

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Juizado Especial

COMARCA: Bocaiúva

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQ4786UISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004786

IDADE: 65 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 N35

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento "uretrolastia autógena com ressecção endoscópica de próstata no mesmo tempo cirúrgico"

FINALIDADE / INDICAÇÃO: conduta terapêutica

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 9.218, 48.398, 57.254,

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Qual a competência administrativa para a realização do procedimento médico-cirúrgico "uretrolastia autógena com ressecção endoscópica de próstata no mesmo tempo cirúrgico" (União, Estado ou Município)?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação médica, datada de 30/08/2023 trata-se de JGA, 65 anos com prostatismo e estenose de uretra grave. Em acompanhamento de longa datada, usando terapia combinada para hiperplasia prostática (comodart) sem resposta clínica satisfatória. Apresentando jacto urinário fraco, sensação de esvaziamento vesical incompleto, estrangúria, intermitência, hesitação, noctúria ocasional. Prostata aumentada ao US e ao toque (respectivamente 100 e 80g), sem suspeita de neoplasia maligna PSA 3.36ng/mg. Tentativa de ressecção endoscópica da próstata sem sucesso, uretoscopia armada evidenciou estreitamento uretra bulbar, impossibilitando passagem do aparelho até bexiga e próstata. Submetido a cistotomia. Exames Us abdominal de 25/05/2023 mostrando esteatose hepática, rins em ferradura, próstata com aumento de volume, volume urinário residual

pos-miccional aumentado, divertículo vesical; uretrocistografia miccional de 27/10/2023 estenose anelares severas da uretra bulbar com leve dilatação a montante, bexiga de esforço com trabeculações e divertículos, cateter de cistotomia tópico, massa projetada em flanco esquerdo (rim hidronefrótico? vesícula biliar hidrópica?). Diante dos achados a **conduta terapêutica** no caso é **exclusivamente cirúrgica**, sendo programado tratamento cirúrgico, definitivo e combinado, com **prioridade de uretroplastia autógena com ressecção endoscópica da próstata mesmo tempo, devido ao sofrimento do paciente e riscos de sequelas definitivas** (insuficiência renal crônica, infecção urinária de repetição e disfunção miccional grave).

A uretra é um órgão tubular por onde a urina flui para fora da bexiga. A uretra masculina pode ser dividida em uretra anterior, envolvendo a uretra peniana e bulbar e a uretra posterior, representada pela uretra membranosa. Logo na saída da bexiga, atravessa a próstata. Em sua porção medial na região que corresponde à curvatura da uretra antes dela entrar na pelve, encontra-se a uretra bulbar, onde encontra-se o esfíncter urinário, que controla a eliminação voluntária da urina.

Estenose uretral é um estreitamento de um segmento da uretra, que pode resultar em diminuição ou mesmo interrupção completa do fluxo urinário, acarretando em uma série de complicações. Qualquer parte da uretra pode ser afetada, sendo que a extensão do estreitamento pode variar de alguns milímetros ou até mesmo afetar a uretra em toda a sua extensão. Em geral, existe deposição de tecido cicatricial fibrosante na região da estenose. **As estenoses de uretra podem ter origem idiopática, iatrogênica, inflamatória e traumática.** Estudo de meta-análise descreve que, 33% das estenoses de uretra são de origem idiopática, 33% iatrogênica, **19% traumáticas (queda a cavaleiro)** e 15% inflamatórias. **Em nosso meio, a principal causa de lesão uretral é o trauma iatrogênico** causado por procedimentos endourológicos, cirurgias prostáticas convencionais e uso de sondas uretrais.

O diagnóstico deve ser suspeitado em todo paciente que apresentar sintomas obstrutivos do trato urinário inferior e tenham uma história progressa de manipulação do trato urinário como o uso de sondas uretrais, cirurgias urológicas endoscópicas ou cirurgias prostáticas convencionais, **traumatismo de alta energia com comprometimento dos ossos pélvicos** ou ainda pacientes com história de queda a cavaleiro. **Queixas de fluxo reduzido de urina** geralmente é o primeiro sintoma. **Dificuldade miccional** é bastante comum, porém a **interrupção completa do fluxo** é rara. **Jato espraído ou duplo, gotejamento de urina após a micção, aumento da frequência miccional, noctúria, algúria e incontinência urinária** podem ser observados. O estreitamento provoca uma dilatação da uretra proximal pelo aumento da pressão no trato urinário acima da estenose. **A bexiga pode apresentar sinais de hipertrofia ou enfraquecimento. Por causa da estase, infecções urinárias e prostatites são complicações bastante comuns** em pacientes com estenose.

Embora todas as estenoses de uretra tenham em comum, a mesma apresentação, resumidas na forma de **jato urinário fraco, sensação de micção incompleta e aumento da frequência miccional**; a localização precisa do local da estenose é capital para se determinar o melhor tratamento a ser adotado. Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico e o estadiamento são: a **fluxometria urinária e o estudo urodinâmico** revelam uma jato urinário fraco, regular e achatado, que representa a dificuldade da urina em deixar a bexiga; **uretrocistografia miccional e retrograda permitem avaliar a localização da estenose com 94% de sensibilidade**; a **cistoscopia** que permite examinar a região da estenose com um endoscópio especial. Indicada principalmente quando há dúvidas se a estenose de uretra é ao nível da uretra membranosa, prostática ou da anastomose uretro-vesical em paciente submetidos à prostatectomia radical. Tal dúvida é gerada na uretrocistografia devido à contração do esfíncter uretral externo, que faz com que não haja gradiente

de pressão retrógrado para o delineamento dos segmentos uretrais posteriores ao esfíncter. Além deste exames, a ressonância nuclear magnética e a ultrassonografia e a da uretra podem ser usadas para ajudar a elucidar melhor a área da estenose.

A definição da técnica cirúrgica a ser utilizada deve levar em conta a etiologia da estenose, a localização, a severidade, o comprimento da estenose, os tratamentos prévios, as comorbidades, a presença de líquen escleroso e a preferência do paciente. O estadiamento pré-operatório da estenose é fundamental para o planejamento cirúrgico, mas, muitas vezes, por mais cuidadoso que seja, pode ser insuficiente. Por este motivo, é fundamental que o cirurgião domine múltiplas técnicas de uretroplastia, pois mudanças de planos são comuns durante a cirurgia. Como regra geral, a uretroplastia na estenose uretral recorrente, deve ser realizada em centros de referencia. Avaliação multiprofissional pré-operatória com psicologia, nutrição e fisioterapia é importante, ajudando o cirurgião no entendimento das expectativas do paciente e facilitando a decisão conjunta do tratamento.

Os tratamentos cirúrgicos são geralmente necessários para a estenose obstrutiva da uretra. Ao pensar no tratamento das estenoses de uretra, é obrigatório ter ciência que se trata da abordagem de uma cicatriz e, para tal, os melhores resultados são obtidos com a remoção completa deste tecido cicatricial, quando possível, e anastomose boca a boca entre os segmentos saudáveis. Na impossibilidade da remoção completa, pode-se lançar mão de técnicas com a utilização de retalhos e/ou enxertos para substituição de grandes segmentos uretrais, ureteroplastia autógena. No tratamento da estenose uretral aguda, ou de urgência, o cirurgião pode utilizar meios endoscópicos (dilatação uretral ou uretrotomia interna) ou cistostomia suprapúbica. Dilatações uretrais e mesmo uretrotomias internas têm um papel muito limitado no tratamento das estenoses devendo ser considerados somente como tratamento paliativo, na grande maioria dos casos. O uso da cistostomia

por um período mínimo de 30 dias pré operatório é uma prática que deve ser encorajada. A urina passando sob altas pressões na uretra obstruída, além de dilatar o segmento proximal à obstrução causando um subestadiamento da lesão, ainda **piora a qualidade da mucosa uretral** que será utilizada durante a cirurgia. **A uretroplastia, ou a excisão do segmento estenótico da uretra e anastomose com tecidos saudios e saudáveis, é considerada a forma mais adequada e definitiva de tratamento das estenoses de uretra.** Vários estudos comparando outras formas de tratamento das **estenoses de uretra até 2 cm, com a uretroplastia convencional com anastomose termino-terminal,** demonstram que o realinhamento após a ressecção do segmento estenótico apresenta o **melhor resultado clínico, e a menor taxa de recidiva** no longo prazo, com **índices de sucesso de 90 a 95%.** Casos em que o comprimento da **estenose é maior do que 1.5 cm podem necessitar de enxerto a fim de reconstituir o tubo uretral, anastomoses término terminal estendida com retalho de prepúcio.** Nos casos onde foi necessário a **colocação de enxertos de mucosa oral, estenose maiores que 2,5 cm, tidos como mais graves e complexos, o índice de sucesso num prazo de 3 anos é de 88%, com índices de recorrência de 15%.**

As complicações cirúrgicas das uretroplastias variam muito na dependência da localização e da técnica usada, sendo a complicação mais comum a recidiva da estenose. Fístulas urinárias também podem ocorrer em qualquer segmento operado. Nas uretroplastias com enxerto, pode ocorrer necrose do enxerto e com necessidade de reanastomose.

A HPB compreende o aumento benigno 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 score 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- α -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. Deve ser usada nos pacientes com próstata de pequeno tamanho, que necessitam de alívio rápido dos sintomas. Já os inibidores da 5- α -reductase são repressores enzima da 5- α -redutase (5ARIs) que converte o hormônio testosterona em sua forma ativa a diidrotestosterona (DTH) que parece ter impacto no desenvolvimento da HPB. Existem atualmente duas medicações que

atuam inibindo a 5- α -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)**. 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- α -redutase e α -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 α 1-adrenérgicos, inibidores da 5- α -redutase como terapia de primeira linha e drogas anti-muscarínicos em casos específicos, com ressalvas. No SUS a doxazosina e finasterina 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 fotosseletiva 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. Conseqüentemente 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 SUS o procedimento de uretroplastia autógeno e as cirurgias de próstata abertas ou por via transuretral estão previstos na Tabela SIGTAB, procedimentos de média complexidade, disponíveis para realização em unidades especializadas, código 04.09.02.013-3 - uretroplastia autógena e código 04.09.03.004-0 - RTU. Assim não existe solicitação de procedimentos diversos, não contemplados pelo SUS, que requeiram avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, sendo de competência do gestor local, no caso o município de Bocaiuva, a pactuação dos fluxos para sua realização. Desta forma, o presente caso trata-se de demanda, estritamente relacionada à gestão da assistência a saúde e depende da melhor articulação de fluxos pelo gestor local, e regional, no caso Montes Claros o que foge à finalidade do NATJUS - TJMG.

Conclusão: trata-se de paciente 65 anos com prostatismo e estenose de uretra grave. Em acompanhamento com terapia combinada para HPB (comodart) sem resposta clínica satisfatória. Apresentando jacto urinário fraco, sensação de esvaziamento vesical incompleto, estrangúria, intermitência, hesitação, noctúria ocasional. Prostata aumentada ao US e ao toque (respectivamente 100 e 80g), sem suspeita de neoplasia maligna PSA 3.36ng/mg. Tentativa de ressecção endoscópica da próstata sem sucesso, uretroscopia armada evidenciou estreitamento uretra bulbar, impossibilitando passagem do aparelho até bexiga e próstata. Submetido a cistotomia. Exames Us abdominal de 25/05/2023: esteatose hepática, rins em ferradura, próstata com aumento de volume, volume urinário residual pos-miccional aumentado, divertículo vesical; uretrocistografia miccional de 27/10/2023 estenose anelares severas da uretra bulbar com leve

dilatação a montante, bexiga de esforço com trabeculações e divertículos, cateter de cistotomia tóxico, massa projetada em flanco esquerdo. Diante dos achados a **conduta terapêutica** no caso é **exclusivamente cirúrgica**, sendo programado tratamento cirúrgico, definitivo e combinado, com prioridade de uretroplastia autógeno com ressecção endoscópica da próstata mesmo tempo, devido ao sofrimento do paciente e riscos de sequelas definitivas (insuficiência renal crônica, infecção urinária de repetição e disfunção miccional grave).

A **Estenose uretral** é um estreitamento de um segmento da uretra, que pode resultar em diminuição ou mesmo interrupção completa do fluxo urinário, acarretando em uma série de complicações. Podem ter origem idiopática, iatrogênica, inflamatória e traumática, sendo em nosso meio, a principal causa de lesão uretral é o **trauma iatrogênico causado por** procedimentos endourológicos, **cirurgias prostáticas convencionais** e uso de sondas uretrais.

O diagnóstico deve ser suspeitado em paciente que apresentar sintomas obstrutivos do trato urinário inferior e tenham uma história progressa de manipulação do trato urinário e queixas de jato urinário fraco, sensação de micção incompleta e aumento da frequência miccional. O estreitamento provoca dilatação da uretra proximal pelo aumento da pressão no trato urinário acima da estenose, levando a **sinais de hipertrofia ou enfraquecimento da bexiga**.

A **localização precisa do local da estenose** é capital para se determinar o melhor tratamento a ser adotado. Os exames complementares que auxiliam no diagnóstico e estadiamento da estenose são: a fluxometria urinária e o estudo urodinâmico; uretrocistografia miccional e retrograda; a cistoscopia.

A definição da técnica cirúrgica a ser utilizada deve levar em conta a etiologia, a localização, a severidade, o comprimento da estenose, os tratamentos prévios, as comorbidades, a presença de líquen escleroso e a preferência do paciente. Como regra geral, para

realização de uretroplastia na estenose recorrente, os pacientes devem ser referenciados para centros capacitados. **Os tratamentos cirúrgicos são geralmente necessários para a estenose obstrutiva da uretra.** Ao pensar no **tratamento das estenoses de uretra, é obrigatório ter ciência que se trata da abordagem de uma cicatriz e, para tal, os melhores resultados são obtidos com a remoção completa deste tecido cicatricial, quando possível, e anastomose boca a boca entre os segmentos saudáveis.** Na impossibilidade da remoção completa, pode-se lançar mão de técnicas com a utilização de retalhos e/ou enxertos para substituição de grandes segmentos uretrais, ureteroplastia autogena. O uso da cistostomia por um período mínimo de 30 dias pré operatório é uma prática que **deve ser encorajada.** A uretroplastia, ou a excisão do segmento estenótico da uretra e anastomose com tecidos saudáveis e saudáveis, é considerada a forma mais adequada e definitiva de **tratamento das estenoses uretrais.** Pode ser realizada com anastomoses primárias ou com enxertos/retalhos de tecidos, **ureteroplastia autogena.** Vários estudos comparando formas de tratamento das **estenoses de uretra até 2 cm, com a uretroplastia convencional com anastomose termino-terminal,** demonstram que o realinhamento após a ressecção do segmento estenótico apresenta o **melhor resultado clínico, e menor taxa de recidiva** no longo prazo, com **índices de sucesso de 90 a 95%.** Casos em que o comprimento da **estenose é > 1,5 cm podem necessitar de enxerto, para reconstituir a uretra, anastomoses término terminal estendida com retalho de prepúcio.** Nos casos onde foi necessário a **colocação de enxertos de mucosa oral, estenose > 2,5 cm, tidos como mais graves e complexos de, o índice de sucesso num prazo de 3 anos é de 88%, com índices de recorrência de 15%.**

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 α 1-adrenérgicos, **Doxazosina**, e inibidores da 5- α -redutase, **finasterida**, que respectivamente reduzem rapidamente os sintomas e o crescimento da próstata. 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 de tratamentos conservador ou medicamentoso. 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 técnicas 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. Vale ressaltar que nos casos como o descrito em tela, de próstatas maiores que 80g, ou

na presença de grandes divertículos, ou cálculos de bexiga, a opção é a prostatectomia suprapúbica.

No SUS a a uretroplastia autôgena e a RTU estão disponíveis, na Tabela SIGTAB, como procedimentos de média complexidade, para realização em unidades especializadas, código 04.09.02.013-3 e 04.09.03.004-0 - RTU respectivamente. Desta forma, a responsabilidade de prover os fluxos para a realização da cirurgia, cabe ao gestor local e regional, 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 gestores locais e regionais no caso os municípios de Boacaiuva e Montes Claros respectivamente.

IV – REFERÊNCIAS:

1- McAninch JW, Lue TF. **Urologia geral de Smith e Tanagho**. 18.ed New York. Lange. 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=soLrBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

2- Lima TFN, Peixoto GA, Sakuramoto PK. Abordagem contemporânea da estenose de uretra. Revista UROABC. 2017;7(1):18-21. Disponível em:

Andrich DE, Mundy AR. What is the best technique for urethrolsasty? **Eur Urol.** 2008;54(5):1031-41. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283808009111?via%3Dihub>

3- Lumen N, Spiers S, De Backer S, Pieters R, Oosterlinck W. Assessment of the short-term functional outcome after urethroplasty: a prospective analysis. International Braz J Urol. 2011;37(6):712-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ibju/a/hd7KGdQSZbsDpwQFrYZYvnk/?format=pdf&lang=en>

4- Latini JM, McAninch JW, Brandes SB, Chung JY, Rosenstein D. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: Epidemiology, Etiology,

Anatomy, and Nomenclature of Urethral Stenoses, Strictures, and Pelvic Fracture Urethral Disruption Injuries. **Urology**. 2014;83(Supplement 3A):S1-S7. Disponível em:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1037.4055&rep=ep1&type=pdf>.

5. Nardi AC, Nardoza 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.

6- 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.

7- 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>.

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

9. 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>.

V – DATA:

04/03/2024

NATJUS – TJMG