines related to the appropriateness of screening tools and to the need for referral are needed.

KEY WORDS: Prostate, Primary Care, Prevention.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 - BERRY, S J; COFFEY, D S; WALSH, P C. The Development of Human Benign Prostatic Hyperplasia with age. *J Urol.* v.132, n.2, p.474-479, 1984.
- 2 - BODENHEIMER, T; SULLIVAN, K. How large employers are shaping the health care marketplace. *N Engl.* v.338, p.1003-1007, 1998.
- 3 - BRADY, J A. Prospects of an Ageing Population. *Nature.* v.315, p.463-466, 1985.
- 4 - CATALONA, W J; et al. Use of the Percentage of Free Prostate - Specific Antigen to Enhance Differentiation of Prostate Cancer from Benign Prostatic Disease - A Prospective Multicenter Clinical Trial. *JAMA.* v.279, p.1542-1547, 1998.
- 5 - COLEY, C M et al. Early Detection of Prostate Cancer. Part I: Prior Probability and Effectiveness of Tests. Part II: Estimating the Risks, Benefits and Costs. Part III: Clinical Guideline. *Ann Intern Med.* v.126, p.394-406, 468-479, 480-484, 1997.
- 6 - COLLINS, M McN. et al. Early Detection of Prostate Cancer-Serendipity strikes again. *JAMA.* v.278, p.1516-1519, 1997.
- 7 - EDITORIAL. The Prostate Question, unanswered still. *Lancet.* v.349, p.443, 1997.
- 8 - FLETCHER, R H et al. *Epidemiologia Clínica.* Porto Alegre: A. Médica, 3a ed, 1996.
- 9 - HOLTGREWE, H L. New Perspectives in the Long Term Management of BPH. 92nd Annual Meeting of the A.U. A. New Orleans, USA, 1997.
- 10 - KIRBY, R S; FITZPATRICK, J M; KIRBY, M G; FITZPATRICK, A P. *Shared Care for Prostatic Disease,* Oxford, UK: Isis Medical Media, 1994.
- 11 - KRAMER, B S et al. Prostate Cancer Screening: What we know and what we need to know. *Ann Intern Med.* v.119, p.914-923, 1993.
- 12 - REDELMEIR, D A et al. The Treatment of Unrelated Disorders in Patients with Chronic Medical Diseases. *N Engl.* v.338, p.1516-1520, 1998.
- 13 - TOLEDO, W P. I Encontro de Consenso Nacional sobre HPB, Campos do Jordão, São Paulo, Junho 1996: BG Cultural.
- 14 - WALSH, P C. Using Prostate - Specific Antigen to Diagnose Prostate Cancer: Sailing in Uncharted Waters. *Ann Intern Med.* v.119, p.948-949, 1993.
15. WOOLF, S H. Screening for Prostate Cancer with Prostate - Specific Antigen. *N Engl. J. Med,* 333; p.1401-1405, 1995.