

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível, Criminal e da Infância e da Juventude  
**COMARCA:** Salinas

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2024.0006222

**IDADE:** 74 anos

**Sexo:** Masculino

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento/exame complementar: Cirurgia de “ressecção endoscópica de próstata”.

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: N40.0

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Procedimento Pleiteado levando em conta a moléstia que acomete a parte requerente

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 31.897, 38.097, 53.565, 58.889 e 364.473

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

parecer técnico a ser elaborado, constem informações a respeito da evidência científica, eficácia, eficiência, efetividade e segurança do tratamento/procedimento pleiteado, sobretudo levando em conta a moléstia que acomete a parte requerente. Além disso, deve também ser informado se há tratamento/procedimento similar previsto nos protocolos clínicos do SUS.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, datada de 16/01/2024, 14/02/2024, 27/04/2024, 15/07/2024, trata-se de BMO, **74 anos, com** quadro de **hiperplasia benigna de próstata**. Apresenta **retenção urinária há 5 meses, em uso de sonda vesical de demora**. Cursando com **impactos psicológicos severos, comprometimento da qualidade de vida e capacidade laborativa, pelo uso da sonda**. Ultrassom abdominal bexiga **distendida, de paredes espessadas, esvaziamento incompleto** após várias tentativas, relacionada a **bexiga de esforço, dilatação uretero-pielocalicinal bilateral acentuada a direita e morena a esquerda (estase urinária?); prostático, próstata aumentada, bexiga com paredes**

difusamente **espassadas e diverticulos (bexiga de esforço) volume residual pós miccional muito grande (1 litro), sugestivo de retenção urinária. Urodinâmica bexiga hiperativa, com sensibilidade diminuída e capacidade elevada, associada a obstrução infravesical, resíduo pós miccional elevado. Necessita com máxima prioridade, da realização de ressecção endoscópica das próstata, para melhora da condição clínica, prevenir complicações graves e restaurar a qualidade de vida do paciente. Aguarda a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sem retorno até o momento. A manutenção prolongada da sonda vesical aumenta significativamente os riscos de infecções urinárias recorrentes, câncer de bexiga, deteriorização da função renal, estenose uretral.**

A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) compreende o aumento benígno do volume da próstata, que determina sintomas relacionados ao trato urinário inferior especialmente relacionados à micção, secundários ao aumento prostático e à obstrução infravesical. É uma condição frequente em homens que se inicia-se entre os 31 e 40 anos de idade, e cuja a prevalência aumenta de forma acentuada com a idade, sendo 70% na sétima década e 90% na nona. A idade e a presença dos testículos, possíveis fatores determinantes dessa condição. Do ponto de vista histológico, a HBP caracteriza-se por processo proliferativo de hiperplasia das células do estroma e do epitélio da glândula prostática, que resultam no aumento volumétrico da glândula e na possibilidade de interferência no fluxo normal de urina causada pela compressão da uretra prostática e pelo relaxamento inadequado do colo vesical.

Clinicamente o paciente pode apresentar jato urinário fraco e intermitente; aumento do intervalo entre o início do desejo miccional e a ocorrência efetiva do fluxo urinário; gotejamento terminal por permanência de pequeno volume urinário na uretra bulbar, por falha na manutenção de pressão durante toda a micção; polaciúria; noctúria; urgência e incontinência de urgência; retenção urinária aguda. Por tratar-se de doença progressiva, poderá evoluir para retenção urinária

**aguda ou complicar-se com insuficiência renal e litíase.** É importante salientar que tanto o crescimento benigno quanto o maligno da próstata podem apresentar a mesma sintomatologia, sendo necessário diagnóstico diferencial entre estas patologias por médico especialista urologista para todos os pacientes sintomáticos. **A avaliação do paciente com HPB inclui a anamnese com aplicação do escore de sintomas prostáticos (IPSS), exame físico com toque retal, avaliação laboratorial (PSA sérico, exame de urina e função renal), ultrassom das vias urinárias e abdominal da próstata,** além de métodos de imagem e urodinâmica em alguns casos. É primordial investigar na história clínica presença de câncer prostático na família, antecedentes de disfunção sexual, hematúria, infecções do trato urinário, estenose uretral, cálculo vesical, cirurgias do aparelho urinário, doenças neurológicas, diabetes.

**O tratamento depende do quadro apresentado de sintomas relativos ao trato urinário inferior. Inclui abordagem comportamental, medicamentosa ou cirúrgica. A abordagem comportamental é um método seguro,** que não necessita de equipamentos especiais, entretanto **exige participação ativa do paciente.** Está indicada nos **pacientes com sintomatologia leve, nos quais a percepção geral de saúde não seja comprometida pela dinâmica de funcionamento do trato urinário e não apresente complicações da doença.** Visa **estabelecer mudanças dos hábitos de vida que refletem no controle urinário** como: perda de peso, controle da obesidade, evitar a ingestão noturna de líquidos; diminuir o uso de drogas ou substâncias diuréticas como cafeína e álcool; inserir um treinamento vesical, com ritmo miccional frequente, com objetivo de aumentar progressivamente o intervalo de tempo entre as micções.

À medida que os **sintomas se tornam mais relevantes e com impacto mais significativo na qualidade de vida, deve ser considerada a possibilidade da abordagem medicamentosa.** Indicada a **pacientes sintomáticos e os que não respondam as medidas clínicas** de beneficiam dessa terapia. **As drogas de escolha para os estágios iniciais e**

intermediários da HPB são bloqueadores dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos e inibidores da 5- $\alpha$ -redutase.

Os bloqueadores dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos constituem a primeira linha para o tratamento de HPB, com sintomas do trato urinário, mas não têm efeito sobre a evolução da doença (**crescimento prostático**). Agem através do antagonismo dos receptores  $\alpha$ 1 adrenérgicos responsáveis pelo tônus muscular liso dentro da próstata e da vesícula seminal, promovendo o relaxamento da musculatura da glândula com rápido alívio dos sintomas obstrutivos. Existem vários tipos disponíveis porém a despeito da pequena diferença entre os mesmos, **todos apresentam a mesma eficácia, sendo considerados drogas de opção para a monoterapia**. A **Doxazosina**, um dos **bloqueadores dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos** disponíveis, **provoca o relaxamento da musculatura lisa, diminuindo a resistência ao fluxo urinário, gerando a melhora dos sintomas, já observada nos primeiros dias de tratamento**. Deve ser usada nos **pacientes com próstata de pequeno tamanho, que necessitam de alívio rápido dos sintomas**. Seus efeitos adversos de hipotensão, ortostatismo, síncope podem ser reduzida com aumento progressivo da dose e administração à noite. Já os **inibidores da 5- $\alpha$ -reductase são repressores da enzima 5- $\alpha$ -redutase (5ARIs) que converte a testosterona em sua forma ativa a diidrotestosterona (DTH)**. A DTH parece ter impacto no desenvolvimento da HPB, estimulando o crescimento prostático, assim como, na iniciação do câncer de próstata. Existem atualmente duas medicações que atuam inibindo a 5- $\alpha$ -reductase: a **finasterida** e a **dutasterida**. **A finasterida é o inibidor seletivo da isoenzima tipo II e a dutasterida o inibidor não seletivo, inibindo as isoenzimas I e II**. Podem ser prescritos a homens com sintomas do trato urinário baixo e próstata aumentada (> 40mL) ou PSA elevado (> 1,6ng/mL). Os resultados começam a ser observados em alguns meses (4 a 6 meses) no entanto, **podem prevenir a progressão da doença reduzindo a necessidade de cirurgia e a ocorrência de retenção urinária aguda**. A

terapia de associação de inibidores da 5- $\alpha$ -redutase e  $\alpha$ -bloqueadores é recomendada nos casos de sintomas moderados a intensos, próstatas aumentadas e/ou PSA elevado e fluxo urinário máximo reduzido. No SUS não existem Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas que aborde o tratamento da HPB. Entretanto o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e da Sociedade Brasileira de Urologia apresenta diretriz específica para o tratamento da HPB, que inclui o uso de bloqueadores dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos, inibidores da 5- $\alpha$ -redutase como terapia de primeira linha e drogas anti-muscarínicos em casos específicos, com ressalvas. No SUS a doxazosina (inibidor da 5- $\alpha$ -redutase) e finasterina (inibidor da 5- $\alpha$ -reductase) estão incorporadas e incluídas na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) como parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, devendo ser fornecida gratuitamente nas unidades básicas de saúde. São indicados no tratamento e o controle da HPB e na prevenção de eventos urológicos como a redução do risco de retenção urinária aguda e do risco de cirurgias, incluindo ressecção transuretral da próstata e prostatectomia.

A cirurgia da próstata é geralmente necessária para pacientes com sintomas urinários moderados ou intensos, que apresentam indicações absolutas de cirurgia: retenção urinária recorrente ou refratária, incontinência por transbordamento, infecções recorrentes do trato urinário, cálculos ou divertículos na bexiga, hematúria macroscópica devido a HPB, ou dilatação do trato urinário superior devido a HPB, com ou sem insuficiência renal. Além disso, a cirurgia é geralmente necessária quando os pacientes obtiveram alívio insuficiente dos sintomas urinários ou do resíduo pós miccional após a instituição dos tratamentos conservadores ou medicamentosos. O paciente pode eleger o tratamento cirúrgico como tratamento inicial, se apresentar sintomatologia significativa e os indivíduos com antecedentes de complicações relacionadas à HPB são melhor tratados cirurgicamente. As opções cirúrgicas (aberta, endoscópica ou robótica) e fonte de energia (eletrocautério vs laser,

monopolar ou bipolar) são decisões técnicas baseadas no tamanho prostático, experiência do cirurgião, discussão de potenciais riscos e benefícios e complicações e comorbidades do paciente. A opção de acesso deve ser baseada nas características do paciente incluindo questões anatômicas, experiência do cirurgião e discussão de potenciais riscos e benefícios e complicações. Assim existem várias opções de cirurgia para a HPB, a saber prostatectomia aberta, ablação transuretral de próstata com holmium laser (HoLAP), enucleação transuretral de próstata com holmium laser (HoLEP), ressecção de próstata com holmium laser (HoLRP), vaporização fotosselativa de próstata (PVP), incisão transuretral da próstata, vaporização transuretral da próstata, ressecção transuretral da próstata (RTU). As principais complicações das cirurgias prostáticas são associadas a riscos com sangramento, necessidade de transfusão, além da quase onipresente disfunção ejaculatória pós-operatória, vista em mais de 70% dos casos. Consequentemente há descrição de técnicas minimamente invasivas como a ablação transuretral por agulha (TUNA) e o tratamento transuretral por ondas de calor (TUMT), na tentativa de minimizar os sintomas com pouco.

A principal cirurgia é a RTU. É um procedimento cirúrgico endoscópico associado a radiofrequência ou laser. Utiliza-se alça de ressecção monopolar como principal material para RTU de próstata. O uso do bisturi bipolar (RTU bipolar de próstata) tem sido crescente e tem resultados semelhantes, porém, com menor chance de síndrome de absorção pós RTU, pelo fato de utilizar a solução salina durante o procedimento. Nos dias atuais, o uso do laser tem sido opção atraente e promissora no tratamento cirúrgico da HPB. Nos casos com próstatas maiores que 80g, ou na presença de grandes divertículos ou cálculos de bexiga, a opção é a prostatectomia suprapúbica.

No Sistema Único de Saúde (SUS) a RTU está disponível, código 04.09.03.004-0 Ressecção endoscópica de Próstata, sendo realizado em unidades especializadas.

Conclusão: O caso refere-se, paciente de **74 anos, com** diagnóstico de **hiperplasia benigna de próstata**. Apresenta **retenção urinária há 5 meses, em uso de sonda vesical de demora**. Cursando com **impactos psicológicos severos, comprometimento da qualidade de vida e capacidade laborativa, pela sonda**. Ultrassom abdominal bexiga distendida, de paredes espessadas, esvaziamento incompleto após várias tentativas: **bexiga de esforço, dilatação uretero-pielocalicinal bilateral acentuada a direita e moderada a esquerda (estase urinária?); prostático, próstata aumentada, bexiga com paredes espessadas e divertículos (bexiga de esforço), volume residual pós miccional muito grande (1 litro), sugestivo de retenção urinária**. Urodinâmica bexiga hiperativa, com **sensibilidade diminuída e capacidade elevada, obstrução infravesical, resíduo pós miccional elevado**. **Necessita com máxima prioridade, de ressecção endoscópica da próstata, para prevenir complicações graves, melhora da sua condição clínica e restaurar a qualidade de vida**. **Aguarda a cirurgia pelo SUS sem retorno até o momento**. **A manutenção prolongada da sonda aumenta significativamente o riscos de infecções urinárias recorrentes, câncer de bexiga, deteriorização da função renal, estenose uretral**.

**A HPB, representa o aumento benigno do volume da próstata, que determina sintomas relacionados ao trato urinário inferior. Seu tratamento inclui terapia comportamental, medicamentosa e cirúrgica, conforme intensidade e sintomas apresentados**. As drogas de escolha para os estágios iniciais e intermediários da HPB são bloqueadores dos receptores  $\alpha$ 1-adrenérgicos e inibidores da 5- $\alpha$ -redutase, **que reduzem rapidamente os sintomas e o crescimento da prostata**. Seu uso associado é recomendado nos casos de sintomas moderados a intensos, próstatas aumentadas e/ou PSA elevado e fluxo urinário máximo reduzido. **A cirurgia da próstata é geralmente necessária para pacientes com sintomas urinários moderados ou intensos, que apresentam indicações absolutas de cirurgia: retenção urinária recorrente ou refratária, incontinência por**

transbordamento, infecções recorrentes do trato urinário, cálculos ou divertículos na bexiga, hematúria macroscópica devido a HPB, ou dilatação do trato urinário superior devido a HPB, com ou sem insuficiência renal. Também é geralmente necessária quando os pacientes obtiveram alívio insuficiente dos sintomas urinários ou do resíduo pós miccional após a instituição dos tratamentos conservadores ou medicamentosos. As cirurgias são indicadas casos com sintomas urinários moderados ou intensos, com indicações absolutas de cirurgia ou que não responderam à terapia medicamentosa e comportamental. O paciente pode eleger o tratamento cirúrgico como tratamento inicial, se apresentar sintomatologia significativa e os indivíduos com antecedentes de complicações relacionadas à HPB são melhor tratados cirurgicamente. **As opções cirúrgicas** (aberta, endoscópica ou robótica) **e fonte de energia** (eletrocautério vs laser, monopolar ou bipolar) são decisões baseadas no tamanho prostático, experiência do cirurgião, discussão de potenciais riscos/benefícios, complicações e comorbidades do paciente. A opção de acesso baseia-se nas características do paciente, experiência do cirurgião e discussão de potenciais riscos/benefícios e complicações.

A principal cirurgia é a RTU. É um procedimento cirúrgico endoscópico associado a radiofrequência ou laser. Utiliza-se alça de ressecção monopolar como principal material para RTU de próstata. Está disponível no SUS, código 04.09.03.004-0 Ressecção endoscópica de Próstata, sendo realizado em unidades especializadas. Desta forma, a responsabilidade de prover os fluxos para a realização da cirurgia, cabe ao gestor local, o município de Salinas, não existindo solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, mas necessidade melhor articulação de fluxos, competência esta, do gestor local e regional.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

1- Ministério da Saúde Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020 – Brasília, 2018. 218 p. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf>.

2- Ministério da Saúde DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: <http://http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

3- Nardi AC, Nardozza Jr. A, Fonseca CEC, Bretas FFH, Truzzi JCCI, Bernardo WM. **Diretrizes urologia AMB**. Rio de Janeiro, 2014: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2014. 382p. Disponível em: [http://sbu.org.br/pdf/recomendacoes/livro\\_uroneurologia\\_hpb.pdf](http://sbu.org.br/pdf/recomendacoes/livro_uroneurologia_hpb.pdf).

4- American Urological Association e Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes guia de bolso. Uma Referência Rápida para os Urologistas. Rio de Janeiro, 2017. 273p. Disponível em: [http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/08/guideline\\_AUA\\_SBU-ilovepdf-compressed.pdf](http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf).

5- Nickel JC, Aaron L, Barkin J, Elterman D, Nachabé M, Zorn KC. Canadian Urological Association guideline on male lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (MLUTS/BPH): 2018 update. **Can Urol Assoc J**. 2018;12(10):303-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192748/pdf/cuaj-10-303.pdf>.

**V – DATA:**

22/08/2024

NATJUS - TJMG