



Sintomas do trato urinário inferior em homens

Resumo de diretriz NHG M42 (Março 2013)

Blanker MH, Breed SA, van der Heide WK, Norg RJC, de Vries A, Wolters RJ, van den Donk M, Burgers JS, Opstelten W, Klomp MA

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico e exames complementares
 - Avaliação
- Conduta
 - Orientação
 - Terapia não medicamentosa
 - Medicação
 - Controles e encaminhamento
- Retenção urinária aguda
- Carcinoma de próstata

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Anamnese

Perguntar:

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- dificuldades no início da micção, jato fraco ou com interrupções, desejo de urinar difícil de controlar, dificuldade de esvaziar totalmente a bexiga, gotejamento após o término da micção, aumento da frequência urinária durante o dia e incontinência noturna;
- micção dolorosa, dor no períneo, sensação de ardência ou descarga uretral, hematúria, mal-estar, febre, calafrios, dor no flanco, infecções anteriores do trato urinário ;
- velocidade de aparecimento ou agravamento dos sintomas;
- prisão de ventre.

Estar atento a:

- recente exame urológico invasivo, procedimento urológico ou cateter de permanência;
- comorbidades relevantes: diabetes, distúrbios neurológicos, DST (uretrite);
- medicamentos que afetam a micção: antipsicóticos, antidepressivos, lítio, medicamentos anti-parkinson, anti-histamínicos (clássicos), opiáceos, diuréticos de alça e bloqueadores dos canais de cálcio.

Exame físico e exames complementares

- Inspeção: cicatrizes abdominais, fimose, hipospádia, corrimento uretral.
- Palpação e percussão da região da bexiga.
- Exame de toque retal (TR): patologia anal ou retal, forma, consistência e dor à pressão na próstata e impaction fecal.
- Examine a urina para detectar sinais de infecção (ver diretriz *ITU*).

Avaliação

Queixas miccionais não específicas: sintomas como dificuldade de início da micção, jato fraco, dificuldade de controlar a necessidade de urinar, dificuldade de esvaziamento completo da bexiga, gotejamento após urinar, aumento da frequência urinária durante dia e noite, que não podem ser explicados diretamente por distúrbios específicos.

Distúrbios específicos:

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- prostatite aguda: queixas com progresso rápido, dor perineal, febre e/ou calafrios;
- infecção do trato urinário: queixas miccionais, teste de nitrito, dipslide, cultura positiva ou alterações no sedimento;
- estreitamento (ou estenose) da uretra: em trauma local, procedimento urológico ou uretrite na história;
- retenção urinária aguda: incapacidade de urinar espontaneamente apesar da vontade de urinar e de várias tentativas em algumas horas, com uma (dolorosa) bexiga cheia e (sub)macicês na percussão da bexiga;
- câncer de próstata: próstata com forma assimétrica, consistência irregular ou nódulo/nódulos duros

Conduta

Orientação

- Explique que as queixas miccionais não-específicas são comuns e a causa desconhecida, mas geralmente inofensiva.
- Enfatize que o aumento do volume da próstata geralmente não é a causa das queixas de micção.
- Explique que o câncer de próstata é raramente a causa de queixas miccionais.
- Discutir o curso das queixas miccionais: cerca de um terço dos homens tem melhora espontânea, um terço não percebe nenhuma mudança e um terço nota uma piora nos sintomas.

Terapia não medicamentosa

- Em *queixas miccionais não específicas*:
 - recomendar o exercício físico regular e em constipação ingestão adequada de líquidos e de fibras alimentares;
 - recomendar redução da ingestão de líquidos em micção frequente e grande ingestão de líquidos (de acordo com um diário miccional);
 - considerar exercícios do assoalho pélvico e treinamento de bexiga em micção frequente (para explicação ver diretriz *incontinência urinária*) ;

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- considerar em gotejamento após o término da micção o esvaziamento da uretra com pressão manual (pressionando o pênis de proximal até distal) após cada micção e/ou exercícios .
- Em particularmente *incontinência*: considerar fisioterapia da musculatura do assoalho pélvico e recomendar o uso de materiais de contenção/absorção da urina.
- Em incômoda noctúria: considerar a limitação da ingestão de líquidos à noite.

Medicação

- Explique que a influência dos medicamentos sobre os sintomas é limitada.
- Limitar tratamento medicinal aos pacientes com sintomas incômodos que beneficiam-se insuficientemente do aconselhamento e/ou recusam (ou não podem submeter-se a) o procedimento cirúrgico.
- Escolher em *queixas miccionais não específicas incômodas*: alfuzosina 10 mg uma vez por dia à noite ou tansulosina 0,4 mg uma vez por dia 1 de manhã.
- Considere em *incômoda incontinência por urgência* um anticolinérgico, como a tolterodina 4 mg de liberação prolongada uma vez por dia, ou adesivo transdérmico de oxibutinine a cada 3 a 4 dias; de preferência não prescrever medicamento anticolinérgico para homens com mais de 65 anos.

Controles e encaminhamentos

Controle:

- em alteração ou aumento dos sintomas.
- em pacientes com medicação:
 - verificar após 2 semanas (possivelmente por telefone) os efeitos adversos;
 - avaliar após 6 semanas o efeito da medicação e descontinuar se não houver melhoria;
 - recomendar a interrupção da medicação após 3 a 6 meses para avaliar a ocorrência de piora dos sintomas;
 - utilizar para a avaliação eventualmente um diário miccional.

Encaminhamento para possível tratamento invasivo em:

- desejo do paciente, devido ao desconforto ou pouco efeito da medicação;

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- retenção urinária aguda recorrente;
- (suspeita de) estenose da uretra.

Retenção urinária aguda

- Cateterismo vesical (transuretral), seguido de exame de urina para verificar a presença de infecção do trato urinário.
- Use um fechamento do cateter (flip-flow) e instruir o paciente a esvaziar a bexiga abrindo a torneirinha em caso de desejo de urinar ou em horários fixos.
- Considere a interrupção da medicação que pode causar retenção.
- Iniciar a alfuzosina (10 mg 1 vez por dia à noite) ou tamsulosina (0,4 mg uma vez por dia 1 pela manhã).
- Remover cateter após 48 a 72 horas, de preferência no início da manhã.
- Em retenção recorrente: inserir novo cateter e encaminhar ao urologista.

Carcinoma de próstata

Em pedido do paciente para o diagnóstico precoce (teste de PSA) atenção:

- teste de PSA pode detectar um câncer clinicamente relevante com um possível tratamento precoce, mas as chances de detectar um tumor que nunca seria clinicamente relevante é três a quatro vezes maior;
- sintomas do trato urinário inferior não são sinais de câncer de próstata;
- em homens com expectativa de vida <10 anos, o tratamento do câncer de próstata não influencia a sobrevivência ou qualidade de vida, razão adicional para evitar diagnóstico precoce.

Para a auxílio na escolha indicar o site: www.thuisarts.nl (*site contendo informações médicas destinadas a pacientes*)

Exame diagnóstico precoce após explicação

- Realizar TR e encaminhar em suspeita de câncer de próstata.
- Determinar PSA; levar em conta os aumentos de PSA por prostatite e redução nos pacientes que utilizam inibidores da 5-alfarredutase

Avaliação

- PSA <1 e idade >60 anos: chance extremamente baixa da ocorrência de câncer de próstata clinicamente relevante.
- PSA <4: valor normal, outros exames ou monitoramento não são necessários.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- PSA >4: encaminhar ao urologista na ausência de sinais de prostatite recente. Risco de câncer aumentado, mas entre cada 5 pacientes 1 tem resultado falso-positivo.

Em caso de suspeita de câncer de próstata após TR

- Determinar PSA não é recomendado.
- Encaminhar pacientes com expectativa de vida >10 anos, ou sinais de metástase.
- Considere a conduta expectante na expectativa de vida <10 anos, e ausência de sinais de metástase.

Em (suspeita de) metástases ósseas

Realizar exame de toque retal:

- em sinais de câncer de próstata: encaminhamento a um urologista;
- ausência de sinais de câncer de próstata: determinar PSA para diferenciar câncer de próstata (encaminhar ao urologista) de outras causas (oncologista).

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.