



## Hiperplasia Prostática Benigna

### Introdução

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma das patologias mais comuns nos homens a partir da quinta década de vida, podendo associar-se a sintomas do trato urinário inferior (STUI ou LUTS). A doença costuma interferir nas atividades diárias e no padrão do sono dos pacientes e, quando não tratada, pode levar à retenção urinária, hidronefrose e insuficiência renal.

### Sinais e sintomas

O quadro clínico é variável, podendo apresentar sintomas intermitentes ou progressivos. Alguns pacientes apresentam STUI mesmo sem crescimento expressivo da próstata, da mesma forma que algumas pessoas com aumento prostático significativo podem permanecer oligossintomáticas.

Os sintomas são divididos em três grupos:

Sintomas de Armazenamento: aumento da frequência urinária (polaciúria), noctúria, urgência/incontinência urinária e enurese noturna.

Sintomas de Esvaziamento: jato fraco, bífido ou intermitente, hesitação, esforço miccional e gotejamento terminal.

Sintomas Pós-miccionais: tenesmo vesical (sensação de esvaziamento incompleto) e gotejamento pós-miccional.

Na avaliação inicial recomenda-se utilizar escores de sintomas para avaliar seguimento e manejo do paciente. O **I-PSS (Escore Internacional de Sintomas Prostáticos)** é um escore amplamente utilizado e validado para uso no Brasil. Apresenta sete perguntas, autoaplicadas pelo paciente, que avaliam a gravidade dos sintomas prostáticos. Além disso, é importante avaliar se os sintomas prejudicam a qualidade de vida do paciente, sendo esse um fator norteador para otimizar o tratamento. Por vezes, essa avaliação é auxiliada por meio de um diário miccional, no qual o paciente deve registrar os sintomas, horário e volume das micções durante três dias e noites.



## Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (I-PSS – International Prostate Symptom Score)

Questionário auto-aplicado pelo homem com sintomas de trato urinário inferior.

		Nenhuma vez	Menos que 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a 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 em 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	
		Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes
7	No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5

Escore I-PSS

Sintomas leves: 0 a 7 pontos

Sintomas moderados: 8 a 19 pontos

Sintomas graves: 20 a 35 pontos

Fonte: AVERBECK (2010).



## Diagnóstico

Diagnóstico clínico é baseado na presença de sintomas de trato urinário inferior e exame digital da próstata (que pode ou não estar aumentada), porém a gravidade dos sintomas não está correlacionada ao tamanho da próstata. Na história clínica deve-se também questionar sobre: história de infecção urinária recorrente, disfunção sexual, hematúria, doenças neurológicas, antecedentes cirúrgicos, cálculo vesical e história familiar de câncer de próstata.

**Exame digital da próstata (EDP) / Toque Retal:** realizado em homens com suspeita de HPB para avaliar o tamanho da próstata e a presença de sinais de neoplasia (nódulo, endurecimento ou assimetria). A próstata é percebida como uma saliência no assoalho do reto. Estima-se o peso prostático através da palpação, sendo que uma calota palpável com 3 cm equivale a uma próstata de aproximadamente 30 g. Também, nesse momento, avalia-se a contração e a sensibilidade do esfíncter anal, o reflexo bulbo-cavernoso, e a parede retal. Próstata homogênea, sem nódulos ou áreas endurecidas não exclui a possibilidade de HPB ou neoplasia.

## Exames Complementares

Alguns exames complementares auxiliam na avaliação inicial a fim de excluir diagnósticos diferenciais:

**Exame Qualitativo de Urina (EQU):** realizado para excluir infecção e hematúria.

**PSA total sérico:** algumas instituições indicam quando a pessoa apresenta expectativa de vida superior a 10 anos ou quando o diagnóstico do câncer pode alterar o manejo dos sintomas. Deve-se conversar com o paciente sobre potenciais benefícios e riscos na realização do exame, como resultados falsos positivos e/ou complicações consequentes à possibilidade de biópsia após resultado do PSA.

**Função renal (Creatinina/Taxa de filtração glomerular):** recomendada para pacientes com história clínica sugestiva de doença renal, retenção urinária, hidronefrose, e/ou candidatos a tratamento cirúrgico.

**Ecografia das Vias Urinárias: não é obrigatória na avaliação inicial.** Recomendada em paciente com função renal reduzida ou infecção urinária. Mostra o tamanho da próstata, lesão em trato urinário superior (hidronefrose) ou lesão em trato urinário inferior (protrusão prostática intravesical (lobo mediano) e espessamento da parede vesical (trabeculação vesical)).



## Manejo na Atenção Primária

A decisão sobre o tratamento deve ser individualizada e compartilhada com o paciente. As principais opções de manejo são:

**Expectante (conservador):** pode ser utilizada em pacientes com sintomas leves ou moderados e sem complicações. Quando se opta por esta conduta, deve-se ter em mente que os sintomas progridem com o tempo na maioria dos pacientes. Algumas **medidas comportamentais** podem ajudar a reduzir os sintomas:

redução da ingestão de líquidos à noite,

exercícios para treinamento vesical como dupla micção para esvaziar a bexiga mais efetivamente,

redução do uso de álcool, café e cigarros (efeito diurético e irritativo vesical).

**Medicamentoso:** indica-se o uso de medicamentos quando a pessoa apresenta sintomas leves que causam prejuízo à qualidade de vida e pessoas com sintomas moderados a graves (I-PSS > 8). Os medicamentos da classe alfa-bloqueadores causam benefício imediato dos sintomas, enquanto os inibidores da 5-alfa-redutase requerem um tratamento em longo prazo.

### **α-BLOQUEADORES**

**Indicação:** monoterapia é indicada especialmente em sintomas leves que causam prejuízo para qualidade de vida ou sintomas moderados.

**Ação:** relaxamento da musculatura lisa do colo vesical, uretra prostática e cápsula prostática. Provoca alívio dos sintomas de forma mais rápida que os inibidores da 5-α-redutase.

**Medicamentos:** **doxazosina, tansulosina, terazosina, alfuzosina.** Apresentam eficácia semelhante e dose-dependente. Recomenda-se iniciar com doxazosina 2 mg, via oral, 1 vez ao dia na hora de dormir, para reduzir sintomas de hipotensão postural, reavaliando resposta sintomática em 2 a 4 semanas para aumento da dose para 4 mg. Pode optar por utilizar 4 mg da terazosina, 10 mg da alfuzosina ou 0,4 mg da tansulosina. As doses máximas toleráveis geralmente consideradas são de 8 mg para a doxazosina, 0,8 mg para a tansulosina e 10 mg para a terazosina. Não há vantagens em se associar dois agentes α-bloqueadores.

**Efeitos colaterais:** hipotensão ortostática, disfunção ejaculatória, cefaleia, vertigem e congestão nasal.



## INIBIDORES DA 5- $\alpha$ -REDUTASE

**Indicação:** pacientes sintomáticos com próstata maior que 40 mg ou PSA  $\geq$  1,4 ng/ml. Pode-se optar pela monoterapia em pacientes com efeitos colaterais intoleráveis aos  $\alpha$ -bloqueadores.

**Ação:** seus efeitos estão baseados na redução dos níveis séricos e intraprostáticos da di-hidrotestosterona. Podem reduzir o volume da próstata em 20% a 30% com o uso prolongado (cerca de 6 a 12 meses). Estudos mostram que seu uso por mais de 12 meses melhora sintomas e reduz o risco de retenção urinária aguda e cirurgia. Os resultados na diminuição dos sintomas são inferiores aos  $\alpha$ -bloqueadores, sendo sua utilização inapropriada em pacientes que não apresentem aumento significativo da próstata.

**Medicamento: finasterida.** Recomenda-se dose de 5 mg ao dia, via oral. Avaliar melhora dos sintomas após 3 a 6 meses.

**Efeitos colaterais:** principalmente relacionados à disfunção sexual (impotência, redução da libido e disfunção ejaculatória), sendo reversíveis após a descontinuação do tratamento e uso em longo prazo.

## TERAPIA COMBINADA (associação $\alpha$ -bloqueadores e 5- $\alpha$ -redutase)

A combinação de  $\alpha$ -bloqueadores e 5- $\alpha$ -redutase pode ser empregada em pacientes com sintomas graves (IPSS  $\geq$  20), alto risco de progressão ou que não tenham resposta adequada com tratamento em monoterapia em dose adequada. Recomenda-se intervalo de 4 horas entre a tomada dos medicamentos, pois sua interação pode causar hipotensão.

## ANTI-COLINÉRGICOS

**Indicação:** Tratamento alternativo em pacientes com sintomas predominantemente de armazenamento (polaciúria, noctúria, urgência miccional) e sem resíduo pós miccional elevado. Os principais medicamentos são oxibutinina, tolterodina, solifenacina. Deve-se atentar para contraindicações aos anticolinérgicos (glaucoma de ângulo estreito, por exemplo) e efeitos adversos (boca seca, constipação, alterações cognitivas).



## Tratamento Cirúrgico

As principais indicações de tratamento cirúrgico são: retenção urinária refratária ao tratamento ou recorrente, hematúria recorrente, insuficiência renal e cálculo vesical.

As opções de tratamento são diversas. Pode-se optar por terapias minimamente invasivas (como ablação prostática através de agulha transuretral e termoterapia transuretral com micro-ondas), ressecção transuretral da próstata (RTUP), prostatectomia aberta, entre outras.

A **Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP)** é considerada o tratamento padrão-ouro entre as terapias cirúrgicas. Melhora sintomática em torno de 85% após um ano e 75% após três anos, com melhora do fluxo urinário em cerca de 95%. Complicações mais comuns: ejaculação retrógrada (50%), disfunção erétil (1% a 12%), sintomas miccionais irritativos, contratura do colo vesical (2,7%), infecção urinária e hematúria recorrente.

A **Cirurgia Aberta** pode ser realizada via suprapúbica ou retropúbica. Geralmente indicada em próstatas com volume superior a 80 – 100 ml.

## Quando Encaminhar ao Urologista

doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical); ou

HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência);

ou HPB e infecção urinária recorrente; ou

sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado (uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (doxazosina 4 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses).



## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Hiperplasia prostática benigna**. São Paulo: AMB; Brasília: CFM, 2006. (Projeto Diretrizes). Disponível em:

<[http://projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/24-Hiperpla.pdf](http://projetodiretrizes.org.br/5_volume/24-Hiperpla.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2015.

AVERBECK, M.; BLAYA, R.; SEBEN, R. R.; LIMA, N. G.; DENARDIN, D.; FORNARI, A.; RHODEN, E. L. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 471-477, 2010. Disponível em:

<[http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/021-519\\_diagnostico.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/021-519_diagnostico.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2015.

CUNNINGHAM, G. R., KADMON, D. **Medical treatment of benign prostatic hyperplasia**.

Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia>>.

Acesso em: 18 nov. 2015.

CUNNINGHAM, G. R., KADMON, D. **Transurethral procedures for treating benign prostatic hyperplasia**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/transurethral-procedures-for-treating-benign-prostatic-hyperplasia>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

DYNAMED. **Benign prostatic hyperplasia (BPH)**. Ipswich (MA): EBSCO Publishing. Acesso em: 18 nov. 2015.

GRATZKE, C.; BACHMANN, A.; DESCAZEAUD, A. et al. EAU Guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction.

**European Urology**, Amsterdam, v. 67, n. 6, p. 1099-1109, 2015 Jun. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283814013943>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

KOFF, W. J. Doenças comuns em urologia. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; et. al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1835.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Lower urinary tract symptoms**. The management of lower urinary tract symptoms in men. London (UK):

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010.