

ANEXO V

Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS – *International Prostatic Symptom Score*) e Qualidade de vida (QoL)

	Nenhuma	Menos de 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca da metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre	
1. No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar 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 que se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5	
QUALIDADE DE VIDA (QoL) EM FUNÇÃO DOS SINTOMAS URINÁRIOS							
	Ótimo	Muito Bem	Bem	Regular	Ruim	Muito ruim	Terrível
Se você permanecer o resto da vida com a condição urinária atual, como você se sentirá?	0	1	2	3	4	5	6

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

1 – Com que frequência você consegue uma ereção durante a atividade sexual?

1 = Quase nunca / Nunca

2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)

4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

5 = Quase sempre / Sempre

2 – Quando você tem ereções após estímulo sexual, com que frequência suas ereções são suficientemente rígidas para penetração?

0 = Nenhuma atividade sexual

1 = Quase nunca / Nunca

2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)

4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

5 = Quase sempre / Sempre

3 – Quando você tentou ter uma relação sexual, com que frequência você conseguiu penetrar sua companheira?

1 = Quase nunca / Nunca

2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)

3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)

4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)

5 = Quase sempre / Sempre

4 – Durante a relação sexual, com que frequência você consegue manter a ereção depois de ter penetrado sua companheira?

0 = Não tentei ter relação sexual

1 = Quase nunca / Nunca

- 2 = Poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- 3 = Algumas vezes (aproximadamente metade das vezes)
- 4 = Na maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- 5 = Quase sempre / Sempre

5 – Durante a relação sexual, qual seu grau de dificuldade para manter a ereção até completar a relação sexual?

- 0 = Não tentei ter relação sexual
- 1 = Extremamente difícil
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Um pouco difícil
- 5 = Não é difícil

6 – Qual seu grau de confiança de que você pode conseguir manter uma ereção?

- 1 = Muito baixo
- 2 = Baixo
- 3 = Moderado
- 4 = Alto
- 5 = Muito alto

Resultado

Normal	= 26 a 30
Leve	= 22 a 25
Leve a moderada	= 17 a 21
Moderada	= 11 a 16
Grave	= 1 a 10

A HPB é a neoplasia benigna mais comum entre os homens e mais da metade da população irá apresentar sinais ou sintomas do trato urinário inferior (LUTS) que poderão impactar na qualidade de vida destes indivíduos (Emberton et al., 2003). É uma enfermidade que pode se manifestar de maneira progressiva, causando sintomas como hesitação no início da micção, diminuição da força do jato urinário, gotejamento terminal, intermitência, sensação de esvaziamento vesical incompleto, urgência e nictúria. Ademais, complicações como hematúria, infecções recorrentes do trato urinário, ou até retenção urinária aguda podem ocorrer nos estágios mais avançados da doença (Emberton et al., 2003, Rassweiler et al., 2006). Embora alguns pacientes apresentem indicações objetivas para o tratamento cirúrgico da HPB, a razão mais comum para se procurar o tratamento desta moléstia é o alívio dos sintomas (Emberton et al., 2003).

No que se refere à terapia farmacológica, cinco grupos de medicamentos são utilizados: bloqueadores alfa-adrenérgicos, inibidores da 5-alfa-redutase, inibidores das fosfodiesterase-5, antimuscarínicos e fitoterápicos. Os alfa-bloqueadores (antagonistas de receptores alfa-1 adrenérgicos) são a opção mais comum para a terapia inicial e incluem a doxazosina, terazosina, alfuzosina, tansulosina e silodosina. Estes funcionam relaxando a musculatura lisa da próstata e do colo vesical, diminuindo assim a obstrução ao fluxo urinário. Efeitos colaterais incluem hipotensão ortostática, ejaculação retrógrada, perda de libido, impotência, congestão nasal e fraqueza (McConnell et al., 2003; Roehrborn et al., 2008).

Os inibidores da enzima 5-alfa-redutase incluem a finasterida e a dutasterida. Essas medicações inibem a produção de di-hidro-testosterona atuando na redução do volume prostático. Os efeitos colaterais incluem diminuição da libido e disfunção ejaculatória ou erétil (Lepor et al., 1996; Andriole; Kirby, 2003).

As terapias cirúrgicas estão comumente indicadas para os pacientes que não toleram os fármacos ou são refratários aos mesmos. A escolha do acesso cirúrgico (cirurgia aberta ou endoscópica) e da fonte de energia (eletrocautério ou *laser*) é uma

decisão técnica, baseada no volume prostático, na preferência individual do cirurgião, na presença de complicações locais e nas comorbidades do paciente (McVary et al., 2011).

A ressecção transuretral da próstata (RTU-P) ainda é considerada o padrão-ouro das intervenções da próstata.

As cirurgias abertas são realizadas pela via transvesical ou retropúbica e indicadas para volumes prostáticos acima de 80-100 cm³, podendo incorrer em complicações como a ejaculação retrógrada (80%-90%), o sangramento com necessidade de transfusão (7,5%), esclerose de colo (3%-6%), incontinência urinária (0,5%-8%), infecção de ferida operatória (3%) e disfunção erétil (3% a 5%). O período médio de internação hospitalar é de 5-11 dias e o uso de sonda vesical varia de 5-7 dias (Tubaro, 2001; Helfand, 2006; Dall'Oglio et al., 2006).

A técnica da embolização em urologia baseia-se em relatos e séries de casos publicados na literatura sobre tratamentos de hematúria maciça que tinham como causa primária os tumores urológicos e estados pós-operatórios que foram tratados adequadamente por meio da EAP (Mitchell et al., 1976; Appleton et al., 1988; Michel et al., 2002; Rastinehad et al., 2008).

A partir de 2008, alguns estudos pré-clínicos demonstraram a viabilidade, eficácia e segurança da EAP, despertando o interesse da comunidade médica para estudos clínicos referentes à possibilidade de emprego da EAP para o tratamento de pacientes sintomáticos em decorrência da HPB. Estes estudos foram realizados em cães e porcos, unilateral e bilateralmente com microesferas de resina acrílica (Sun et al., 2008; Faintuch et al., 2008; Jeon et al., 2009).

Em 2010 e 2011, Carnevale et al. reportaram os resultados preliminares e a médio prazo do acompanhamento de dois pacientes com retenção urinária aguda devido à HPB, refratários ao tratamento com alfa-bloqueadores seletivos e que foram tratados com a EAP.

A Comissão de Aprovação de Novos Procedimentos e Terapias do CFM acolheu a solicitação de aprovação do novo procedimento – Embolização das Artérias da Próstata para tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna, conforme disposto na Resolução CFM nº 1982/2012. Foi emitido Parecer pelo Conselho Federal de Medicina (Protocolo nº

7649/2013), obedecendo a referida Resolução, sendo aprovado em 22/10/2013. Neste Parecer, a EAP passa a ser considerada um procedimento não experimental, válido na prática médica, porém que por seu caráter de alta complexidade e alto risco deverá ser acompanhado pelo CFM por até 5 (cinco) anos, visando garantir um acompanhamento pós aprovação, que determinará de forma definitiva a sua segurança, eficácia e aplicabilidade clínica.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Conselheiro Relator