

HBP e prostatite

VÍTOR OLIVEIRA*, JOSÉ AMARAL**, LUIS FERRAZ***

RESUMO

A hiperplasia benigna da próstata é uma patologia que contribui para, mas não é a única causa de, sintomas urinários baixos no homem idoso. Embora se tenham encetado esforços nos anos recentes para elucidar a etiologia de base do crescimento prostático no homem idoso, não foram estabelecidas relações causa-efeito claras. Apenas conhecendo as patologias que dão origem aos sintomas urinários baixos no homem, como é o caso da hiperplasia benigna da próstata e das prostatites, se consegue escolher alternativas para tratar com sucesso, e possivelmente prevenir, os efeitos adversos destas patologias na função do aparelho urinário baixo.

INTRODUÇÃO

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) tem sido tratada medicamente há mais de 20 anos. Onde anteriormente a cirurgia era o tratamento de escolha, agora a terapêutica médica é usada como primeira linha de tratamento, excepto na obstrução urinária complicada.

Na HBP há pelo menos três fenómenos interrelacionados que podem ser avaliados independentemente: os sintomas (*LUTS* ou sintomas do tracto urinário baixo, previamente conhecidos pelo termo prostatismo), o aumento da glândula prostática, e a presença de obstrução (Figura 1). Num dado paciente, todos os três, dois dos três, ou apenas um dos três factores pode estar presente.

Ao avaliar homens idosos podemos estratificá-los pelo nível de *LUTS* como leve, moderada ou severamente sintomáticos, de acordo com um questionário dirigido à severidade e frequência das queixas urinárias – Quadro I.

Para além da mera enumeração dos sintomas e da frequência com que ocorrem, outros aspectos como o transtorno associado, a interferência com as actividades da vida diária e o impacto na qualidade de vida do doente são características diferenciadoras importantes.

Assim, ao estudar um doente com

HBP clínica caracterizamos dados subjectivos, mas igualmente úteis (procuramos dados imprecisos mas úteis), que descrevem a constelação de *LUTS*, o transtorno e o impacto na qualidade de vida, com ou sem aumento do volume, e com ou sem obstrução.

Podem ser aplicadas definições da doença que tenham em consideração um ou vários desses itens. Para a decisão da terapêutica subsequente, é importante reconhecer que muito poucos, se é que alguns, pontos *cut-off* foram estabelecidos que nos permitam a diferenciação entre a ausência ou presença de doença (por exemplo, pode-se argumentar que um volume prostático acima de 30 cm³ constitui a *HBP* clínica, mas outros podem anunciar um ponto *cut-off* maior ou menor; observações similares podem ser feitas quanto aos sintomas e aos graus de obstrução).

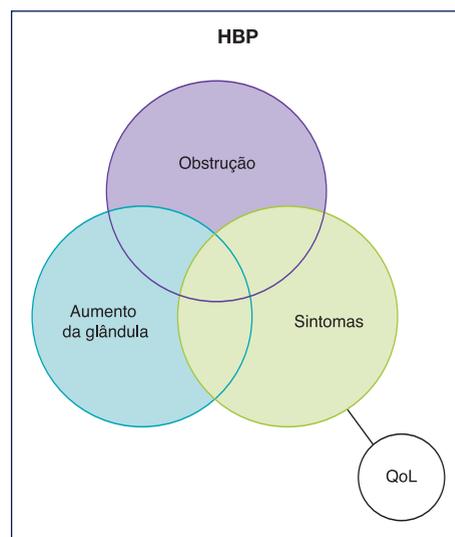


Figura 1. HBP: Hiperplasia Benigna da Próstata. QoL: Qualidade de vida.

*Interno Complementar de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

**Assistente Graduado de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

***Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

QUADRO I

SINTOMAS DO TRACTO URINÁRIO BAIXO

SINTOMAS URINÁRIOS

Irritativos

Polaquiúria
Disúria
Noctúria
Imperiosidade
Incontinência de urgência
Dor supra-púbica

Obstrutivos

Hesitação
Gotejo pós-miccional
Diminuição do calibre e da força do jacto
Interrupção do jacto urinário
Sensação de esvaziamento incompleto

Em suma, o termo hiperplasia benigna da próstata pode ter conotações muito diferentes para o patologista, o radiologista, o clínico geral, o urologista e o paciente. A HBP para o urologista representa um conjunto de sinais e sintomas que se desenvolvem na população masculina em associação com a idade e com o aumento prostático presumivelmente causado por obstrução à saída de urina da bexiga.

PATOLOGIA

A hiperplasia prostática aumenta a resistência uretral, resultando em alterações compensatórias na função da bexiga. As alterações da função do detrusor induzidas pela obstrução, adicionadas às alterações relacionadas com a idade, quer na bexiga, quer na função do sistema nervoso, levam à frequência, urgência e noctúria, as queixas da HBP mais incómodas.

Alterações Anatômicas

A hiperplasia prostática ou adenoma da próstata não é uma afecção pré-maligna. É um tumor benigno situado na zona de transição periuretral, a partir do qual se desenvolve, deslocando os tecidos periféricos até à cápsula prostática e obstruindo o lúmen uretral.

A hiperplasia prostática não evolui para carcinoma. A HBP e o cancro da

próstata são duas doenças independentes, que se desenvolvem em zonas prostáticas anatomicamente distintas. De uma forma simples, pode-se dizer que todos os nódulos de HBP se desenvolvem na zona de transição, enquanto o carcinoma da próstata se desenvolve usualmente na zona periférica.

O dado nosológico mais significativo da hiperplasia é que, ao evoluir ou «amadurecer», estabelece limites precisos com as estruturas circundantes de tal forma que pode ser enucleada.

Portanto, um doente submetido a cirurgia prostática por HBP mantém o risco de carcinoma da próstata. É conhecido da clínica diária que doentes operados num dia a um adenoma prostático podem desenvolver, algum tempo depois, na periferia da próstata, um processo neoplásico.

DIAGNÓSTICO

A avaliação de um doente com patologia prostática deve incluir história clínica, exame físico e análise de urina. O estudo da função renal e a análise sérica do PSA são recomendados.

Avaliação inicial**HISTÓRIA CLÍNICA:**

A história clínica deve ser focalizada ao tracto urinário e pesquisar os sintomas urinários descritos previamente, cirur-

gias anteriores, nomeadamente urológicas, e avaliar o estado geral do doente.

Num homem com suspeita de HBP é fundamental excluir *Diabetes Mellitus* ou doença neurológica (por exemplo, doença de Parkinson ou AVC). Ambas as doenças podem simular os sintomas de HBP. A *diabetes mellitus* pode provocar diminuição da capacidade contráctil do detrusor, com diminuição da força do jacto, resíduos pós-miccionais elevados, ou retenção urinária. A doença de Parkinson é acompanhada usualmente de irritabilidade vesical.

É igualmente importante despistar a sobremedicação, comum na faixa etária destes doentes, e a toma de anticolinérgicos que diminuem a contractibilidade da bexiga, ou de simpapaticomiméticos- α (descongestionantes nasais) que aumentam a resistência à saída do fluxo urinário.

EXAME FÍSICO

O exame físico deve começar pelo exame dos genitais externos, para excluir fimose cerrada, estenose do meato uretral ou massa uretral palpável.

A palpação abdominal é fundamental para excluir «globo» vesical, que deverá ser resolvido de imediato com algiação.

O toque rectal é o exame físico de excelência num doente com HBP. Serve para detectar neoplasia prostática ou rectal, para avaliar o tónus do esfíncter anal e para excluir outros problemas neurológicos que podem estar na origem dos sintomas apresentados pelo paciente.

O toque rectal pode também informar sobre o tamanho aproximado da glândula prostática. Este exame é pouco sensível e específico para HBP. Além disso, esta informação é importante apenas quando se consideram terapêuticas invasivas, como a cirurgia. O tamanho da próstata não deve ser considerado para se decidir se é necessário iniciar tratamento médico. O tamanho

da próstata não se correlaciona com a severidade dos sintomas, o grau de obstrução urodinâmica, ou a resposta à terapêutica. Por este motivo, um paciente idoso com uma próstata volumosa sem queixas urinárias não deve ser tratado. Ele não possui HBP clínica, mas sim um aumento do volume da próstata provavelmente adequado à sua idade e ao seu estado androgénico.

ANÁLISE DA URINA:

A análise da urina deve ser efectuada ou usando uma tira-teste ou através do exame do sedimento para excluir infecção do tracto urinário (ITU) e hematúria. Ambas sugerem fortemente uma causa não prostática para os sintomas urinários. A hematúria sugere a existência de neoplasia vesical.

CREATININA SÉRICA:

A medida da creatinina tem sido recomendada nos pacientes com sintomas de HBP para excluir insuficiência renal causada pela presença de uropatia obstrutiva.

O Quinto Consenso Internacional de HBP considera actualmente este exame como opcional ou secundário. No entanto, é oportuno lembrar que 13,6% dos homens com HBP têm insuficiência renal¹.

A elevação da creatinina sérica num paciente com HBP é indicação para estudo imagiológico (ecografia) do tracto urinário alto.

PSA / ANTIGÉNIO PROSTATO-ESPECÍFICO:

Numa primeira avaliação laboratorial só deve ser pedido o PSA total.

O cancro da próstata pode causar LUTS ao produzir obstrução uretral idêntica à HBP. Para além disso, o cancro da próstata coexiste muitas vezes com HBP. Na maioria dos homens com uma esperança de vida igual ou superior a 10 anos, o diagnóstico concomitante de cancro da próstata vai provavelmente alterar o tratamento da

componente da HBP. No outro extremo, a detecção serológica («precoce») de um cancro prostático num homem de 80 anos de idade não acarreta qualquer benefício. Sendo assim, a avaliação do PSA sérico deve ser efectuada em pacientes em que a identificação de cancro iria claramente alterar o tratamento da HBP.

Existe uma sobreposição significativa entre os valores séricos de PSA em homens com HBP e homens com cancro da próstata clinicamente localizado. Vinte e oito por cento de homens com HBP têm PSA superior a 4,0 ng/ml¹. Por outro lado, valores de PSA acima de 10 ng/ml estão fortemente associados a carcinoma da próstata. A variação do PSA sérico com o tempo (PSA velocidade), o PSA livre ou a relação PSA livre/PSA total, e o PSA densidade (PSA total/volume prostático) podem ajudar a aumentar a especificidade do PSA em homens com HBP.

Em conclusão, a avaliação do PSA livre apenas está indicada quando o PSA total estiver entre 4 e 10 ng/ml. Este intervalo corresponde à chamada «zona cinzenta», em que uma relação PSA livre/PSA total baixa (inferior a 15%) pode determinar a necessidade da execução de biópsia.

Exames diagnósticos adicionais

Os exames adicionais devem ser considerados após a avaliação inicial, sobretudo se existe a possibilidade dos sintomas do paciente não serem devidos a HBP.

No estudo de um doente com suspeita de HBP a ecografia a ser pedida é a ecografia vesico-prostática suprapúbica. Esta vai revelar sobretudo a patologia da bexiga. A ecografia suprapúbica é um método não invasivo que permite avaliar: resíduo pós-miccional, espessura da parede da bexiga, trabeculações e divertículos (bexiga de esforço), e o volume aproximado da próstata.

É adequado oferecer alternativas terapêuticas ao paciente sem a realização de quaisquer outros exames diagnósticos. Especialmente se o doente opta por tratamento expectante ou terapêutica não invasiva, exames diagnósticos invasivos (como a ecografia transrectal) podem ser dispensados. Pelo contrário, mesmo que exames diagnósticos adicionais não tenham sido efectuados inicialmente e se o paciente elege uma opção terapêutica invasiva, será oportuno o médico enviar o doente à consulta de Urologia para uma avaliação mais detalhada.

QUANDO ORIENTAR PARA UROLOGIA

Os pacientes com uma avaliação inicial normal, e com sintomatologia apenas ligeira, não necessitam de avaliação diagnóstica adicional. Estes doentes devem ser colocados em vigilância clínica (num programa de terapêutica expectante).

Devem ser referenciados à consulta de Urologia os doentes com sintomas moderados a graves, com sintomatologia de gravidade crescente ou quando tiverem indicação cirúrgica (insuficiência renal, infecções urinárias de repetição, litíase vesical, retenção urinária recorrente e hematuria recorrente).

TERAPÊUTICA MÉDICA

As terapêuticas médicas investigadas para a HBP incluem bloqueadores α -adrenérgicos, inibidores da 5- α -reductase e a fitoterapia. Os bloqueadores α -adrenérgicos e os inibidores da 5- α -reductase são enfatizados devido à sua segurança e eficácia comprovadas. A fitoterapia é mencionada uma vez que estes agentes são vastamente usados em alguns países europeus, nomeadamente a França e a Alemanha, onde são participados².

PROSTATITES

A terapêutica médica deve iniciar-se com os α -bloqueantes (alfuzosina, tamsulosina) porque eles actuam rapidamente. Além disso, numa próstata pequena o que está em causa é a contração e não o volume prostático. Estes fármacos constituem terapêutica de primeira linha na HBP e as melhores alternativas para reduzir os sintomas irritativos e melhorar o fluxo urinário.

Por outro lado, os inibidores da 5- α -reductase (finasteride, dutasteride) estão indicados para as próstatas mais volumosas (> 40 cm³), quando os α -bloqueantes estão contra-indicados ou o doente não responde à terapêutica, e quando ocorre hematúria macroscópica comprovadamente secundária a HBP^{1,2}.

Avaliação da resposta

A avaliação da resposta ao tratamento deve ser feita clinicamente com a melhoria ou não dos sintomas. Esta avaliação deve ser efectuada num tempo mínimo de três a seis meses de terapêutica.

No caso dos α -bloqueantes, a avaliação deve ser determinada através da melhoria dos sintomas e do diário miccional. A eficácia dos inibidores da 5- α -reductase pode ser avaliada ao fim de 6 meses com a redução do volume da próstata, através de ecografia, e com a melhoria dos sintomas. Os inibidores da 5- α -reductase diminuem o volume da próstata em cerca de 20%^{1,3}.

Terapêutica combinada

A terapêutica combinada está indicada nos doentes com sintomas severos, ou em retenção urinária aguda e com próstatas volumosas. Os α -bloqueantes produzem uma resposta sintomática muito mais rápida e o finasteride dá resultados ao fim de 6 meses. Faz sentido, nestes casos, tentar fazer um tratamento de efeitos sequenciais, isto é, ao fim de 6 meses podemos retirar o α -bloqueante.

Introdução

A prostatite é, histologicamente, um aumento do número de células inflamatórias no parênquima prostático.

A prostatite constitui 8% dos motivos de consultas de Urologia. É o diagnóstico urológico mais comum em homens com menos de 50 anos de idade. Vinte e seis por cento dos homens com 85 anos tiveram prostatite aguda ou prostatite crónica⁴.

Desde 1998, a classificação do Instituto Americano de Saúde estabelece quatro tipos de prostatites – Quadro II.

Pela sua frequência e potencial gravidade, descreve-se mais pormenorizadamente a Prostatite Aguda.

A Prostatite Crónica é abordada como diagnóstico diferencial de dor perineal crónica.

PROSTATITE AGUDA

A Prostatite Bacteriana Aguda ocorre mais frequentemente em homens sexualmente activos com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos⁴.

Sintomatologia

Os sintomas de Prostatite Aguda incluem: febre, mau-estar, desconforto perineal e rectal, polaquiúria, imperiosidade, disúria (sintoma frequente) e retenção urinária.

O doente com Prostatite Aguda apresenta tipicamente um aspecto séptico: ruborizado, taquicárdico, taquipneico, com astenia, náuseas e vômitos, e mesmo hipotenso. Geralmente o paciente revela desconforto suprapúbico, ou mais raramente dor lombar inferior.

Exame Objectivo

O exame físico revela um paciente com mau estado geral e febre. O toque rectal revela uma próstata quente, edematosa, e extremamente dolorosa à palpação.

QUADRO II

CLASSIFICAÇÃO DAS PROSTATITES

Categoria I	Prostatite Bacteriana Aguda
Categoria II	Prostatite Bacteriana Crónica
Categoria III	Síndrome Doloroso Pélvico Crónico
Categoria IIIa	Prostatite Não Bacteriana Crónica (Inflamatória)
Categoria IIIb	Prostatodinia (Não Inflamatória)
Categoria IV	Prostatite Inflamatória Assintomática

Meios Auxiliares de Diagnóstico

O primeiro exame a pedir é o exame do sedimento urinário, que deverá revelar leucocitúria e bacteriúria. A urocultura e a hemocultura confirmam o agente etiológico.

Etiologia

A causa mais comum de Prostatite Bacteriana Aguda é a *Escherichia coli*, presente em 65 a 80% das infecções. As restantes bactérias Gram negativas da família das *Enterobacteriaceae* são responsáveis por 10 a 15% dos casos (p. ex., *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia spp.*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter aerogenes*, e *Proteus*). Estes agentes têm origem na flora gastrointestinal^{4,5}.

As bactérias Gram positivas, nomeadamente o *Enterococcus fecalis*, podem contribuir com 5 a 10% das infecções⁴.

Existem outros agentes como a *Neisseria gonorrhoeae*, *Corinebacterium*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealythicum* e a *Trichomonas*, que são responsáveis por alguns casos. Agentes menos comuns como os Anaeróbios, Fungos (*Aspergillus*, *Candida*) ou Vírus ocorrem habitualmente em indivíduos imunodeprimidos.

Factores predisponentes do hospedeiro: Crê-se que o refluxo intra-prostático de urina infectada esteja na origem da prostatite bacteriana. Os indivíduos mais susceptíveis são aqueles previamente submetidos a instrumentação uretral (cateterização uretral, algalia-

dos crónicos e acamados, cirurgia transuretral), os indivíduos com diabetes, fimose, ITU ou imunossuprimidos.

Tratamento

O tratamento da prostatite consiste de antibioterapia e de uma terapêutica anti-inflamatória.

A antibioterapia, na fase aguda, deve ser idealmente administrada por via parentérica. Deve optar-se por uma Fluoroquinolona, uma Cefalosporina de 2^a ou 3^a geração, ou a Ampicilina associada a um Aminoglicosídeo.

Após a melhoria clínica, passa-se à terapêutica oral, com uma Fluoroquinolona, ou o Trimetoprim associado ao Sulfametoxazole.

Num indivíduo jovem, com uretrite prévia não específica, com corrimento uretral, ou com história de contacto sexual de risco, deve pôr-se a hipótese de doença sexualmente transmissível. Nesse caso, deve-se administrar Doxicilina ou Eritromicina.

A duração do tratamento deve ser cerca de 2 a 6 semanas.

Os indivíduos com Prostatite Aguda e em retenção urinária não devem ser algaliados. A melhor opção é, nestes casos, a cistostomia supra-púbica.

PROSTATITE CRÓNICA

A Prostatite Crónica é uma infecção bacteriana recorrente causada pelos agentes comuns à Prostatite Aguda.

A história natural da Prostatite Bacteriana Crónica é desconhecida.

A Prostatite Crónica é, por definição, uma patologia com sintomas de duração superior a 3 meses. Oscila em intensidade, alternando períodos de agravamento com períodos assintomáticos. Na Prostatite Crónica ocorrem episódios de ITU agudos recorrentes em 25 a 43% dos casos⁴.

Os homens afectados com esta patologia referem qualidade de vida diminuída.

O sintoma mais comum é a dor. Essa dor pode ser perineal, peniana, suprapúbica, lombar inferior, anal, testicular ou inguinal. Pode ocorrer durante ou após a ejaculação. Podem ocorrer também sintomas urinários irritativos e obstrutivos.

O exame físico destes pacientes é pobre e usualmente não revela alterações de relevo.

O diagnóstico é feito através da demonstração de leucocitúria e bacteriúria (sensibilidade e especificidade de 90%), através do Teste das Duas Amostras, antes e depois de massagem prostática por toque rectal (Weidner e Ebner, 1985)⁴.

O tratamento consiste de antibioterapia oral com Trimetoprim-Sulfametoxazole ou Fluoroquinolona.

A duração do tratamento deverá ser de 90 dias. O doente deve ser reavaliado às 4 semanas de terapêutica. Apenas 40% dos doentes têm melhoria sintomática, e a taxa de erradicação da infecção é de 30 a 50%. Como terapêuticas complementares deve-se instituir a massagem prostática, a terapia com α -bloqueante, ou a terapia com um anti-inflamatório⁴.

SÍNDROME DOLOROSO PÉLVICO CRÓNICO

Esta síndrome tem um quadro clínico de apresentação idêntico ao da prostatite crónica, mas sem episódios de ITU associados.

O tratamento é também idêntico ao da prostatite crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lepor H, Lowe F. Evaluation and nonsurgical management of benign prostatic hyperplasia. In: Walsh P, Retik A, Vaughan E, Wein A, editors. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 1337-78.
2. Bott S, Foley C, Kirby R. What's hot and what's not – the medical management of BPH. In: Kirby R, O'Leary M, editors. Hot Topics in Urology. London: Saunders; 2004. p. 183-93.
3. de la Rosette J, Perachino M, Thomas D, Madersbacher S, Desgrandschamps F, Alivizatos G, et al. Guidelines on benign prostatic hyperplasia. In: Frohneberg D, Hedlund P, Lobel B, Mandressi A, Parsons K, Sanz L et al, editors. Guidelines of the European Association of Urology. Netherlands: EAU; 2001. p. 1-63.
4. Nickel JC. Prostatitis and related conditions. In: Walsh P, Retik A, Vaughan E, Wein A, editors. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 603-25.
5. Naber KG, Bergman B, Bishop M, Johansen T, Botto H, Lobel B, et al. Guidelines on urinary and male genital tract infections. In: Frohneberg D, Hedlund P, Lobel B, Mandressi A, Parsons K, Sanz L et al, editors. Guidelines of the European Association of Urology. Netherlands: EAU; 2001. p. 49-55.

Endereço para correspondência:

Vitor Oliveira
Tlm: 938 307 623
E-mail: www.vitor_doc@hotmail.com

ou

Serviço de Urologia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Rua Conceição Fernandes
4430-502 Vila Nova de Gaia
Telef.: 227 865 100
Fax: 227 865 104