

As denominações são diversas de acordo as alterações da glândula prostática analisada. A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é a denominação baseada no aspecto anátomopatológico, BPE (Prostatic Benign Enlargement) o aumento volumétrico da próstata e a obstrução urinária causada pela próstata (BPO- Benign Prostatic Obstruction).

A escolha deste tópico como matéria do curso de graduação de urologia é pela alta frequência e importância, sendo considerado assunto de saúde pública do homem.

FISIOPATOLOGIA

No recém-nascido o tamanho da próstata é de 1g, aos 12 anos 4g, aos 25 anos, idade de maturidade masculina, 20g e aos 70 anos 50-70g. Portanto, verifica-se que a próstata aumenta com a idade do homem.

Os componentes teciduais têm importância, como será visto ao ser abordado o tipo de tratamento. A estrutura prostática é representada por *Estroma e Glândulas*. O estroma, por sua vez, apresenta 40% de músculo liso e 40% de tecido conjuntivo. O tecido glandular tem 10% de células epiteliais e 10% de glândulas. Existem próstatas com predomínio de glândulas (Fig. 1) e outras de tecido estromatoso (Fig. 2). A relação dos componentes teciduais sofre alteração com a idade, na criança a relação estroma/glandular é de 2: 1 e no adulto passa a 5: 1.

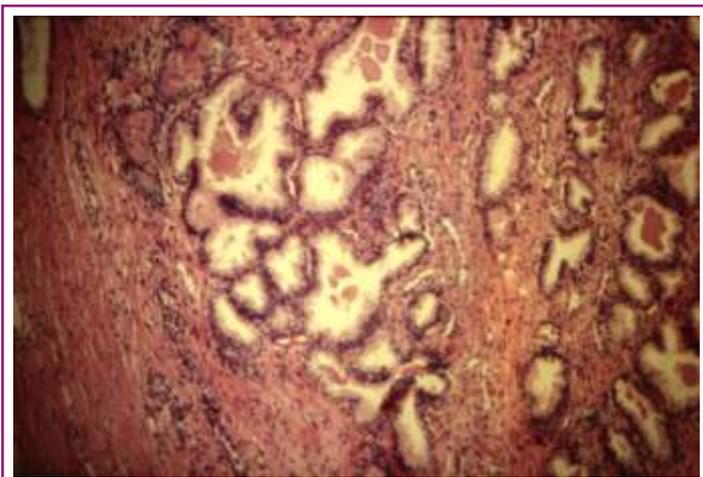


Figura 1. Corte histológico mostrando tecido glandular.

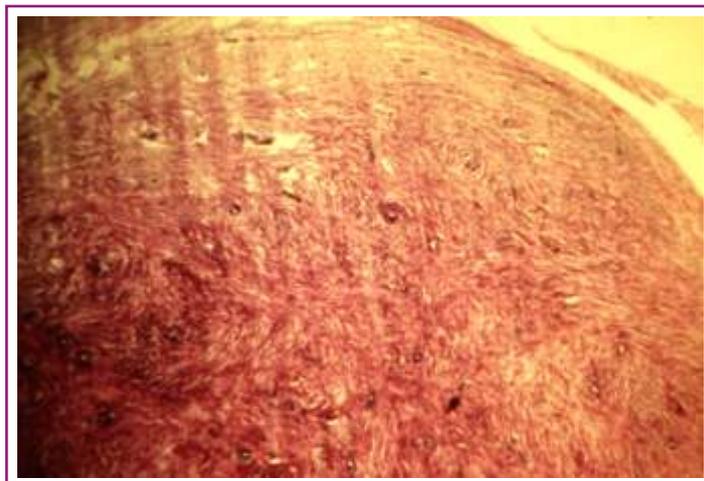


Figura 2. Corte histológico demonstrando tecido estromatoso.

A obstrução urinária pode ser causada pelo aumento do volume da próstata denominado *fator obstrutivo* ou pelo aumento do tônus da musculatura lisa localizada na uretra, cápsula e glândula prostática, dito *fator funcional*.

Uma vez conhecidos os constituintes anatômicos e os mecanismos capazes de causarem obstrução urinária, vamos ver porque a próstata é tão importante na saúde do homem. Durante a vida, o risco relativo causado pela próstata é de 100% de presença microscópica a partir dos 35 anos, 50% macroscópica ao redor de 50 anos e 25% de chance de cirurgia ao redor de 60-70 anos. O volume prostático é utilizado como padrão prático de indicação de tratamento considerando-se normais as glândulas de 20g, aumento moderado 30 a 50g e aumento acentuado quando acima de 60 gramas.

DIAGNÓSTICO

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu a avaliação inicial mínima que quantifica os sintomas urinários por meio de um questionário, exame de urina tipo 1, determinação do antígeno prostático específico (PSA) e toque retal. O intuito foi estabelecer um critério global de avaliação dos pacientes.

O questionário analisa os sintomas relacionadas ao trato urinário inferior (SUTI) cuja legenda inglesa IPSS corresponde a (International Prostate Score Symptoms). Estes podem ser obstrutivos ou irritativos. Os obstrutivos incluem a qualidade do jato urinário, hesitação, jato interrompido, esforço miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto, gotejamento terminal e retenção urinária completa. Os irritativos são a polaciúria (aumento do número de micções), noctúria (micções noturnas), micção imperiosa (necessidade premente de urinar), inclusive causando incontinência urinária e dor suprapúbica. Consiste de sete questões e uma pergunta que avalia a qualidade de vida. As respostas são quantificadas de 0 a 5 e o escore total de 0 a 35 e reflete a intensidade dos sintomas. Uma única pergunta relativa à qualidade de vida varia de 0 a 6., sendo 0 sem queixas e 6 queixas acentuadas). De acordo com os pontos decorrentes da soma dos sintomas irritativos e obstrutivos, os casos são catalogados em leves (0 a 7), moderados (8 a 18) e severos (19 a 35), sendo 35 os casos de retenção urinária. Os escores são usados para planejar e acompanhar o tratamento (tabela)

Tabela 1

| Escore Internacional de Sintomas Prostáticos SUTIS (IPSS) | Nenhuma | Menos de 1 vez em 5 | Menos de metade das vezes | Metade das vezes | Mais de metade das vezes | Quase sempre |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|--------------|
| 1 No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga, após terminar de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Nenhuma | 1 vez | 2 vezes | 3 vezes | 4 vezes | 5 ou + vezes |
| 7 No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| QoL | 1 excelente | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 péssima |

O toque retal avalia o tamanho e a consistência da próstata, a existência de nódulos ou mesmo de tecido muito alterado, de consistência pétreo.

Exame de urina tipo I ou sedimento quantitativo da urina - deve ser realizado para descartar a presença de infecção ou hematúria.

PSA - A determinação do antígeno específico prostático é obrigatória na avaliação inicial. Com a inclusão do PSA associado ao toque retal houve aumento da taxa de detecção do câncer da próstata. Os métodos mais utilizados na determinação do PSA referem como normal o valor de 0 a 4 ng/mL, Como podem ocorrer resultados diferentes de acordo com a técnica utilizada na dosagem do PSA, sugere-se, para o acompanhamento, a realização de exames sempre no mesmo local e, portanto, com o mesmo método.

É muito importante lembrar que o PSA deve ser solicitado sempre antes de ser iniciado o tratamento com finasterida. Os inibidores da 5-alfa-redutase causam redução do valor do PSA de aproximadamente 50%.

EXAMES OPCIONAIS

A ultra-sonografia e a urografia excretora não são incluídos na avaliação mínima inicial. O ultra-som, por ser um método não invasivo, é mais utilizado.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento clínico da HBP se baseia em dois grupos de medicamentos, os derivados hormonais e os alfa-bloqueadores, cuja eficácia é comprovada em estudos clínicos prospectivos, randomizados e controlados com placebo.

Além desses fármacos, existem outras drogas da chamada terapia natural, cuja ação não está perfeitamente esclarecida por meio de estudos controlados.

O objetivo do tratamento clínico é o rápido controle dos sintomas irritativos e melhora da qualidade de vida. Isso implica na redução da hipertrofia vesical e complicações como retenção urinária aguda, hematuria e infecções urinárias.

ALFA-BLOQUEADORES

A obstrução do fluxo urinário tem um componente mecânico, representado pelo volume e conformação da próstata e outro dinâmico representado pelo estroma e tônus de sua musculatura lisa.

Esse tônus é mediado pela atividade alfa-adrenérgica. Os receptores alfa1

predominam no tecido prostático e no colo vesical. Estes são o alvo dos medicamentos desse grupo, denominados alfa-bloqueadores. As drogas são chamadas uro-seletivas pela alta afinidade que têm com esses receptores, com isso diminuindo os efeitos colaterais determinados pela ação em outros tipos de receptores alfa do organismo.

Além dos efeitos benéficos em relação aos fatores irritativos e obstrutivos que se iniciam rapidamente após a introdução do medicamento, outras vantagens são apresentadas, como o controle da pressão arterial em hipertensos e diminuição do perfil lipídico. A ação dos alfa bloqueadores não depende do tamanho da próstata.

COMPOSTOS HORMONAI S

Inibidores da 5-alfa redutase

FINASTERIDA

É um potente inibidor da 5-alfa redutase tipo 2, enzima intracelular que converte testosterona em dihidrotestosterona (DHT). Sua ação promove redução de 80 a 90% da DHT prostática.

Estudo clínicos mostraram a redução do volume da próstata após dois anos, melhora do fluxo urinário, menor índice de retenção urinária e diminuição da necessidade de cirurgia. O efeito desta droga é maior em próstatas volumosas (acima de 40-50g) e nos pacientes com PSA acima de 2,5 ng/mL. O principal efeito colateral da finasterida é a disfunção erétil, seguida da redução do volume ejaculado. Entretanto, são temporários, ocorrendo durante o uso do medicamento.

O medicamento tem efeito sobre o PSA, reduzindo seu valor em 50%, fato que deve ser sempre lembrado pelo médico.

DUTASTERIDA

Esta nova droga inibe os subtipos 1 e 2 da 5-alfa redutase. Além das mesmas indicações da finasterida tem a vantagem do início ser mais rápido, com melhora do escore de sintomas já a partir de 3 meses.

Estudo sobre o uso combinado de inibidores da 5-alfa-redutase e alfa-bloqueadores, mais especificamente finasterida e terazosina, (MTOPS - Medical Treatment of Prostate Symptoms, 2002) avaliou 3047 pacientes durante 5 anos. Os resultados mostraram uma redução do risco de progressão clínica em comparação com o placebo de 39% para a doxazosina, 34% para a finasterida e 67% para a combinação. A associação é particularmente indicada para pacientes de alto risco (próstata grande, PSA elevado, IPSS severo, resíduo pós-miccional elevado e baixo fluxo urinário). Nesses pacientes, além do tratamento ser bem tolerado, previne o crescimento da glândula, reduz o risco de retenção urinária aguda e do tratamento cirúrgico.

CIRÚRGICO

A prostatectomia, de acordo com a via de acesso, pode ser: aberta ou endoscópica.

A prostatectomia aberta pode ser por via transvesical (Fig. 3) ou retropúbica (sem abrir a bexiga) [Fig. 4].

Ambas são técnicas padronizadas e indicadas em especial para pacientes com próstatas de grande volume, ao redor de 100g ou mais. Os resultados são considerados muito bons, com recuperação rápida e com muito baixa morbidade e mortalidade.

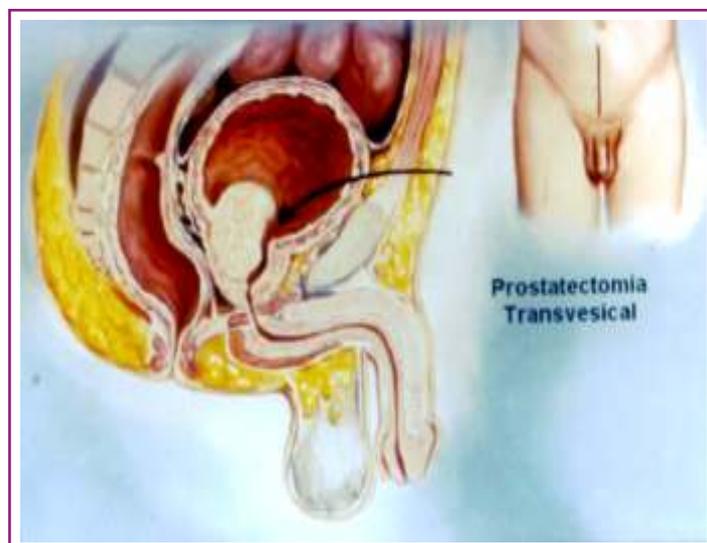


Figura 3. Esquema da prostatectomia por via transvesical.

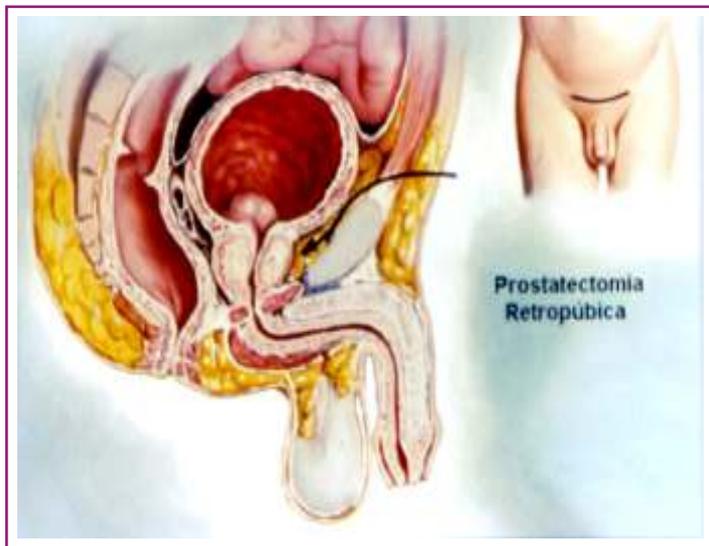


Figura 4. Esquema da prostatectomia retropública.

A via endoscópica, denominada ressecção endoscópica da próstata (RTUP), é considerada a melhor técnica e a mais empregada. O procedimento é realizado sob visão direta com aparelhos especiais denominados ressectores. A cirurgia é realizada em meio líquido (solução de manitol a 3%), que é introduzido na bexiga. A próstata é seccionada com o eletrocautério (bisturi elétrico), sob visão direta e pouco a pouco a ressecção é completada. A recuperação é rápida, o paciente permanece hospitalizado e sondado ao redor de três dias. Atualmente, existem outras fontes além da eletricidade, como o laser e outros ainda de uso limitado e ainda clínico-experimentais.

Em conclusão, de acordo com a sintomatologia os tratamentos podem ser:

HPB Tratamento

| Sintomatologia | Tratamento |
|----------------|---------------|
| Mínima | Observação |
| Moderada | Medicamentoso |
| Intensa | Cirurgia |

Netto, N R, 1995

Além disso, levando-se em consideração a idade do paciente e os custos de um tratamento mais prolongado, admite-se que nos mais jovens a cirurgia tem melhor indicação e nos idosos, a tendência é pelo uso dos medicamentos.

LEITURA RECOMENDADA

Nelson Rodrigues Netto Jr. Urologia Prática, 4ª Edição. São Paulo, Editora Atheneu, 1999.