biu

Boletim de Informações Urológicas · Nov/Dez 2018 · ISSN 2595-3427

SBU São Paulo
SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

Órgão Oficial de Informação da Sociedade Brasileira de Urologia • Secção São Paulo

PONTO DE VISTA

NEFRECTOMIA CITORREDUTORA

Entrevista
Dr. Cristiano Mendes Gomes fala sobre financiamento de pesquisas

Além da Urologia
A interface da medicina integrativa com a uro oncologia

Fique Sabendo
PET com PSMA: aplicações em pacientes com câncer de próstata

O FUTURO DA UROLOGIA ESTÁ CHEGANDO

PROTEUS INTENSIVÃO

14 a 16 de março de 2019

Centro de Convenções Rebouças | São Paulo

RECICLAGEM EM UROLOGIA

UROLOGIA: PRESENTE E FUTURO

REALIZAÇÃO:

SBU São Paulo

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

www.sbu-sp.org.br

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIA EXECUTIVA:

PERFECTA EVENTOS

proteus@perfectaeventos.com.br Tel.: 11 3722 5850 Ramal 203

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

http://proteusintensivaosbu.com.br/

Começamos o ano otimistas com nosso país e com os projetos de nossa Sociedade. Esta é a última edição do BIU de 2018. Voltamos a focar em conteúdo médico informativo, já que, segundo nossa Diretoria, estamos bem administrativa e financeiramente.

Nesta edição, o prof. Carlos Martins nos representa em justa e merecida homenagem ao prof. Aureo José Ciconelli. O dr. Cristiano Gomes é o entrevistado e nos conta sobre pesquisa científica em Urologia, as dificuldades, financiamento e perspectivas. A dra. Denise Nagushi nos informa sobre o conceito e benefícios cada vez mais reconhecidos da Medicina Integrativa, especialmente em Uro- Oncologia.

Chamo a atenção do leitor para a seção “Ponto de Vista”. Os drs. Celso Heitor de Freitas e Andrey Soares fazem ampla revisão da literatura, com interpretação crítica minuciosa sobre o tema “Nefrectomia Citorredutora”. Agradeço a dedicação dos autores no sentido de nos fornecer informação selecionada, clara, de altíssima qualidade e credibilidade, o que facilita a formação de opinião em tema atual com implicação direta em nossa prática clínica.

Apresentamos o Fellowship em Uro-Oncologia do ICESP, centro de referência em formação, pesquisa e assistência. O dr. Marcelo Livorsi nos escreve sobre as atuais indicações e perspectivas do PET com PSMA. Terminamos esta edição com o tema “Pescaria”, comum entre os urologistas. Os drs. Carlos Ricardo Garcia (o nosso Kikinho, da Santa Casa) e Carlos Eduardo Garcia, residente da FAMERP, Rio Preto, nos contam suas experiências.

Boa leitura e vamos fazer este ano feliz e próspero!

Luís Gustavo Morato de Toledo
Editor do Biu
drluisgtoledo@gmail.com | 11 99639-5014

Luís Gustavo
Morato de Toledo

COEDITORES DO BIU

FERNANDO KORKES

SANDRO NASSAR

WALTER COSTA

Boletim de Informações Urológicas • Novembro / Dezembro 2018

EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia • Secção São Paulo
Biênio 2018 / 2019

Presidente
Flavio Eduardo Trigo Rocha

Vice-Presidente
Armando dos Santos Abrantes

1º Secretário
José Carlos I. Truzzi

2º Secretário
Geovanne Furtado Souza

1º Tesoureiro
Iderpól Leonardo Toscano Jr.

2º Tesoureiro
Francisco Kanasiro

Delegados
Fernando Nestor Facio Junior
André Luiz Farinhas Tomé
Roberto Vaz Juliano

Delegados Suplentes
Geraldo Benedito Gentille Stefano
Alexandre Cesar Santos
Vicente de Paula Cirio Nogueira

Editor do BIU
Luís Gustavo Morato de Toledo

Coeditores
Fernando Korkes, Walter Henriques da Costa
e Sandro Nassar Cardoso

Departamento Uroneuro
Thiago Souto Hemerly

Departamento Litiase e Endourologia
Rodrigo Guerra – Botucatu

Departamento Robótica e Cirurgia Minimamente Invasiva
Giuliano Guglielmetti

Departamento Oncologia
Carlos Hermann Schaal

Departamento Urologia Feminina
Ana Paula B. Bogdan

Departamento HPB
Oscar Rubini Avila

Departamento de Pesquisa
Leonardo Oliveira Reis

Departamento de Uropediatria
Edson Daniel Schneider Monteiro

O BIU está aberto para divulgação de eventos, concursos, premiações, notícias, permutas, vendas de equipamentos, ofertas de trabalho e oportunidades pertinentes à especialidade.

Cartas e artigos deverão ser enviados aos cuidados do editor para:
SBU-SP – Rua Tabapuã, 1123 – Conj. 101 – Itaim Bibi – São Paulo – SP – 04143-014

Outras informações poderão ser obtidas com a Seccional de São Paulo Tel/fax.:
(11) 3168-4229 • E-mail: sbu.sp@uol.com.br • www.sbu-sp.org.br

O Boletim de Informações Urológicas (BIU) é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Urologia – Secção São Paulo. BIU é distribuído amplamente para todos os urologistas do território nacional.
Permite-se a reprodução de textos, desde que citada a fonte.

ISSN 2595-3427

Jornalista Responsável
Simon Widman (simon.widman@esp2.com.br)

Produção
Estela Ladner (estela.ladner@esp2.com.br)

Arte e Diagramação
Fabiana Sant'Ana

Impressão
Gráfica ZELLO

Tiragem
4.100 exemplares

ADVERTÊNCIA

As opiniões nos artigos publicados no BIU são de inteira responsabilidade dos seus autores e não refletem necessariamente o pensamento da SBU – Secção São Paulo. A SBU–SP e o BIU eximem–se de quaisquer responsabilidades por lesões corporais decorrentes de produtos mencionados nas propagandas comerciais.

18

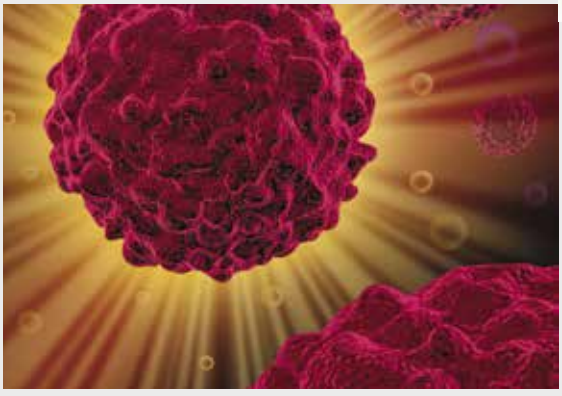
ALÉM DA UROLOGIA

Dra. Denise Tiemi Noguchi escreve sobre Medicina Integrativa

22

PONTO DE VISTA

Nefrectomia Citorredutora



32

FIQUE SABENDO

PET com PSMA

ENTREVISTA **12**

Dr. Cristiano Mendes Gomes, médico e pesquisador

6 SBU E VOCÊ

30 APRIMORAMENTO

36 SEM ESTRESSE

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

VEJA A SITUAÇÃO FINANCEIRA DA SBU–SP CONSIDERANDO AS DESPESAS ADMINISTRATIVAS E O DEMONSTRATIVO BANCÁRIO DA ENTIDADE.

texto: Tesouraria SBU–SP

Prezado associado,

A Diretoria da SBU-SP apresenta as despesas administrativo para a manutenção das sedes da entidade e para a realização das atividades programadas em interesse dos associados. Como em toda edição do BIU, também é publicada a posição financeira, referente a 1º de dezembro de 2018.

Os custos administrativos se mantêm equilibrados e o saldo bancário permanece positivo.

A Diretoria está à disposição dos associados para esclarecer eventuais dúvidas referentes aos dados apresentados nesta seção.

REFERÊNCIA: JULHO/2018	
DESPESAS	**VALOR**
Advogado Peppe Bonavita	R$ 2.623,50
Magnitude Assessoria Imprensa	R$ 6.050,00
Condomínio sede Augusta	R$ 1.346,00
Condomínio sede Tabapuã	R$ 2.002,84
Convênio funcionários	R$ 2.926,52
Eletropaulo sede Tabapuã	R$ 235,17
Copy Service	R$ 174,80
IPTU sede Augusta	R$ 150,07
IPTU sede Tabapuã	R$ 720,78
Ligue Táxi	R$ 1.136,28
Limpidus	R$ 551,85
Motoboy SW	R$ 1.135,00
Salário Funcionários	R$ 5.851,38
1/2 Décimo terceiro funcionários	R$ 3.247,59
Tributos folha funcionários	R$ 2.706,00
Unimagem Site SBU	R$ 5.350,00
Tectray serv. T.I	R$ 830,00
Telefonia + Cel. Corporativo	R$ 603,62
VR Funcionários	R$ 1.670,40
VT Funcionários	R$ 420,00
Tarifas bancarias	R$ 157,50
UOL Provedor internet	R$ 63,84
TOTAL	**R$ 39.953,14**

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 04/08/2018		
SALDOS BANCÁRIOS		
Conta Eventos	68.525–1	R$ 281.807,14
Conta Administrativa	71.322–8	R$ 13.897,00
SALDO ATUAL		**R$ 295.704,14**
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R$ 1.118.945,28
Aplicação (SBU–SP)	Fundos	R$ –
TOTAL		**R$ 1.414.649,42**

ENCONTRO DE CONHECIMENTO

— POR ADRIANA VERONEZ

Realizado em Santos e no Hotel Casagrande no Guarujá a segunda edição do Uro Onco Litoral 2018 reuniu urologistas, oncologistas, radiologista e radioterapeutas vindos de várias regiões do País, que puderam se interar dos últimos avanços em exames diagnósticos, medicamentos, técnicas cirúrgicas e radioterapicas, para tratar o câncer urológico.

O evento se iniciou com a realização de cirurgias de Implantação de Esfíncter artificial, realizada pelo dr. Flavio Trigo, e Nefrectomia parcial laparoscópica, realizada pelo dr. Armando Abrantes na Santa Casa de Santos, além de uma Prostatectomia Radical Robótica realizada no Hospital Sirio Libanês pelo dr. Anuar Mitre. Todos estes procedimentos foram transmitidos ao vivo para o auditório do Hotel Casagrande no Guarujá, onde os participantes podiam interagir com os médicos que realizavam os procedimentos. Além das cirurgias, o curso pré congresso incluiu palestras sobre incontinência urinária, infertilidade, reposição hormonal e tratamento de disfunção sexual.

A exemplo do ano passado, a SBU-SP convidou renomados especialistas para apresentar os últimos avanços em Uro-oncologia, além de discutir casos clínicos relevantes. Na edição deste ano, o evento contou com 470 participantes inscritos, entre congressistas, palestrantes e representantes da indústria farmacêutica, vindos de estados como Minas Gerais, Goiás, Distrito Federal, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pará e Pernambuco, além de São Paulo.

O evento contou, também, com a presença de especialistas internacionais, como a dra. Maria De Santis, chefe da seção de medicina interdisciplinar do Hospital Universitário de Berlim, na Alemanha, o dr. Paul Nguyen, radioterapeuta e professor da Harvard Medical School, o dr. Quoc-Dien Trinh, professor assistente de cirurgia na Faculdade de Medicina de Harvard e o dr. Fernando Bianco, Professor de Urologia da Wayne State University School.

"A Uro oncologia é uma das subespecialidades mais dinâmicas da Urologia e incorpora grandes avanços tanto em imagenologia, medicamentos, radioterapia e procedimentos cirúrgicos. A SBU-SP planejou cuidadosamente este evento, visando propiciar aos nossos colegas a oportunidade de imersão nestes avanços em um curto período de tempo, reforçando o protagonismo do Urologista no atendimento de portadores de câncer Urológico", disse o presidente da SBU-SP, dr. Flavio Trigo, na abertura oficial do evento.

Durante o Uro Onco Litoral também foi realizado um Encontro de Consenso sobre o tratamento das neoplasias uroteliais, que será publicado em breve, propondo diretrizes sobre o tratamento desta importante doença urológica para toda a comunidade médica.

O evento recebeu na abertura o Secretário da Saúde da Prefeitura do Guarujá, Marcelo André Nascimento, que pontuou a importância de iniciativas como essa para o despertar da população para a cuidado com a saúde e atualização médica. "É uma honra estar aqui e dar a largada para esse grande evento. O Guarujá recebe a todos de braços abertos e, inclusive, já celebra o Novembro Azul para alertar o homem da Baixada Santista sobre a importância do checkup anual", pontuou Nascimento.

Ao término de cada módulo foram colocados em discussão casos desafiadores e complexos para que especialistas brasileiros e estrangeiros em Oncologia e Urologia pudessem debater e apresentar alternativas e condutas de tratamento.

Novembro Azul deu seu recado

Iniciativa realizada desde 2014, a campanha tem como proposta chamar a atenção do homem para o cuidado com a saúde e necessidade da ida regular ao urologista para prevenção de doenças. O mote desse ano foi *"O homem moderno se cuida - procure um urologista"*.

Na capital paulista, a iniciativa contou com o apoio do Departamento de Iluminação Pública – ILUME - da Prefeitura de São Paulo. Monumentos públicos ganharam iluminação especial, como a Pponte Octávio Frias de Oliveira – chamada popularmente de Estaiada, Viaduto do Chá, Edifício Matarazzo (Sede da Prefeitura), Biblioteca Mario de Andrade, Monumento às Bandeiras e Independência, assim como Assembleia Legislativa de São Paulo.

Além disso, contou com apoio da CCR AutoBan para ação de conscientização nas rodovias estaduais e do GRU Airport. O Farol Santander (antiga Torre Banespa, no centro da cidade) ficou toda azul, em alusão à campanha. Também foram realizadas ações em parceria com os clubes Corinthians, Santos e Palmeiras.

HOMENAGEM

HOMENAGEM AO PROFESSOR AUREO JOSÉ CICONELLI

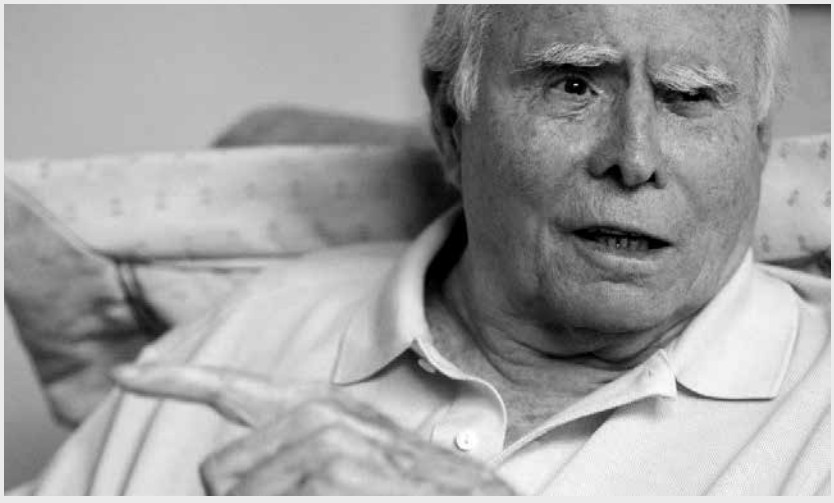
Carlos Martins, professor-titular de Urologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (aposentado)

É com imenso pesar que comunicamos o falecimento do professor Aureo José Ciconelli, com 86 anos de idade, em agosto de 2018, devido a complicações e debilidade decorrentes da idade. Natural de Ituverava (SP), ainda jovem migrou para o Rio de Janeiro, onde se graduou em medicina pela Faculdade de Medicina da Praia Vermelha. Como era de família humilde, durante o estudo trabalhou como Policial Especial no Rio (corresponde ao BOPE atual). Em seguida foi aos Estados Unidos, onde fez residência de Patologia na Clínica Mayo. Retornando ao Brasil, trabalhou no Rio de Janeiro com Fernando Paulino, cirurgião geral, um mestre em equilíbrio hidroeletrolítico e ácido base, razão pela qual acabou sendo contratado como docente do Departamento de Cirurgia da FMRP-USP, no final da década de 50, sendo o responsável pela criação e organização da Divisão de Urologia.

Casou-se em Ribeirão Preto com Maria Inês, um exemplo de pessoa e esposa. Seu treinamento em Urologia ocorreu com o dr. Rocha Brito, em Campinas, famoso por ter difundido a RTU da próstata, não muito aceita na época. O professor Ciconelli implantou a Diálise Peritoneal, bem como a Hemodiálise no HCRP-USP, tendo em vista o desinteresse dos Nefrologistas. Cérebro privilegiado, andou na frente de seu tempo. Dentre seus feitos pode-se mencionar, ainda, a realização com sucesso do primeiro transplante renal de doador cadáver do Brasil, em 13 de fevereiro de 1968, que apesar da proibição do Diretor da Medicina teve a autorização do Superintendente do HCRP-USP. No mesmo ano, também foi o primeiro no país a colocar prótese de silicone para tratamento da impotência sexual (prótese de Pearman – fora do corpo cavernoso apoiada no púbis). Na época acreditava-se que a maioria dos casos era um problema de natureza psicológica. Foi um verdadeiro choque no meio urológico de então quando apresentou o trabalho "Tratamento cirúrgico da impotência sexual" no Congresso Nacional de Urologia do Rio (1971).

Trabalhou com congelamento da próstata benigna e maligna e con-

Dentre seus feitos pode-se mencionar a realização com sucesso do primeiro transplante renal de doador cadáver do Brasil, em 13 de fevereiro de 1968.



cluiu que não era a melhor técnica. Tentou desenvolver com o prof. Mascarenhas, da Faculdade de Física de São Carlos – USP, um ultrassom com objetivo de fazer litotripsia de cálculos ureterais, muito antes do desenvolvimento dos ureteroscópios, o que não foi bem sucedido por se tentar usar instrumental flexível em vez de rígido. Autor de número elevado de trabalhos científicos, aposentou-se como Professor Adjunto da FMRP-USP. Mente brilhante, podendo-se classificá-lo como um dos "monstros sagrados" da Urologia nacional, tais como seus contemporâneos Campos Freire, Afiz Sadi, Gilberto M. Goes, Sergio Aguinaga, Rocha Brito, Atila Rocha, Sami Arap dentre outros.

Como profissional, formou muitos colegas, foi um chefe exemplar que sempre procurou auxiliar e empurrar todos para a frente. Como homem, foi bom filho, bom marido e bom pai. Destituído de orgulho e ciúmes diante da evolução dos colegas. Realmente um exemplo de pessoa e profissional e tenho certeza que o mundo seria muito melhor se todos fossem como ele. No universo há uma regra natural onde tudo nasce e morre depois de algum tempo, desde as estrelas, planetas e o que chamamos de vida. Ao longo da vida vivi muitas mortes e agora que chegou a dele ficarei mais só esperando a minha. Infelizmente meu estimado amigo chegou ao seu termo, mas estava sofrendo muito devido aos problemas físicos. Na verdade, entretanto, ele não morreu, pois seu espirito continua vivo através de nossa fé. Sua memória vive por meio de seus feitos. E sua carne vive em seus filhos Monica, Claudia e Marcelo. A Urologia Nacional deve muito a ele.

PESQUISA MOSTRA A ELEVADA APROVAÇÃO DO CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA

Uma pesquisa de satisfação realizada pela CCM, empresa contratada para organizar o Congresso Paulista de Urologia de 2018, evidenciou o elevado índice de aprovação do evento. Na média, o congresso recebeu nota 8,45. Foram entrevistados 858 participantes. Deles, 98% afirmaram que indicariam o evento para um amigo.

Todos os itens relacionados à estrutura e à qualidade da programação foram, igualmente, muito bem avaliados, com aprovação sempre superior a 90%, somados os conceitos "ótimo" e "bom". A metodologia utilizada foi considerada boa por 44,8% e ótima por 49,7% dos entrevistados, totalizando 94,5%. A aplicabilidade do conteúdo ministrado foi classificada boa por 43,9% e ótima por 51,3% (total: 95,2%). Quanto ao nível de conhecimento adquirido, 41,4% assinalaram ter sido bom e 54,2% ótimo (na soma, 95,6%). A qualidade da programação científica recebeu avaliação ainda melhor, tendo sido considerada boa por 35,3% e ótima por 60,8%, o que corresponde a um total de 96,1 de avaliações positivas.

Os principais pontos positivos apontados nesse levantamento referem-se à recepção dos palestrantes; alta qualidade científica; muito conteúdo interessante; congresso abrangente e com bom nível científico; palestras ministradas objetivas e fundamentais para o crescimento da área; nível de conhecimento; pontualidade e ambiente.

Alguns aspectos, no entender dos entrevistados, podem ser aprimorados, como palestras com bons assuntos ao mesmo tempo; aplicativo deve ser melhor explorado; salas dos cursos muito apertadas; atividades paralelas ao mesmo tempo; necessidade de cadastramento para cursos e workshops não pagos; temas de maior interesse (como Oncologia, Consultório) foram disponibilizados em salas pequenas e restritas. Com relação à definição das salas, que em alguns casos receberam um número maior de participantes do que estava estimado, a diretoria da SBU-SP esclareceu que não dispôs previamente do mapeamento de presença nos congressos anteriores e, por isso, não teve como prever a demanda por temas. No CPU deste ano todos esses dados foram registrados, o que permitirá à organização do próximo evento definir as salas em função do interesse real que cada tema desperta.

SBU–SP, EM PARCERIA COM APM, É PIONEIRA NO APOIO AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Marco Aurélio Lipay é delegado da APM e representante da Comissão de Defesa Profissional da SBU-SP

Todos sabemos que o governo cubano suspendeu de modo súbito o programa Mais Médicos, no último mês de novembro, e dessa forma convocou o imediato retorno de todos os 8.602 cubanos integrados no programa Mais Médicos do Brasil (8.301 cubanos atendiam em cidades brasileiras e outros 301 em distritos sanitários indígenas). Essa atitude, por parte de Cuba, teve grande repercussão na mídia, gerando preocupação com eventual desassistência à saúde, porém não foi lembrado que abandonar um posto de atendimento no Brasil é uma infração ao código de Ética Médica prevista no Capítulo III, artigos 8 e 9. Apenas nove dias após o anúncio e início da retirada dos cubanos, o próprio Ministério de Saúde do Brasil informou que já se encontravam inscritos 25.901 médicos no programa e, destes, 7.514 haviam completado o cadastro e escolhido o município onde atuariam. Das vagas deixadas, 92% encontravam-se preenchidas por médicos portadores de diplomas regularmente obtidos ou revalidados no Brasil. Não surpreende a rápida resposta dos médicos brasileiros e os principais motivos são: o Brasil conta com 458.329 médicos em atividade (além de 329 escolas médicas); 30 mil médicos formados a cada ano; além disso, em 2014 os médicos brasileiros que perderam postos para os cubanos manifestaram o desejo de retomar o trabalho.

O problema enfrentado não se resume apenas em preencher vagas abandonadas; também foi apurado, mesmo em cidades de médio e grande porte, que as condições de atendimento e trabalho não são as melhores e desse modo podem gerar dificuldades de trabalho e atendimento aos colegas médicos, além de riscos ao paciente. Em reunião de Delegados da Associação Paulista de Medicina (APM), realizada na cidade de São Paulo no último dia 24 de novembro, o dr. José Luiz Gomes do Amaral, presidente da APM, destacou o apoio da Associação ao novo governo e lembrou que nos municípios do estado de São Paulo os profissionais do Mais Médicos contarão com o apoio integral das 75 regionais da Associação Paulista de Medicina. Além disso, convocou todas as Sociedades de especialidades a prestar apoio técnico-científico com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão clínica dos profissionais médicos que integram o programa Mais Médicos no estado de São Paulo. Nesse mesmo momento e de modo pioneiro, a SBU-SP manifestou seu apoio e prontificou-se publicamente a disponibilizar informações urológicas, mediante cadastro prévio dos colegas médicos que atuam no estado de São Paulo.

Essa mesma solicitação ocorreu no dia 26 de novembro de 2018 em reunião da Comissão Estadual de Saúde Suplementar, na sede da APM, por parte do dr. José Luiz Gomes do Amaral e novamente a SBU-SP reforçou o compromisso público, assumido anteriormente, e iniciou os trabalhos que têm por objetivo integrar os sistemas de informática da SBU-SP e APM, via link, visando imediato acesso ao Manual de Urologia de Consultório, cujo editores são os drs. Flavio Trigo Rocha, Armando dos Santos Abranches e André Farinhas Tomé, que estará disponível no site da SBU-SP.

Esperamos que atitudes como essa sejam o embrião da reconstrução do sistema de saúde e, porque não, educacional em nosso pais.

VEJA O QUE FOI TRATADO NA

9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA DIRETORIA DA SBU–SP

No dia 2 de novembro foi realizada a 9ª Reunião Ordinária da Diretoria da SBU-SP. Na abertura o dr. Iderpól Toscano Jr., 1º tesoureiro da entidade, apresentou os saldos bancários até aquela data: R$ 319.545,41 na conta de eventos e R$ 4.206,06 na conta administrativa, perfazendo um saldo total de R$ 323.751,47. O saldo da aplicação é de R$ 1.838.133,88.

O dr. Flavio Trigo, presidente da SBU-SP, informou sobre as dificuldades enfrentadas para realizar o Uro-Onco Litoral, em razão do adverso cenário econômico do país, que impactou também a comercialização do evento junto às empresas patrocinadoras. Assim mesmo, foram arrecadados R$ 150.000,00. O dr. José Carlos Truzzi, 1º Secretário da entidade, salientou a necessidade de desenvolver estratégias para a comercialização do evento do ano que vem. Depois da próxima edição o Uro Onco Litoral passará a ser realizado em anos alternados. O dr. Alexandre Cesar Santos acrescentou que no próximo ano será mantida a transmissão de cirurgias, mas serão gravações editadas e não ao vivo. Para o dr. Armando dos Santos Abrantes, vice-presidente da entidade, a realização do Uro-Onco Litoral é um marco para SBU-SP. Ainda em relação a esse evento, o dr. Flavio Trigo informou que a Manole gravou todas as palestras e o material será comercializado, com receita revertida para a SBU-SP.

Novembro Azul foi outro tema abordado. A programação incluiu abertura na APM de Santos, caminhada e iluminação de sete pontos turísticos na cidade de São Paulo, além de entrega de panfletos educativos, entrevistas em veículos de comunicação e palestras programadas durante todo o mês.

O dr. Trigo informou sobre a realização do Curso Ethicon, dia 30 de novembro, no auditório da Johnson & Johnson Institute, patrocinado pela Johnson & Johnson. Ele também adiantou que já na próxima Jornada Paulista de Urologia, a ser realizada entre 11 e 13 de abril do próximo ano, “teremos o Consenso”. O dr. Iderpól assinalou, ainda em relação à Jornada, que a expectativa é gerar um lucro de aproximadamente R$ 300 mil. Segundo o dr. Flavio Trigo, o dr. Armando será o presidente da parte cientifica e já está confirmada a participação de seis convidados internacionais.

Foi definido, por último, que o Congresso Paulista de Urologia de 2020 será realizado novamente no WTC.

ESTE ESPAÇO É SEU

Caro urologista, utilize este espaço para divulgar o lançamento de livros ou informações de utilidade pública. Mande suas sugestões pelo e-mail sbu.sp@uol.com.br ou para a SBU-SP, rua Tabapuã, 1123 Conj. 101 – CEP 04143-014, aos cuidados do Editor do BIU.

ENTREVISTADO: DR. CRISTIANO MENDES GOMES, MÉDICO E PESQUISADOR

"É IMPOSSÍVEL FAZER PESQUISA SEM FINANCIAMENTO"

A pesquisa é um aspecto muito importante da atividade médica e da área de saúde em geral. Entretanto, não faz parte do dia a dia da maioria dos urologistas e, de modo geral, dos médicos. De acordo com o urologista e pesquisador Cristiano Mendes Gomes, "os profissionais têm algum contato com a pesquisa na graduação e na residência. Em alguns hospitais há um enfoque mais acadêmico, notadamente em hospitais universitários, mas é um contato insuficiente para criar o interesse pela pesquisa na maioria dos médicos".

O dr. Cristiano Mendes Gomes se interessa pela pesquisa clínica e pela pesquisa básica desde que terminou a residência no HC-FMUSP. Fez um fellowship de pesquisa na Universidade da Pennsylvania e, posteriormente, doutorado na FMUSP. Tem atuado como professor e orientador da pós-graduação em Urologia da FMUSP, onde ministra uma disciplina sobre captação de recursos para pesquisa. Nesta entrevista, o dr. Cristiano detalha quais são as principais fontes de financiamento disponíveis, discorre sobre os entraves enfrentados pelos pesquisadores brasileiros e, com base em suas experiências, oferece algumas valiosas recomendações para jovens médicos que queiram ingressar na área da pesquisa.

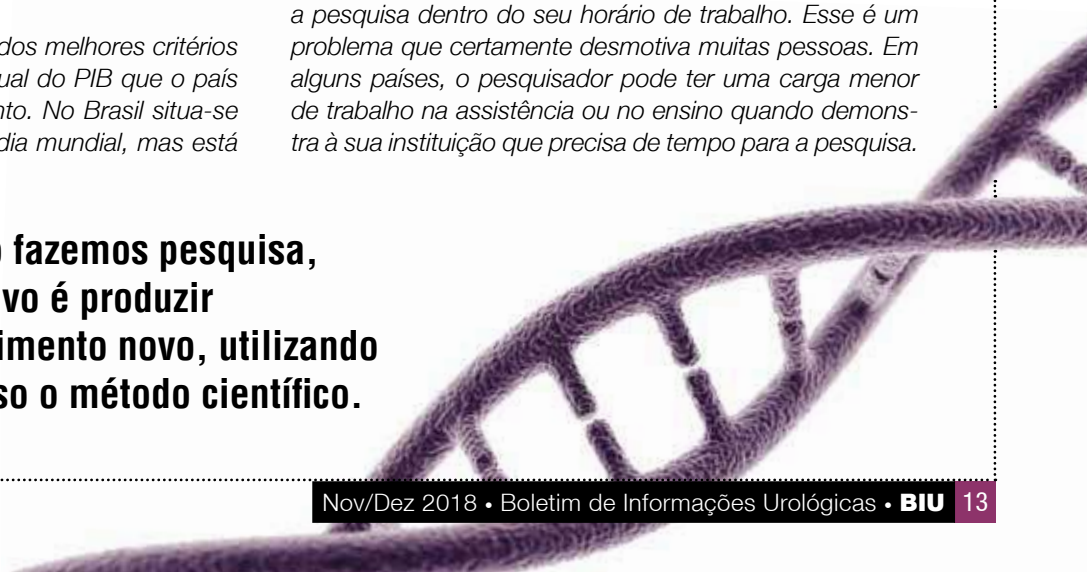
BIU: Como o sr. passou a se interessar pela pesquisa?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: Sempre admirei os professores que apresentavam novidades científicas em aulas e congressos, desde que entrei na residência. Ao avaliar seu perfil, notei que quase todos eram cientistas, ou seja, pessoas ligadas à pesquisa. E isso me despertou o interesse por fazer o fellowship em pesquisa nos Estados Unidos, onde pude aprofundar meu aprendizado do método científico e compreender melhor a importância da pesquisa em vários aspectos da atuação médica. Desde então, continuo dedicando parte do meu tempo para a ciência. Quando fazemos pesquisa, o objetivo é produzir conhecimento novo, utilizando para isso o método científico.

BIU: Qual a importância do financiamento para o avanço da pesquisa na área médica?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: Temos vários bons pesquisadores na Urologia do Brasil. Nas diversas subespecialidades da Urologia, sempre tivemos muitos bons pesquisadores, quase todos ligados à universidade. Há cerca de 20 anos, não percebíamos a importância de ter financiamento para realizar pesquisas. A maior parte dos estudos nas especialidades cirúrgicas era de natureza retrospectiva, feita por residentes através da revisão de prontuários. Hoje sabemos que é impossível fazer pesquisa de qualidade sem financiamento, até porque qualquer projeto de pesquisa passa pela aprovação de um comitê de ética em pesquisa, que vai querer saber quem vai financiar esse estudo. Isso tem sido muito bom por vários motivos: força o pesquisador a aprimorar seu projeto de pesquisa e a prever a necessidade de ter o financiamento para fazer seus estudos. Como consequência, melhores projetos de pesquisa são elaborados. Por outro lado, a necessidade de obter financiamento pode ser um obstáculo e contribuir para afastar pessoas que poderiam se interessar pela atividade científica.

BIU: Em comparação com outros países, como avalia a situação da pesquisa no Brasil?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: Um dos melhores critérios de comparação é avaliar o percentual do PIB que o país dedica a pesquisa e desenvolvimento. No Brasil situa-se entre 1% e 2%. Está abaixo da média mundial, mas está acima de vários países da América Latina. É um percentual inferior ao de países como os Estados Unidos e nações desenvolvidas da Europa. Países como Israel e Coréia do Sul investem mais de 4% do PIB neste setor. Como nos últimos anos vivemos um período de muita dificuldade econômica, uma das primeiras áreas a terem suas verbas reduzidas é justamente a de pesquisa e desenvolvimento, porque não há uma política de Estado que garanta as verbas para essa área.

No Estado de São Paulo vivemos uma situação um pouco diferente da do resto do país, porque a Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) faz um trabalho magnífico há muitos anos. Ela tem um provisionamento de recursos que vem de uma lei estadual, que destina 1% da receita tributária do estado para o financiamento de pesquisa. A FAPESP tem aprimorado cada vez mais os processos e tem havido ultimamente um foco maior em pesquisas que tenham impacto real para a sociedade, tanto gerando riqueza (desenvolvimento de patentes) como melhorando a assistência à população. Isso é fundamental. A Fapesp é, no nosso Estado, a principal fonte de financiamento de pesquisas e a área da saúde representa uma porcentagem significativa do que é gasto em pesquisa e desenvolvimento pelo governo.

BIU: Quais são os entraves enfrentados pelo pesquisador?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: De maneira geral, quase nenhum agente financiador paga salário ao pesquisador. A única situação diferente é quando a indústria farmacêutica procura um pesquisador e o convida a desenvolver um estudo. Em outras circunstâncias, espera-se que o pesquisador tenha um vínculo com alguma instituição, geralmente hospital ou universidade, e que o salário dele seja coberto por essa instituição. O problema é que, de maneira geral, os hospitais e as universidades não protegem o tempo do médico para a pesquisa,. Assim, o pesquisador precisa continuar fazendo suas atividades normais de assistência e ensino e deve arrumar um jeito de espremer a pesquisa dentro do seu horário de trabalho. Esse é um problema que certamente desmotiva muitas pessoas. Em alguns países, o pesquisador pode ter uma carga menor de trabalho na assistência ou no ensino quando demonstra à sua instituição que precisa de tempo para a pesquisa.



Quando fazemos pesquisa, o objetivo é produzir conhecimento novo, utilizando para isso o método científico.

BIU: Além desse, quais os outros gargalos?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: *A pesquisa em geral no Brasil, e não apenas na área médica, enfrenta outros entraves importantes. Um deles é a burocracia. Para aprovar um projeto de pesquisa a burocracia é extensa, muitas vezes é confusa e difere de uma instituição para outra. Perde-se muito tempo preenchendo formulários para diferentes órgãos. Outra dificuldade são os prazos para conseguir, por exemplo, importar um produto ou aprovar um estudo. A CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -, que é o órgão federal de controle das pesquisas, demora vários meses para aprovar um projeto de pesquisa. Em outros países esse prazo é bem menor. O resultado disso é que muitas indústrias deixam de trazer importantes estudos de novos medicamentos para o Brasil. No caso de uma droga nova, por causa do excesso de burocracia, podem perder meses à espera dos trâmites da CONEP. Outro limitante no que se refere aos estudos com novas drogas no Brasil é a exigência usual de fornecimento pelo resto da vida daquele medicamento que vai ser testado, para os pacientes que participarem da pesquisa.*

BIU: Além da Fapesp, em São Paulo, quais são as outras fontes importantes de financiamento de pesquisas?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: *O CNPq é uma agência federal vinculada ao Ministério da Educação que também tem o papel de financiar pesquisas, mas nos últimos anos a verba disponível para pesquisa diminuiu bastante.*

A indústria farmacêutica financia pesquisas de três maneiras. A primeira é quando ela tem interesse em fazer uma pesquisa. Geralmente desenha o estudo que quer fazer e custeia todas as etapas do estudo. A maioria desses estudos são multicêntricos, internacionais. Normalmente, são ensaios clínicos para testar uma nova droga, uma nova indicação, e os pesquisadores pegam o pacote feito. Não ajudam a desenvolver o estudo, mas simplesmente vão incluir pacientes e são ressarcidos por isso. A vantagem de participar desses estudos, pelo lado do pesquisador, é que muitas vezes se trata de uma droga nova, o que vai possibilitar utilizar essa droga com seus pacientes antes e, também, permite fazer um networking com outros pesquisadores importantes. Esse tipo de estudo é feito com um controle muito grande, o que faz com que o pesquisador fique afeito às boas práticas de pesquisa clínica. Outro motivo é o financeiro. Geralmente o que se paga é mais do que se gasta e o saldo pode ser utilizado com outras pesquisas, conforme o acordo com a instituição de cada um, ou para remunerar outros profissionais envolvidos com o estudo.

A segunda forma de ter apoio da indústria farmacêutica é quando o pesquisador tem a ideia de utilizar um medicamento de determinada indústria e propõe a ela fazer um estudo. Se for interessante para a indústria ela pode patrocinar o estudo. Geralmente, ela não vai pagar para fazer o estudo, mas vai fornecer os medicamentos e, eventualmente, custear exames. A terceira forma é quase uma doação. O pesquisador apresenta um projeto que pode não ter nenhuma relação com os produtos da empresa e solicita à empresa uma doação, feita por meio de contrato, de forma transparente.

PERFIL

Idade: ***51 anos***

O que o fez se interessar pela especialidade: ***É uma especialidade muito abrangente, oferecendo a possibilidade de trabalhar em diversas subáreas envolvendo cirurgias convencionais e sempre com incorporação de novas tecnologias.***

Locais onde trabalha: ***Hospital das Clinicas da FMUSP, Hospital Sírio Libanês e Hospital Oswaldo Cruz.***

Desde quando atua na especialidade: ***Terminei a residência em 1996 e depois fui preceptor dos residentes. Depois disso fiz fellowship em pesquisa na Universidade da Pennsylvania, na Philadelphia. Comecei a trabalhar como urologista de fato em 1999.***

O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby: ***Gosto de esportes, principalmente basquete. Gosto de vinhos e de cinema.***

Time do coração: ***São Paulo FC.***

Também é preciso lembrar das pesquisas em instituições privadas. Hospitais como o Albert Einstein e o Sírio Libanês, e outros em São Paulo e no Brasil, possuem centros de ensino e pesquisa. Nessas instituições, a pesquisa tem conquistado relevância cada vez maior e atraem pesquisadores de hospitais públicos e de universidades para liderarem os processos de pesquisa. Nesses centros a burocracia é menor da que encontramos em instituições públicas e geralmente possuem disponibilidade de verba um pouco maior. Para ingressar nessa área, geralmente o médico precisa pertencer ao corpo clínico do hospital e iniciar junto a algum profissional que já se dedique à área de pesquisa. Normalmente esses centros não financiam a pesquisa, como os órgãos de fomento ou a indústria, mas oferecem a estrutura para a sua realização. Possuem, por exemplo, estatísticos, enfermeiras de pesquisa, local para avaliar os pacientes, acesso a trabalhos científicos.

Outras fontes importante é a filantropia, em que se busca um único doador ou poucos doadores (pessoas ou empresas), que possam doar para determinados projetos. Há também instituições internacionais com interesse em temas específicos que podem financiar pesquisas em áreas relacionadas a esses temas. A Fundação Bill e Melinda Gates, por exemplo, sempre financia trabalhos em países em desenvolvimento.

BIU: Quais cuidados devem ser observados pelo médico ao tomar conhecimento de uma pesquisa financiada pela indústria farmacêutica?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: *Os estudos financiados pela indústria podem ter um viés muito grande, mas estão cada vez mais sujeitos a alguns mecanismos de controle. Em qualquer estudo que for publicado devem estar muito claros todos os aspectos do projeto que foram feitos com a participação da indústria os potenciais conflitos de interesses dos autores. De modo geral, são estudos feitos com elevado rigor técnico, principalmente os estudos realizados para o lançamento de uma droga. A questão interna de compliance nas indústrias atualmente também é muito importante. É muito difícil uma grande indústria se envolver em alguma pesquisa que não seja transparente, que envolva pagamentos ilícitos para qualquer parte que seja.*

BIU: Mas o médico tem condições de avaliar o grau de credibilidade de determinada pesquisa?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: *Esse é um dos aspectos positivos de se envolver com pesquisa. Permite desenvolver uma capacidade maior para entender quando o estudo é bom e quando tem falhas metodológicas importantes. O fato de ser financiado pela indústria não significa que o estudo seja ruim e que não se deve valorizar seu resultado.*

Para aprovar um projeto de pesquisa a burocracia é extensa, muitas vezes confusa e difere de uma instituição à outra.

Entre os estudos com maior rigor científico muitos são financiados pela indústria. Quando ela tem um produto bom, ela quer comprovar que aquele produto é eficaz para determinada indicação, o que requer estudos caros. Em muitos países, esses estudos têm força quase de lei. Quando uma droga é aprovada pelo FDA, dos Estados Unidos, as seguradoras de saúde daquele país são obrigadas a cobrir aquele medicamento para aquela indicação. E o desenho do estudo precisa ser previamente aprovado pelo FDA.

BIU: Que conselho o sr. daria para um jovem médico que queira ingressar na área de pesquisa?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: *Acredito que a melhor dica é se associar com alguém que tenha experiência na área, que já faça pesquisa e conheça os processos e obstáculos. Só assim é possível começar a aprender e passar a ter autonomia para fazer depois os próprios voos. E mais do que se associar, é fundamental colaborar com outros pesquisadores. Hoje em dia a palavre chave em pesquisa é colaboração. Isso é importante para reduzir custos, otimizar gastos e permitir uma visão mais abrangente das questões avaliadas.*

BIU: De que forma as mídias sociais podem ajudar o pesquisador?
Dr. Cristiano Mendes Gomes: *É possível, por exemplo, utilizar o processo de crowdfunding, que é uma espécie de "vaquinha" eletrônica para arrecadar dinheiro para uma pesquisa. Nesse sistema é possível descrever o projeto e quanto mais relevante for para a sociedade e quanto mais for capaz de sensibilizar as pessoas, maior a possibilidade de receber doações. Ainda é pouco utilizado na área de pesquisa, mas tende a aumentar. Eu estou preparando um projeto de crowdfunding para pesquisa. Ainda não está pronto, mas nos próximos meses deveremos lançar. É para fazer um estudo com mulheres com lesão medular, paraplégicas, e o foco é avaliar a sexualidade dessas mulheres.*

Título: Estudo Fase 3, Aberto e Randomizado de Nivolumabe em Combinação com Ipilimumabe, ou com Quimioterapia Padrão, versus Quimioterapia Padrão em Indivíduos com Câncer Urotelial, Irresecável ou Metastático, Previamente Não Tratado

Inclusão de pacientes: Aberto

CA209-901
Órgão emissor: Bristol-Myers Squibb

NCT03036098
Órgão emissor: ClinicalTrials.gov Identifier

Nº 63999317.0.1001.5415
Órgão emissor: Plataforma Brasil - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)

Condição de saúde: Câncer Urotelial, Irresecável ou Metastático, Previamente Não Tratado

País de recrutamento: África do Sul, Alemanha, Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, Chile, China, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Hungria, Itália, Noruega, Países Baixos, Peru, Suécia, Suíça.

Critérios de Inclusão:

• Indivíduos com Câncer Urotelial metastático ou irresecável;

• Indivíduos devem ter ao menos 1 lesão com doença mensurável;

• Indivíduos devem apresentar atividade completa ou, se limitado, deve ser capaz de caminhar e realizar atividades como trabalho de casa ou trabalho de escritório;

• Nenhum tratamento prévio com quimioterapia sistêmica no quadro metastático;

Critérios de exclusão:

• Indivíduos que apresentam doença que seja adequada para terapia local administrada com intenção curativa;

• Indivíduos com Metástases no Sistema Nervoso Central ou metástases leptomeníngeas ativas;

• Indivíduos com doença auto- imune ativa, conhecida ou suspeita são excluídos.

• Indivíduos que tenham realizado tratamento prévio com um anticorpo anti-PD1, anti-PDL1, anti-PDL2, anti-CD137 ou anti-CTLA4, ou qualquer outro anticorpo ou fármaco especificamente direcionado para células T co-estimulação ou vias de checkpoint;

Outros critérios de exclusão e inclusão definidos pelo protocolo serão considerados.

Na medicina integrativa a pessoa está no centro do cuidado e participa ativamente do processo de recuperação ou promoção de sua saúde

MEDICINA INTEGRATIVA:
CONCEITO, PRINCÍPIOS E INTERFACE COM A URO ONCOLOGIA

Denise Tiemi Noguchi, médica responsável pela equipe de Medicina Integrativa do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e coordenadora da pós-graduação em Bases de Saúde Integrativa e Bem-Estar do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa HIAE

"Medicina integrativa é a prática da medicina que reafirma a importância da relação entre o paciente e o profissional de saúde, é focada na pessoa em seu todo, é informada por evidências e faz uso de todas as abordagens terapêuticas adequadas, profissionais de saúde e disciplinas para obter o melhor da saúde e cura *(health and healing)*." Esta é a definição do Consórcio de Centros Acadêmicos de Saúde para Medicina Integrativa nos Estados Unidos, que reúne mais de 60 instituições acadêmicas e sistemas de saúde dedicados ao avanço da medicina e saúde integrativa. Historicamente, a medicina integrativa surgiu da insatisfação de pacientes e profissionais da saúde em relação à abordagem da medicina convencional focada no sintoma e na doença.

Na medicina integrativa a pessoa está no centro do cuidado e participa ativamente do processo de recuperação ou promoção de sua saúde através da sua autonomia e autocuidado, numa relação de parceria com os profissionais de saúde com o objetivo de alcançar o seu bem-estar. O uso de práticas e técnicas complementares ao tratamento convencional é uma das ferramentas utilizadas nesta abordagem, sempre de forma interdisciplinar, integrando aquilo que fizer sentido para a pessoa naquele momento e com evidências claras de segurança e eficácia. Faz-se necessário, portanto, diferenciar a medicina integrativa da medicina alternativa, pois o termo alternativo significa deixar de usar um método em detrimento de outro, em contraposição e substituição ao convencional e isto não é medicina integrativa. Quando as medicinas tradicionais - como a medicina chinesa, medicina ayurvédica, medicina popular brasileira - são incorporadas no tratamento pela medicina integrativa, o tratamento convencional utilizado no nosso sistema de saúde continua a ser adotado e as práticas escolhidas são devidamente informadas em evidências e escolhidas com responsabilidade.

No Brasil, desde 2006 temos a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que oferece e normatiza tratamentos complementares no SUS. Nos últimos dois anos, um total de 29 práticas foram incorporadas, porém os critérios de inclusão permanecem em discussão, já que muitas não apresentam consenso em relação ao nível de evidências. Recentemente numa revisão sistemática Cochrane sobre as últimas dez práticas incluídas em março de 2018, apenas uma delas apresentou nível de evidência considerável no seu uso. Desta maneira, é muito importante que a medicina integrativa não seja confundida com a simples oferta de terapias ou práticas complementares de forma aleatória ou para o manejo exclusivo de sintomas.

Nesta abordagem o profissional deve olhar para a pessoa no seu todo, o que inclui sua história de vida, seus hábitos relacionados ao seu autocuidado como alimentação, atividade física, relacionamentos, espiritu-

alidade, relação com o meio ambiente. A partir destas informações obtidas através da presença e da escuta atenta, inclui-se informações sobre suas queixas e doenças para estabelecer um plano de cuidado individualizado, respeitando sua autonomia.

A formação dos profissionais que atuam nesta área também é uma preocupação, já que no Brasil não há um órgão que regulamente esta prática. Nos Estados Unidos o National Center for Integrative and Complementary Health (NCICH) é o órgão oficial ligado ao National Institute of Health (NIH). A primeira pós-graduação latu senso em medicina integrativa no Brasil começou em 2013 no Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE), que está na sua 10ª turma e conta com mais de 300 profissionais formados. É um desafio reunir profissionais da saúde, terapeutas de práticas complementares, educadores e pessoas interessadas em promover a saúde num mesmo ambiente em prol da pessoa que merece receber o melhor que a medicina tem a oferecer.

As principais práticas e terapias oferecidas na medicina integrativa são: acupuntura, yoga, meditação, massagem, terapias de toque, técnicas de relaxamento, entre outros, além do uso de suplementos dietéticos, fitoterápicos e outros produtos naturais. O uso indevido destes produtos pode levar a eventos adversos por interação medicamentosa e toxicidade, por isso é extremamente importante que os profissionais da saúde perguntem para os pacientes se fazem uso de algum produto.

ONCOLOGIA

A medicina integrativa aplicada na área da oncologia é bastante difundida nos Estados Unidos, com centros de excelência que oferecem a oncologia integrativa, como o MD Anderson CAncer Center, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Dana-Farber Institute, Mayo Clinic, entre outros. A Society for Integrative Oncology (SIO) foi criada em 2003 e possui jornal indexado desde 2004, com publicações científicas na área e uma conferência anual que está na sua 15ª edição, reunindo profissionais para discutir as novas abordagens, evidências e formas de integrar cada vez mais as práticas complementares na oncologia.

Este ano, pela primeira vez, a American Society for Clinical Oncology (ASCO), endossou o guideline da SIO com as evidências científicas sobre o uso de terapias integrativas em mulheres com câncer de mama durante o tratamento e pós-tratamento. Certamente esta atitude facilitará a comunicação entre os profissionais sobre as terapias mais indicadas, de acordo com seu nível de evidência e aplicabilidade. Estudos indicam que o uso de terapias integrativas e complementares por pacientes com câncer é de 33-47% em geral, mas em grandes centros de referência americanos, como no MD Anderson e no Memorial, este número chega a 69-83%. A busca por estas terapias está relacionada principalmente com o desejo do paciente de melhorar suas chances de cura, participar ativamente do processo e diminuir os efeitos colaterais do tratamento oncológico.

Em oncologia há cada vez mais evidências associando

fatores biocomportamentais - como dieta, atividade física, sono, estresse, depressão - com alterações no sistema endócrino e consequentemente imune, de forma que hábitos e comportamentos não-saudáveis podem favorecer o aparecimento de doenças como o câncer e metástases, associados a outros fatores que influenciam a biologia tumoral.

Por outro lado, recomendações como a prática de atividade física, dieta pobre em gordura e rica em vegetais e frutas, práticas mente-corpo como yoga, acupuntura e grupos de suporte psicoterápico podem contribuir para melhor sobrevida dos pacientes com câncer. O National Comprehensive Cancer Network - NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), principal guia de referência em oncologia nos EUA, inclui as seguintes intervenções integrativas para controle de dor persistente após medidas farmacológicas em pacientes adultos: massagem, acupuntura, yoga, mindfulness (MBSR), hipnose/imaginação ativa, treino de relaxamento e apoio espiritual.

SURVIVORSHIP

O impacto do câncer não termina com o seu tratamento. Tanto do ponto de vista emocional relacionado ao diagnóstico de uma doença potencialmente fatal e da possibilidade de recidiva da doença, quanto pelos efeitos tardios do próprio tratamento. Desta forma, faz-se necessário um seguimento para além do fim do tratamento oncológico, seja ele quimioterapia, cirurgia, radioterapia ou imunoterapia, hormonioterapia, entre outros.

O período que se segue é conhecido internacionalmente como survivorship. Mas pela definição do National Institute of Health (NIH), a partir do momento do diagnóstico de câncer o paciente é considerado um survivor, e assim permanece ao longo de toda a sua vida. As diferentes fases do survivorship desde o diagnóstico incluem o tratamento oncológico, a fase de consolidação, manutenção e pós-tratamento. Desde 2006 o NIH preconiza as denominadas clínicas de survivorship com o foco específico nesta população que aumenta a cada ano com o avanço nas técnicas de diagnóstico precoce e tratamento, além da longevidade que está relacionada com maior incidência de câncer na população.

No Brasil, o Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein lançou o Programa Integrado Pós-Câncer Survivorship com uma equipe multiprofissional que tem o objetivo de apoiar o paciente na retomada do seu dia a dia depois do tratamento da doença através de uma visão global e integrada.

URO ONCOLOGIA

Especificamente na área da urologia, foi realizado um estudo com grupo controle e pacientes com diagnóstico de câncer de próstata baixo risco comprovado por biópsia, fora de tratamento, submetidos a modificações no seu estilo de vida e acompanhados durante cinco anos. Foram submetidos a dieta rica em vegetais, fibras, frutas e pobre em gordura e carboidratos refinados, atividade física de moderada intensidade por 30 minutos seis vezes por semana, técnicas de manejo de estresse com alongamentos baseados na yoga, técnicas de respiração, meditação e visualização com relaxamento progressivo 60 minutos/dia e grupo de apoio uma vez por semana durante três meses.

Na avaliação do comprimento dos telômeros e atividade da telomerase em relação ao grupo controle houve diferença significativa, com maior comprimento no grupo de intervenção, podendo estar relacionado à maior sobrevida. As limitações do estudo foram amostras pequenas com dez pacientes com câncer de próstata e 25 pessoas no grupo controle, além de não ter sido randomizado. Mudanças no estilo de vida implicam em vários fatores, sendo difícil controlar o viés de cada intervenção. De forma geral não podemos afirmar que as mudanças no estilo de vida estão relacionadas com melhor sobrevida ou prognóstico nos pacientes fora de tratamento por câncer de próstata, principalmente no grupo de alto risco.

Apesar da escassez de evidências na população de pacientes em tratamento, a ASCO apresenta para pacientes survivors de câncer de próstata recomendações para a promoção da saúde:

- Atingir ou manter seu peso saudável com consumo limitado de alimentos altamente calóricos e refrigerantes, aumentar atividade física;
- Realizar pelo menos 150 minutos de atividade física por semana, incluindo exercícios com peso;
- Manter dieta com alto consumo de frutas, vegetais e grãos inteiros;
- Consumir uma dieta rica em micronutrientes e vegetais ricos em fitoquímicos, baixa gordura saturada;
- Ingerir pelo menos 600UI de vitamina D por dia e consumir adequadamente alimentos como fontes de cálcio sem exceder 1200mg/dia;
- Evitar ou limitar o consumo de álcool para não mais do que 2 copos/dia, e
- Oferecer programas de cessação ao tabagismo e evitar produtos relacionados ao tabaco.

Os desafios da medicina integrativa vão muito além de incluir práticas integrativas e complementares. A parceria do profissional da saúde com o paciente, a interdisciplinaridade e o rigor ao avaliar as evidências e indicações de terapias e práticas respeitando sempre a autonomia e desejo do paciente de maneira individualizada fazem a diferença nesta abordagem, que visa promover a saúde, oferecendo o que há de melhor para a pessoa.

UROLOGIA

NEFRECTOMIA CITORREDUTORA

O TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELO UROLOGISTA CELSO HEITOR DE FREITAS JR. E PELO ONCOLOGISTA CLÍNICO ANDREY SOARES.

O papel atual da nefrectomia citorredutora no câncer renal metastático

Celso Heitor de Freitas Jr., doutor em Ciências (Urologia) pela Faculdade de Medicina da USP e membro do Núcleo de Uro Oncologia Cirúrgica da BP — Beneficência Portuguesa de São Paulo

Para nós, urologistas, a nefrectomia citorredutora (NC) sempre foi um dos principais pilares do tratamento do câncer renal metastático. Inicialmente, para o tratamento dos efeitos locais da massa tumoral, como hematúria e dor, principalmente. Posteriormente, como importante etapa do tratamento oncológico, de acordo com os estudos randomizados publicados no início dos anos 2000, nos quais os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico associado à terapia com interferon alcançaram melhores índices de sobrevida global em comparação àqueles que fizeram uso isolado da droga (1). Nos últimos anos assistimos ao surgimento e crescimento da utilização das terapias alvo inibidoras da angiogênese, demonstrando redução da massa tumoral primária (renal) e também de metástases associadas. O melhor resultado terapêutico e a maior tolerabilidade das novas drogas têm reduzido a indicação da nefrectomia citorredutora, principalmente por parte dos oncologistas clínicos, que enxergam pacientes com melhor performance para iniciar o tratamento medicamentoso e, eventualmente, que podem ser melhor selecionados para futura nefrectomia citorredutora. Mas nós, cirurgiões, como devemos abordar este tipo de paciente e qual o papel atual da nefrectomia citorredutora no tratamento do câncer renal metastático?

NEFRECTOMIA CITORREDUTORA NA ERA DA TERAPIA ALVO MOLECULAR

A nefrectomia citorredutora apresentou redução de sua indicação a partir do advento da terapia alvo (TA) molecular no tratamento do câncer renal metastático. Os inibidores tirosina-quinase dos receptores VEGF Sunitinib e Pazopanib, e o anticorpo monoclonal anti-VEGF Bevacizumab, são drogas de primeira linha no tratamento do carcinoma de células renais (CCR) metastático, de prognóstico bom e intermediário; enquanto que o inibidor da m-TOR *(mammalian target of rapamycin)* Bevacizumab é recomendado em casos de prognóstico desfavorável. Estas drogas são melhor toleradas e têm melhor resultado comparativamente às citoquinas baseadas no Interferon. Dessa forma, em grande número de casos a indicação da nefrectomia citorredutora como etapa inicial do tratamento do câncer renal metastático foi substituída pela utilização dos inibidores da angiogênese da terapia alvo molecular. A nefrectomia passou a ser "selecionada" para pacientes com boa resposta ao tratamento clínico oncológico inicial.

Benefícios em sobrevida global e em sobrevida livre de progressão têm sido demonstrados em estudos randomizados com pacientes portadores de CCR metastático tratados com vários agentes sistêmicos baseados em TA molecular (2). Dessa forma, temos dois tipos de tratamento que podem ser utilizados na primeira linha da abordagem do CCR metastático: a NC e a TA molecular. Quando optar por um ou outro? Qual a melhor sequência: NC inicial seguida de TA molecular, ou o contrário?

Estudo de coorte recente a partir de dados do NCDB *(National Cancer Database)*, avaliou retrospectivamente dados de 15.068 pacientes diagnosticados com CCR metastático: 6.731 (44.7%) foram submetidos à NC inicialmente, enquanto que 8.337 (55.3%) foram tratados com drogas inibidoras de angiogênese inicialmente (3). Do grupo de pacientes submetidos à NC, 35.1% foram tratados com TA molecular dentro de 60 dias após a cirurgia. Ao final de 90 dias, este número alcançou 45.3%, e aos 6 meses, 48% - ou seja, quase metade dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico com finalidade citorredutora seguiram o tratamento multimodal. Quan-

Pacientes classificados como risco baixo e intermediário são os melhores candidatos à NC

do avaliamos o tratamento clínico inicial, apenas 3.1% dos indivíduos foram submetidos à nefrectomia citorredutora 90 dias após o início do tratamento e ao final de 6 meses este número alcançou o percentual de 4.7%. Considerando o evento morte como causa competidora até a realização da segunda etapa do tratamento (cirurgia ou TA), 10% e 26.5% dos pacientes dos braços NC inicial e TA inicial, respectivamente, vieram a falecer após 90 dias do início do tratamento. Pacientes submetidos inicialmente à NC apresentaram melhores resultados de sobrevida global (SG) comparados àqueles tratados com TA inicialmente: SG média de 16.5 vs 9.2 meses, HR 0.61, 95% IC 0.59-0.64, p<0.001). Foi estratificado grupo de paciente que receberam a NC após uso inicial de TA molecular, sendo identificado melhora dos níveis de SG comparados aos indivíduos que receberam TA isoladamente. Ou seja, a multimodalidade parece melhorar o resultado do tratamento.

O emprego da NC tem sido desencorajado em pacientes de alto risco com prognóstico ruim *(poor risk)*. No MD Anderson Cancer Center, pacientes portadores de critérios desfavoráveis (padrão sarcomatóide em biópsia pré-operatória, hipoalbuminemia, estadiamento T3 ou T4 do tumor primário, linfonodomegalias retroperitoneais e supradiafragmáticas, e/ou metástases sistêmicas sintomáticas) não são considerados bons candidatos à cirurgia, com alto risco de complicações cirúrgicas e perda de *status* para o tratamento sistêmico subsequentemente. Outros centros de referência, como o MSKCC por exemplo, adotam conduta semelhante para avaliar a indicação da NC.

O emprego da NC tem sido desencorajado em pacientes de alto risco com prognóstico ruim

É importante lembrar que a maioria dos estudos fase III que aprovaram o uso dos inibidores dos receptores tirosina-quinase no tratamento do CCR metastático, consideravam como critério de inclusão a realização prévia de nefrectomia citorredutora – demonstrando a importância do tratamento cirúrgico citorredutor nestes pacientes (4).

Apesar de séries retrospectivas reproduzindo o benefício da associação nefrectomia citorredutora e terapia alvo molecular, era necessário a realização de estudo prospectivo randomizado para ratificar esta modalidade de tratamento nesta categoria de pacientes.

CARMENA TRIAL (5)

O estudo CARMENA *(Cancer du Rein Metastatique Nephrectomie et Anti-angiogèniques)* testou o benefício da nefrectomia citorredutora (NC) seguida da terapia alvo (TA) molecular (Sunitinib), comparada com a terapia alvo molecular isoladamente.

Foram incluídos paciente adultos (≥ 18 anos de idade) portadores de carcinoma de células renais tipo claras, comprovado com biópsia, além de documentação rigorosa das metástases. Pacientes com performance preservado (ECOG 0 ou 1), sem a presença de metástases cerebrais – ou metástases cerebrais tratadas, sem sinais de recidiva nas 3 semanas imediatamente subsequentes ao tratamento). Pacientes submetidos a algum tipo de tratamento sistêmico (incluindo inibidores anti-VEGF) previamente foram excluídos do estudo. A randomização foi baseada na estratificação do grupo de risco, seguindo as recomendações do *Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)* (6):

- Karnofsky *performance status* menor que 80;
- Desidrogenase láctica (DHL) 1.5 vezes o valor do limite superior da normalidade;
- Hemoglobina menor que o limite inferior da normalidade;
- Cálcio sérico maior do que 10 mg/dL;
- Tempo entre diagnóstico e tratamento menor do que 1 ano.

Pacientes com um ou dois fatores prognósticos foram classificados como tendo doença de risco intermediário. Frente à presença de três

ou mais fatores: risco desfavorável *(poor risk disease)*. A nefrectomia foi realizada em até 28 dias após o recrutamento, sendo que o Sunitinib deveria ser iniciado de três a seis semanas após a cirurgia.

No grupo de Sunitinib a droga foi iniciada em até 21 dias após a randomização: 50 mg/dia durante quatro semanas, seguidos de 14 dias off – ciclos a cada seis semanas. Tempo de seguimento mínimo de dois anos.

O *end point* primário do estudo foi sobrevida global (OS). Como *end points* secundários: sobrevida livre de progressão, taxa de resposta objetiva (RECIST v1.1), benefício clínico, aderência ao tratamento, nefrectomias no grupo Sunitinib isolado, morbimortalidade pós-operatória e segurança.

O estudo não conseguiu recrutar o número calculado de pacientes dentro da proposta de demonstrar que o Sunitinib fosse não inferior à associação de nefrectomia citorredutora e ao próprio Sunitinib: 450 pacientes recrutados durante 8 anos, sendo que o valor estipulado inicialmente era de 576 indivíduos. No braço da NC, 16 pacientes (7.1%) não foram operados e 40 (17.1%) não receberam tratamento com Sunitinib; ou seja, praticamente 1/4 deste grupo não foi testado. Enquanto isso, no braço da TA, 38 pacientes foram submetidos à nefrectomia num período médio de 11.1 meses após a randomização, para controle de sintomas locais. Ainda no grupo da TA, 11 pacientes (4.9%) não fizeram uso do Sunitinib – número bem menor aos não tratados com a droga no braço da NC (40). Ou seja, os pacientes do grupo cirúrgico foram subtratados em maior proporção do que aqueles do grupo da TA, porém a análise estatística de sobrevida global e sobrevida livre de progressão levou em consideração os dados de todos os 450 pacientes inseridos no estudo.

Revisões sistemáticas e metanálises sobre o papel da NC na era da TA molecular já demonstraram que a seleção de pacientes para a cirurgia é fundamental para os melhores resultados de sobrevida global e a câncer, específica. Pacientes classificados como risco baixo e intermediário são os melhores candidatos à nefrectomia citorredutora. Pacientes de prognóstico desfavorável não têm benefício em serem submetidos ao tratamento cirúrgico citorredutor. No CARMENA *trial*, 44.4% dos pacientes do grupo da NC preenchiam critérios de prognóstico desfavorável *(poor risk)*, ou seja, não seriam operados em nenhum serviço de referência com indicação citorredutora, apenas em casos de paliação de sintomas refratários às medidas clínicas, relacionados à presença do tumor primário.

Dessa forma, podemos concluir que o estudo CARMENA não reuniu evidências robustas contra o emprego da nefrectomia citorredutora no câncer renal metastático.

EORTC RANDOMIZED TRIAL 30073 SURTIME (7)

O estudo SURTIME tem por objetivo avaliar a utilização da TA molecular previamente à NC, como abordagem alternativa à NC imediata. Este estudo apresentou dificuldade para recrutamento dos pacientes (como o CARMENA), sendo encerrado 5.7 anos após o início da randomização, com 98 indivíduos. Foram incluídos pacientes portadores de CCR subtipo células claras (biópsia pré-operatória), tumores primários ressecáveis e assintomáticos, e com até três fatores de risco para NC (Culp et al., Cancer 2010)(8). Os pacientes foram randomizados para NC imediata seguida de sunitinib, versus três ciclos de sunitinib seguidos de NC e sunitinib. Os dados disponíveis são relativos à sobrevida livre de progressão e efeitos adversos relacionados à cirurgia. O adiamento inicial da cirurgia permite o início rápido do tratamento sistêmico, não implicando em prejuízos na realização posterior da NC. A cirurgia citorredutora pós-sunitinib parece ser segura, com menor índice de efeitos adversos, readmissões e mortalidade do que a NC imediata – dados iniciais.

A terapia alvo melhorou acentuadamente o tratamento do paciente com CCR metastático. A imunoterapia associada à TA molecular alcançará resultados ainda melhores. Porém, enquanto não obtivermos respostas completas com o tratamento sistêmico, a cirurgia permanece como parte integral da abordagem multidisciplinar na doença metastática: controle do tumor primário (citorredução e/ou paliação) e metastasectomias. A seleção adequada de pacientes é ponto fundamental para o sucesso da nefrectomia citorredutora.

REFERÊNCIAS

1. Flanigan RC, Salmon SE, Blumenstein BA, et al. Nephrectomy followed by interferon alfa-2b compared with interferon alfa-2b alone for metastatic renal-cell cancer. N Engl J Med 2001; 345: 16655-9.
2. Choueiri TK, Motzer RJ. Systemic therapy for metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2017; 376: 354.
3. Bhindi B, Habermann EB, Mason RJ, et al. Comparative survival following initial cytoreductive nephrectomy versus initial targeted therapy for metastatic renal cell carcinoma. J Urol. 2018; 200: 528-34.
4. Culp SH, Tannir NM, Abel EJ, et al. Can we better select patients with metastatic renal cell carcinoma for cytoreductive nephrectomy? Cancer 2010; 116: 3378-88.
5. Mejean A, Ravaud A, Thezenas S, Colas S, Beauval JB, Bensalah K, et al. Sunitinib Alone or after Nephrectomy in Metastatic Renal-Cell Carcinoma. N Engl J Med. 2018;379(5):417-27.
6. Motzer RJ, Mazumdar M, Bacik J, Berg W, Amsterdam A, Ferrara J. Survival and prognostic stratification of 670 patients with advanced renal cell carcinoma. J Clin Oncol. 1999;17(8):2530-40.
7. Bex A, Mulders P, Jewett M, et al. Surgical safety of immediate versus deferred cytoreductive nephrectomy (CN) in patientes with synchronous metastatic renal cell carcinoma (mRCC) receiving sunitinib. Data from the EORTC randomized trial 30073 SURTIME. Eur Urol Suppl. 2018; 17(2): e1.
8. Culp SH, Tannir NM, Abel EJ, et al. Can We Better Select Patients With Metastatic Renal Cell Carcinoma for Cytoreductive Nephrectomy? Cancer. 2010; 15: 3378-88

O que muda na prática à luz dos novos dados

Andrey Soares, chair do LACOG – GU (Latin American Coopertative Oncology Group – Câncer Geniturinário), oncologista clínico do Centro Paulista de Oncologia e do Hospital Israelita Albert Einstein

O câncer renal é responsável por 3% a 4% de todas as neoplasia e é a terceira mais comum do trato geniturinário. O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células claras, representando 80% a 85% dos casos. Sua incidência vem aumentando nos últimos anos. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer, 6.270 novos casos são esperados em 2018. Nos EUA somente 16% dos pacientes são diagnosticados com doença metastática, enquanto no Brasil este número sobe para 30%[1,2].

Nos casos metastáticos classificamos os pacientes de acordo com o risco que separam os pacientes em relação à expectativa de vida. Duas são as principais classificações: critérios de Motzer - ou MSKCC - e critérios de Heng - ou IMDC. No primeiro utilizam-se cinco critérios, são eles: performance, tempo do diagnóstico até início do tratamento, DHL, cálcio e hemoglobina (tabela 1). No segundo utilizam-se seis critérios: performance, tempo do diagnóstico até início do tratamento, cálcio, hemoglobina, neutrófilos e plaquetas (tabela 2)[3,4].

SOBREVIDA MEDIANA	
Bom Prognóstico	20 meses
Prognóstico Intermediário	10,3 meses
Mau Prognóstico	3,9 meses

TABELA 1: Critérios de Motzer/MSKCC.

SOBREVIDA MEDIANA	
Bom Prognóstico	43,2 meses
Prognóstico Intermediário	22,5 meses
Mau Prognóstico	7,8 meses

TABELA 2: Critérios de Heng/IMDC.

O tratamento dos pacientes com carcinoma de células claras metastáticos mudou significativamente desde 2005, quando as terapias antiangiogênicas foram introduzidas (tabela 3).

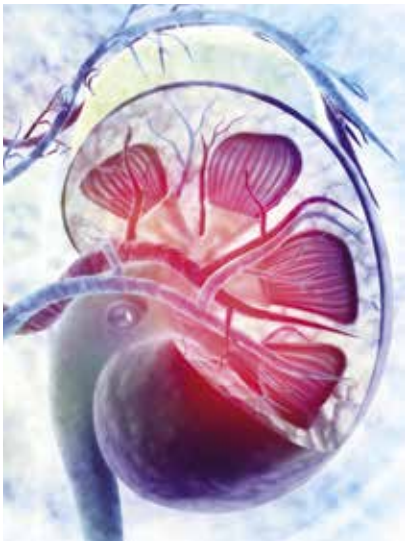
Study	N	ORR (%)	Median PPS (months)	Final Median OS (months)
Phase III				
Sunitinib vs. IFN-α[5]	750	47 vs. 12	11 vs. 5; p<0.001	26.4 vs. 21.8; p=0.051
Bev + IFN-α vs. IFN-α[6]	649	31 vs. 12	10.4 vs. 5.5; p<.001	23.3 vs. 21.3; p=0.1291
Bev + IFN-α vs. IFN-α[7]	732	25.5 vs. 13.1	8.4 vs. 4.9; p<0.0001	18.3 vs. 17.4; p=0.069
Pazopanib vs. placebo[8]	233	32 vs. 3	11.1 vs. 2.8; p<0.0000001	22.9 vs. 23.55; p=0.525
Temsirolimus vs. IFN-α[9]	626	8.6 vs. 4.8	5.5 vs. 3.1; p<0.001	10.9 vs. 7.3; p=0.0069
Pazopanib vs. Sunitinib[10]	1110	31 vs. 25	8.4 vs. 9.5; Non-inferior	28.4 vs. 29.3; Non-inferior
Phase II				
Sorafenib vs. IFN-α[11]	189	5.2 vs. 8.7	5.7 vs. 5.6; p=0.504	NA

TABELA 3: Drogas aprovadas em primeira linha ANVISA (04/09/2018).

Até a chegada destas drogas o tratamento destes pacientes era interferon (IFN) ou interleucina e a nefrectomia citorredutora fazia parte deste arsenal de tratamento. A nefrectomia citorredutora era atraente pois, por haver poucas opções efetivas de tratamento, existia a possibilidade de regressão tumoral após a mesma. Existem alguns estudos com relatos de caso em que a retirada do tumor primário faz com que as metástases regridam e um estudo prospectivo avaliando o papel do IFN após a nefrectomia que mostrou uma regressão das metástases em seis pacientes dos 197 do estudo. A regressão tumoral após a retirada do tumor primário tem algumas possíveis

explicações. A primeira delas é que o tumor primário produz muitas citoquinas que são responsáveis por inibir o sistema imune e, com isto, diminui a vigilância imunológica, deixando com que os tumores cresçam e metastatizem mais. A segunda é que com a retirada do tumor há uma liberação maior de neoantígenos na circulação sanguínea e com o trauma pós-operatório o sistema imunológico fica mais ativo, com isto ataca as lesões metastáticas. A ocorrência de regressão tumoral é descrita em torno de 1% dos casos de câncer renal[12,13,14].

Neste sentido a nefrectomia citorredutora nos pacientes que receberiam IFN após foi confirmada como benéfica em dois estudos clínicos prospectivos e randomizados. No estudo do EORTC 83 pacientes foram randomizados para nefrectomia citorredutora seguido de IFN ou apenas IFN. Os pacientes que foram submetidos a cirurgia tiveram uma sobrevida livre de progressão (5 meses x 3 meses; HR: 0,60, 95% CI 0,36-0,97) e sobrevida global (17 meses x 7 meses; HR: 0,54, 0,31-0,94) melhores que os pacientes que não foram submetidos a cirurgia. Com o mesmo desenho o estudo do SWOG randomizou 246 pacientes e demonstrou os mesmos benefícios em relação a sobrevida global (11,1 meses x 8,1 meses; p=0,05). A análise combinada de ambos estudos mostrou que a nefrectomia citorredutora era benéfica em sobrevida global (13,6 meses x 7,8 meses; HR: 0,69, p-0,002) e deveria fazer parte do tratamento dos pacientes com carcinoma de células claras renais metastáticos[15,16,17]. A partir de 2005, com a incorporação das drogas antiangiogênicas, dúvidas sobre o papel da nefrectomia citorredutora surgiram, infelizmente nos estudos pivotais a incidência de nefrectomia citorredutora foi muito alta, entre 80% e 100%, e com isto difícil mensurar seu verdadeiro impacto. Ela deveu-se ao braço comparador ser o IFN e este era o tratamento padrão



aos pacientes que recebiam IFN, e porque acreditava-se que a ressecção da doença primária seria importante para o tratamento da doença metastática. O mesmo ocorreu com os 4.543 pacientes do acesso expandido, aonde 89% dos pacientes realizaram nefrectomia citorredutora[18].

Diversos estudos retrospectivos em pacientes recebendo terapia antiangiogênica demonstraram benefício da nefrectomia citorredutora. Em um deles 314 pacientes tratados com nefrectomia citorredutora ou não foram avaliados e os pacientes que fizeram a cirurgia tiveram benefício de sobrevida global (19,8 meses x 9,4 meses; HR: 0,44, p<0.01). Os pacientes que fizeram nefrectomia citorredutora eram mais jovens, tinham melhor performance e cálcio normal. Além disto, os pacientes com fator de risco de mau prognóstico, performance < 80, mais que 75 anos e presença de metástases cerebrais não tiveram benefício[19].

Outro estudo retrospectivo, agora da base de dados do Consórcio de Câncer Renal com 1.658 pacientes (982 submetidos a cirurgia) em que todos recebiam terapia antiangiogênica demonstrou uma melhor sobrevida global nos pacientes submetidos a ressecção (20,6 meses x 9,6 meses; HR: 0,6, p<0,0001). Assim como outros estudos os pacientes que apresentavam mau prognóstico nos critérios de Heng, performance < 80, cálcio alterado, anemia, aumento de neutrófilos, aumento de plaquetas e metástases ósseas, hepáticas ou cerebrais tiveram menos chance de serem submetidos a nefrectomia citorredutora. Neste estudo os pacientes que tinham até três critérios de risco de Heng tiveram benefício da cirurgia; os pacientes com mais de três critérios não tiveram benefício[20].

A maior série retrospectiva neste cenário com 15.390 pacientes avaliados demonstrou os mesmos resultados (17,1 meses x 7,7 meses; HR: 0,62, p<0,001)[21]. Diante das dúvidas para qual melhor paciente a ser recomendado nefrectomia citorredutora um estudo do MDACC avaliou o papel da mesma. Assim como nos outros estudos citados os pacientes submetidos a cirurgia eram pacientes de melhor prognóstico. Como achado na análise multivariada a presença de albumina baixa, DHL alto, T3/T4 clínico, sintomas do sítio metastático na apresentação, linfadenopatia retroperitoneal e supraclavicular foram fatores importantes ao desfecho relacionado à cirurgia. Os pacientes que apresentavam 3 ou menos fatores apresentavam benefício em sobrevida global se submetidos a nefrectomia citorredutora, mas os pacientes que apresentavam 4 ou mais fatores não tinham benefício[22].

Assim como critérios clínicos e laboratoriais citados, o volume tumoral ressecado também é importante. Alguns estudos demonstram que o volume tumoral ressecado está diretamente relacionado ao benefício da nefrectomia citorredutora[23,24]. O estudo SURTIME foi o primeiro prospectivo, mas tinha o objetivo de avaliar se a nefrectomia após uso de sunitinibe teria um aumento de sobrevida livre de progressão em relação aos pacientes que faziam nefrectomia citorredutora ao diagnóstico. Devido a um baixo recrutamento o estudo teve seu objetivo primário modificado

para sobrevida livre de progressão na semana 28. Ao todo 99 pacientes com carcinoma de células claras (predominante) metastático foram randomizados para nefrectomia citorredutora seguido de sunitinib ou sunitinib por 3 ciclos seguido de nefrectomia citorredutora. Os pacientes não poderiam ter mais que três critérios de risco de acordo com os critérios do MDACC citados acima.

Não houve diferença no objetivo primário (SLP na semana 28: 42% x 42,9%, respectivamente) entre as estratégias. De maneira geral, não houve diferença em relação a toxicidade (97,8% x 100%). Outro dado importante foi que o uso de sunitinib antes da cirurgia não aumentou a toxicidade da mesma, inclusive com menores complicações relacionadas a cirurgia (43,5% x 27,5%).

De maneira exploratória, uma vez que o estudo não tinha poder estatístico para responder estas perguntas, na população ITT os pacientes que iniciaram o tratamento com sunitinib tiveram um aumento de sobrevida global (15,1 meses x 32,4 meses; HR: 0,57; p= 0,032). A sobrevida livre de progressão (7,1 meses x 6,8 meses; HR: 0,99; p= 0,965) e a sobrevida global não tiveram diferença na população per protocol (15 meses x 23,7 meses; HR: 0,71; p= 0,225)[25].

O estudo CARMENA foi o único estudo prospectivo randomizado na era do TKI que tentou avaliar o impacto da nefrectomia citorredutora, mas infelizmente, assim como o estudo SURTIME, o mesmo foi interrompido precocemente devido ao baixo recrutamento de pacientes. Os pacientes foram randomizados para realizar nefrectomia citorredutora seguida de sunitinib ou receber apenas sunitinib e o objetivo primário era avaliar a não inferioridade do braço que recebia apenas sunitinib em comparação aos que fariam cirurgia.

O estudo foi positivo para seu objetivo primário com o sunitinib confirmando a não inferioridade em relação ao braço que realizou cirurgia seguida de sunitinib. A sobrevida global foi de 18,4 meses e 13,9 meses, respectivamente (HR: 0,89; IC: 0,71 – 1,10). Este benefício aconteceu independente dos critérios de risco dos pacientes (prognóstico intermediário e mau). A sobrevida livre de progressão e a taxa de reposta foram semelhantes em ambos os braços (29,1% e 27,4% respectivamente), porém o benefício clínico foi maior nos pacientes que receberam sunitinib apenas (47,9% x 36,6%; p= 0,02). A incidência de eventos adversos foi maior nos pacientes que receberam sunitinib apenas (42,7% x 32,8%; p= 0,04), provavelmente relacionado ao maior tempo de exposição ao tratamento. A seleção inadequada dos pacientes em relação aos critérios prognósticos, volume tumoral e ausência de cirurgia em aproximadamente 18% dos pacientes que deveriam realiza-la, assim como a mesma proporção de cirurgia nos pacientes que não deveriam, são alguns dos pontos críticos deste estudo (Tabela 5).

	Sunitinib	Nefrectomia Citorredutora + Sunitinib
Critérios Prognósticos		
Intermediário	58,5%	55,6%
Mau	41,5%	44,4%
Volume Tumoral		
Primário (mediano, mm)	86	88
Metastático (mediano, mm)	144	140

TABELA 5: Demografia dos pacientes

De acordo com a literatura atual, o que podemos concluir é que a seleção adequada dos pacientes e a discussão multidisciplinar são peças fundamentais para o melhor resultado. Para selecionar adequadamente os pacientes, a avaliação dos critérios prognósticos (MSKCC e IMDC), critérios do MDACC, sítio de metástases (fígado, SNC), performance, idade avançada e volume tumoral são critérios importantes para a decisão terapêutica. Além deles, a discussão de iniciar o tratamento sistêmico antes e reavaliar após alguns ciclos para melhor seleção dos pacientes passa a ter maior papel nos dias atuais.

REFERÊNCIAS
1. CA Cancer J Clin. 2018 Jan;68(1):7-30
2. http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/
3. Motzer RJ, et al. J Clin Oncol. 1999;17:2530–2540
4. Heng DYC, et al. J Clin Oncol. 2009; 27:5794–5799
5. Motzer RJ, et al. J Clin Oncol. 2009;27:3584–3590
6. Escudier B, et al. J Clin Oncol. 2009;27(Suppl 15S):5020 (Abstract)
7. Rini B, et al. J Clin Oncol. 2009;27(Suppl 15S):LBA5019 (Abstract)
8. Sternberg C, et al. J Clin Oncol. 2010;28:1061–1068
9. Hudes G, et al. N Engl J Med. 2007;356:2271–2281
10. Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2013;369:722–731
11. Escudier B, et al. J Clin Oncol. 2009;27:1280–1289
12. Elhilali MM, et al. BJU Int. 2000 Oct;86(6):613-8
13. Maruschke M, et al. World J Clin Urol 2014 November 24; 3(3): 201-208
14. Aniszewska AD, et al. Wspolczesna Onkol 2013; 17 (2): 123–127
15. Mickish GH, et al. Lancet. 2001 Sep 22;358(9286):966-70
16. Flanigan RC, et al. N Engl J Med. 2001 Dec 6;345(23):1655-9
17. Flanigan RC, et al. J Urol 2004;171:1071-1076.
18. Gore ME, et al. BJU 2015;113:12-19.
19. Coueiri TK, et al. J Urol. 2011 Jan;185(1):60-6
20. Heng DY, et al. Eur Urol. 2014;66:704–710
21. Hanna N, et al. J Clin Oncol. 2016 Sep 20;34 (27):3267-75
22. Culp SH, et al. Cancer. 2010 Jul 15;116(14):3378-88
23. Pierorazio PM, et al. BJU Int. 2007 Oct;100(4):755-9
24. BarbastefanoJ, et al. BJU Int. 2010 Nov; 106(9):1266-9
25. Bex A, et al. Annals of Oncology, Volume 28, Issue suppl_5, 1 September 2017. LBA35
26. Mejean A, et al. N Engl J Med. 2018 Aug 2;379(5):417-427

Centro de Tratamento de Cálculos do Trato Urinário por Litotripsia Extra Corpórea

O LITHOCENTER ao completar seus 28 anos de existência, realizou mais de 80.000 litotripsias extracorpóreas com excepcionais resultados, em média 3% somente de reaplicações e taxa de sucesso maiores que 97%.

O paciente pode ser acompanhado por seu médico durante todas as fases do tratamento.

• Litotripsia Extra Corpórea

Nossos equipamentos de última geração em Litotripsia Extracorpórea por ondas de choque eletromagnéticas, modelo GEMINI, DELTA E SIGMA da DORNIER MEDTECH, com localização dos cálculos por ultrassom ou radioscopia, estão a disposição para tratamento de cálculos renais e ureterais, em regime ambulatorial. Anestesistas e enfermagem especializada em todas as salas.

• Estudo Urodinâmico

Dispomos de equipamento Dynamed Dynapac MPX 816, operado por urodinamicistas experientes, para diagnostico das disfunções miccionais de qualquer origem.

• Pequenas Cirurgias:

- Biopsia de bolsa escrotal;
- Biopsia de pênis;
- Biopsia de Próstata por Ultrassom;
- Biopsia de Bexiga;
- Cauterização de condiloma;
- Dilatação de Uretra;
- Eletrocoagulação de lesão;
- Exerese de lesão Cutânea;
- Instilação Vesical;
- Meatoplastia Externa;
- Passagem de Cateter na LECO;
- Retirada de Cateter na LECO;
- Pielografia;
- Postectomia;
- Plastica de Freio;
- Vasectomia uni e bilateral;
- Reversão de Vasectomia.

Certificado Dornier Medtech

O Lithocenter S/A, foi reconhecido pela Dornier Medizintechnik - Alemanha, como a clínica líder mundial em números de tratamentos de Litotripsia Extra Corpórea realizados com equipamentos Litotriptores Doli e Campact Sigma.

LITHOCENTER
JABAQUARA

Rua das Perobas, 344 - 2º andar - CEP 04321-120
Jabaquara - São Paulo - Tel.: 11 5011-4266 / 1717 / 9710
e-mail: lithocenter@lithocenter.com.br
blog.lithocenter.com.br • www.lithocenter.com.br

FELLOWSHIP EM URO ONCOLOGIA NO ICESP

CONHEÇA O PROGRAMA OFERECIDO PELO INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO

Foto: Divulgação

O programa foi criado para formar urologistas capazes de chefiar serviços especializados em Oncologia e pesquisas urológicas

Desde 2015 o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) oferece um programa de fellowship com foco em Uro oncologia. De acordo com o dr. Giuliano Betoni Guglielmetti, médico da disciplina de Urologia do HC-FMUSP e coordenador do programa, "o fellowship foi criado para formar urologistas capazes de chegiar serviços especializados em Oncologia e pesquisas urológicas".

A cada ano é admitido um novo participante e o programa tem dois anos de duração. O primeiro é totalmente dedicado a pesquisas. "O fellow participa de reuniões semanais e entra nos projetos de pesquisa, além de participar de um curso de estatística avançada", detalha o dr. Giuliano. O segundo ano é prático, com a realização de cirurgias diárias em uro oncologia e foco em cirurgia minimamente invasiva. Ao destacar os diferenciais desse fellowship, o dr. Giuliano assinala ser "o único programa que prepara o participante não só para a parte prática, mas também para ser capaz de liderar estudos clínicos e, também, ter condições de avaliar com melhor crítica a literatura urológica". Com relação à parte prática, o ICESP possui um grande volume de pacientes e de cirurgias, o que possibilita uma formação completa.

Os interessados em ter mais informações ou que desejarem se candidatar ao programa devem enviar e-mail diretamente para o dr. Giuliano (gbguglielmetti@gmail.com). O requisito é que tenham concluído residência em Urologia. Para o processo seletivo os candidatos devem enviar o currículo e são feitas entrevistas individuais para a definição da vaga.

A OPINIÃO DE UM EX-FELLOW

O DR. HENRIQUE NONEMACHER PARTICIPOU DO PROGRAMA DE FELLOWSHIP DO ICESP ENTRE MARÇO DE 2016 E FEVEREIRO DE 2018. NESTA ENTREVISTA ELE COMENTA A IMPORTÂNCIA DESSA EXPERIÊNCIA PARA SEU APRIMORAMENTO PROFISSIONAL.

BIU - O que o levou a se interessar pelo fellowship?
Dr. Henrique Nonemacher - Quando terminei a residência notei que precisava preencher lacunas na minha formação. O fellow acabou caindo como uma luva em todos os sentidos.

BIU - Qual foi a importância de ter participado desse programa, na ótica do profissional? Como contribuiu em sua prática médica?
Dr. Henrique Nonemacher - O convívio diário com profissionais incríveis em uma instituição reconhecida internacionalmente com certeza me deixaram mais maduro e pronto para encarar o mercado de trabalho.

BIU - Quais os diferenciais do programa fellowship que destacaria?
Dr. Henrique Nonemacher - O programa consiste em dois anos. No primeiro ano, nos dedicamos mais as atividades científicas, com produção, elaboração e auxílio a inúmeros projetos de pesquisa que ocorrem no ICESP. Além disso, tive a oportunidade de acompanhar por dois meses o Global Robotics Institute em Orlando, Flórida, com o Dr. Patel, participando tanto dos trabalhos acadêmicos da instituição como da rotina diária de enfermaria e centro cirúrgico.
No segundo ano, o foco é a assistência, funcionando mais ou menos nos moldes de uma residência, porém focada em uro oncologia, com atividades de enfermaria, ambulatoriais e de centro cirúrgico (cirurgias abertas, videolaparoscópicas e robóticas).

BIU - Há algum ponto que no seu entender poderia ser aprimorado?
Dr. Henrique Nonemacher - Acredito que da maneira que está desenhado está ótimo.

BIU - O programa lhe deu base ou estímulo para ingressar na área de pesquisa?
Dr. Henrique Nonemacher - Com certeza, me tornou um profissional mais completo. Hoje criei o hábito de ler trabalhos e periódicos rotineiramente, além de já estar trabalhando em alguns projetos no Rio Grande do Sul, Estado onde moro atualmente.

PET COM PSMA:

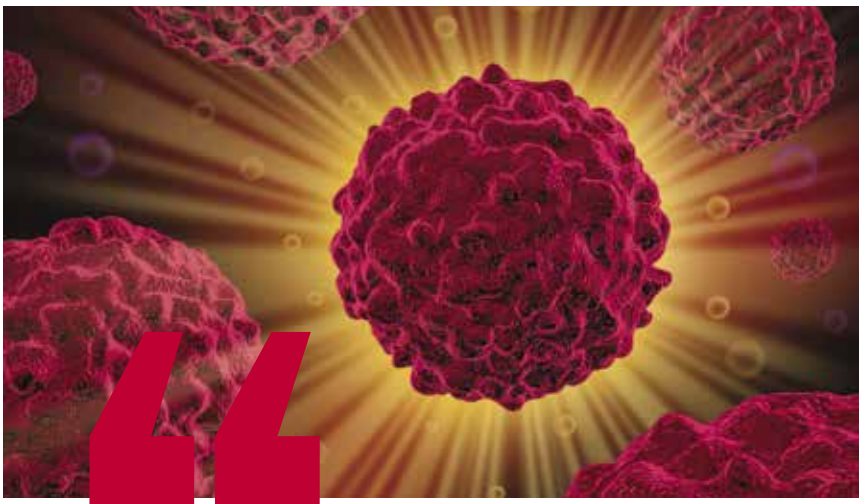
APLICAÇÕES NO MANEJO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Marcelo Livorsi da Cunha, médico nuclear do Serviço de Medicina Nuclear e PET/CT do Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo) e especialista em Medicina Nuclear pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear

PSMA é o acrônimo de antígeno de membrana específico da próstata. É também conhecido como folato hidrolase I ou glutamato carboxipeptidase II. Trata-se de uma glicoproteína de superfície da célula epitelial da próstata, com domínios intracelular, transmembrana e extracelular. Várias funções, incluindo papeis na migração celular, nutrição celular, transporte e transdução de sinal, foram atribuídas ao PSMA, que tem expressão acentuadamente elevada em mais de 90% dos cânceres de próstata (CaP), sobretudo nos mais indiferenciados, metastáticos e hormônio resistentes. Apesar de ser denominado como "específico" da próstata, é também identificado em tecidos/órgãos sadios, como glândulas salivares, lacrimais, intestinos e túbulos renais, além de estar presente no endotélio de peri e intratumoral de neovasos presentes em vários outros tumores, além do CaP. Sabe-se, no entanto, que a expressão de PSMA é 100 a 1000 vezes maior nas membranas de células de CaP quando comparada às células normais[1]. A eventual progressão para resistência à castração determina novos aumentos na expressão do PSMA nas células tumorais[2].

Sua caracterização como alvo molecular para imagens e terapia começa a ganhar grande destaque no início desta década (2011) com a divulgação dos primeiros ensaios pré-clínicos. A partir de 2013 começam a ser publicados trabalhos com pacientes cujos resultados apontavam grande potencial de aplicabilidade clínica[3,4,5].

O radiofármaco mais utilizado mundialmente é o Glu-NH-CO-NH--Lys-(Ahx)-[68Ga(HBED-CC)] (PSMA-11-Ga68). Esse composto, na verdade, é um ligante dessa glicoproteína, atuando como um inibidor, considerando-se que tem atividade funcional enzimática. Após a ligação, o complexo sofre internalização, aspecto que favorece a obtenção de imagens e possibilita a realização de terapia com radioisótopos. É um radiomarcador cuja preparação é relativamente simples e que apresenta características farmacocinéticas bastante favoráveis, destacando-se pronta concentração nas lesões e rápida eliminação por vias urinárias fração não ligada. Em geral, as imagens são obtidas 60 minutos após a sua administração endovenosa. Para a realização do estudo não há necessidade de qualquer preparo por parte do paciente, recomendando-se unicamente boa hidratação, aspecto que favorece uma ótima relação de concentração nos tecidos alvo versus atividade de fundo[6]. Não há registros de reações adversas a esse radiotraçador. Dentre as principais indicações do PET com PSMA-Ga68 destacam-se:



"Na grande maioria dos estudos comparativos, o PET/CT com PSMA-Ga68 mostra maior acurácia, com melhor correlação com os resultados da análise anatomopatológica dos espécimes cirúrgicos

- restadiamento de pacientes com CaP (avaliação de recidivas bioquímicas);
- estadiamento primário;
- diagnóstico de lesão primária;
- seleção de pacientes elegíveis para terapia com PSMA marcado com isótopos beta-emissores (Lutécio-177) ou emissores de partículas alfa (Actínio-225 ou Bismuto-213).

AVALIAÇÃO DE RECIDIVA BIOQUÍMICA

Na investigação das recidivas bioquímicas (RB) vários trabalhos mostram ótimos resultados do PET/CT com PSMA-Ga68 na identificação de lesões responsáveis pela RB, com taxas de detectabilidade elevadas. O trabalho com a maior casuística nesse cenário foi publicado em 2017 por Afshar-Oromieh e colaboradores[5]. Nesse trabalho retrospectivo com 1007 pacientes a taxa positividade foi de 79,5%, ou seja, em 801 dos pacientes estudados foi identificada pelo menos uma lesão sugestiva de doença secundária por CaP. Um outro trabalho, prospectivo e com dois centros envolvidos, foi apresentado neste

ano (2018) no Congresso da Sociedade Americana de Oncologia Clinica (ASCO) e incluiu 250 pacientes. Nesse, a taxa de positividade foi muito semelhante, de 79%, enfatizando o potencial diagnóstico do método nesse cenário[7]. Está bem demonstrada também a relação quase linear entre nível de antígeno prostático específico (PSA) sérico e positividade do estudo nessa investigação. Uma meta-análise publicada em 2016 apontou taxas de positividade do PET/CT com PSMA-Gálio68 de 42%, 58%, 76% e 95% para pacientes examinados com níveis de PSA de 0-0,2, 0,2-1, 1-2 e maior que 2ng/mL, respectivamente[8].

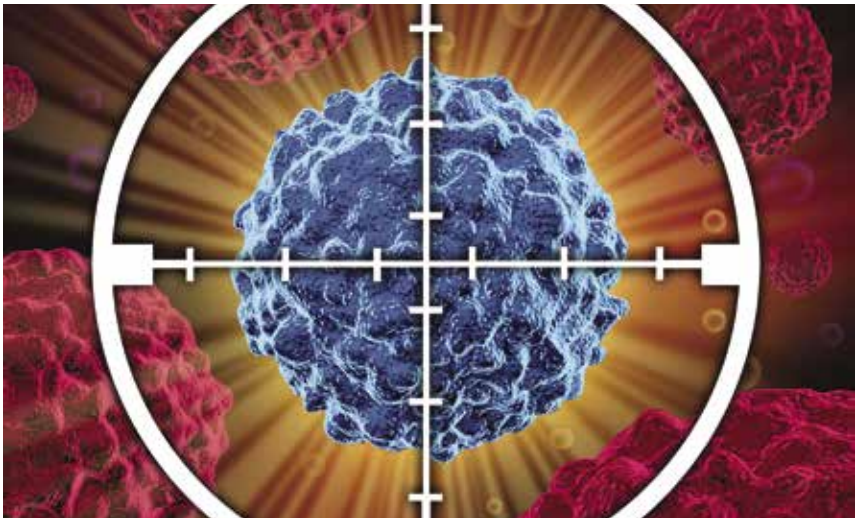
Vale a pena ressaltar que há um número de trabalhos[3,9,10,11] que comparam os resultados do PET com PSMA-Ga68 com os resultados do PET com Colina radiomarcada em RB e, em todos, há nítida superioridade do PET com PSMA-Ga68. Com isso, já há diretrizes internacionais de manejo de CaP que indicam, no contexto de RB, a realização de PET com PSMA-Ga68 alternativamente ao PET com Colina radiomarcada.

DETECÇÃO DE LESÃO PRIMÁRIA PROSTÁTICA

No diagnóstico de lesão neoplásica primária, o PET PSMA pode aumentar a identificação de lesões clinicamente significantes[13]. Em particular, a combinação da ressonância magnética multiparamétrica com imagens funcionais com PSMA-Ga68 tem mostrado aumento da sensibilidade e da acurácia na caracterização de neoplasias clinicamente significantes. O PET/RM, método de imagem híbrido emergente na investigação da neoplasia de próstata, tem destacado valor incremental no diagnóstico da neoplasia primária da próstata[14,15].

ESTADIAMENTO DO CAP

O PET com PSMA-Ga68 tem também mostrado resultados bastante animadores no estadiamento de pacientes com CaP, notadamente nos pacientes portadores de tumores de alto risco[16]. No estadiamento linfonodal há vários trabalhos que comparam os resultados colhidos por meio do PET PSMA-Ga68 com aqueles obtidos com métodos seccionais tradicionais, como a ressonância magnética ou a tomografia computadorizada[17]. Nesses, a avaliação de invasão nodal é indireta, levando-se em consideração a morfologia e, principalmente, o diâmetro do linfonodo. Como consequência, sua sensibilidade é modesta e envolvimentos menos extensos podem não ser detectados. Em geral, como um limite de 10 mm de diâmetro é estabelecido, a sensibilidade de TC ou RM é ao redor de 40%, já que 80% das metástases linfonodais têm menos de 8mm[18]. Na grande maioria dos estudos comparativos, o PET/CT com PSMA-Ga68 mostra maior acurácia, com melhor correlação com os resultados da análise anatomopatológica dos espécimes cirúrgicos. No estadiamento "M", de eventuais metástases à distância, o PET com PSMA-Ga68 também mostra resultados superiores àqueles obtidos pelos métodos tradicionais, mesmo combinados. Particularmente, na avaliação de metástases ósseas, há alguns trabalhos demonstrando maior sensibilidade e acurácia nesse tipo de investigação[19]. Assim, há referências de que no CaP, o PET/CT com PSMA poderia ser exame único no estadiamento, no conceito "one stop shop", substituindo a associação tomografia de abdome (ou ressonância de abdome), cintilografia óssea e tomografia de tórax (quando indicada) nesse propósito.



SELEÇÃO DE PACIENTES PARA TERAPIA COM PSMA (LIGADO A EMISSORES DE PARTÍCULAS BETA OU ALFA)

O PSMA é, ainda, um radiomarcardor com papel teranóstico[19], isto é, tem aplicação tanto para diagnóstico quanto para terapias. Se uma lesão expressa PSMA de forma evidente, ela pode ser não apenas detectada como também ser tratada com um radiofármaco que mostre ligação efetiva nesse sítio, desde que se possa entregar uma alta dose de radiação nessa região. Dessa forma, ao se substituir o radioisótopo que se liga ao PSMA - trocando de um emissor de pósitrons, usado para obtenção de imagens - por um emissor de radiação beta ou alfa, está mantida a afinidade do ligante pelo sítio de ligação, porém se consegue irradiar intensamente essa lesão, com níveis capazes de produzir

danos irreparáveis ao DNA da célula neoplásica, destruindo-a[20,21]. O papel do PET com PSMA-Ga68 é, portanto, fundamental na confirmação de que as lesões secundárias de um paciente com CaP expressam essa glicoproteína de forma aumentada, o que a torna elegível para esse tipo de tratamento. Adicionalmente, o PET com PSMA-Ga68 pode auxiliar na avaliação de resposta a essa terapia indicando, em associação com parâmetros clínicos e dados laboratoriais, se o paciente está (ou não) se beneficiando desse tipo de tratamento e, consequentemente, se ele deve continuar sendo aplicado ou não.

Apesar de sua recente incorporação na prática clínica, já estão publicados alguns artigos que apontam impacto relevante do PET com PSMA no manejo dos pacientes com CaP. Os diferentes autores têm reportado índices que ultrapassam 50% de alterações no planejamento terapêutico/mudança de estádio de pacientes com CaP que se submetem ao estudo de PET com PSMA-Ga68. Uma revisão sistemática com meta-análise publicada recentemente por Han e colaboradores reuniu 15 estudos (que incluíram 1163 pacientes) e apontou mudanças na proposta de tratamento em 54% dos pacientes[22]. Particularmente em indivíduos com RB as mudanças incluíram: redução na proposta de tratamento radioterápico (de 56% para 61%) e aumento na indicação de cirurgia (de 1% para 7%), de terapia focal (de 1% para 2%) tratamentos multimodal (de 2% para 6%) e sistêmico (de 26% para 12%). No estadiamento primário um estudo multicêntrico australiano, também recente, mostrou alterações no estadiamento de 21% dos pacientes, com aumento no número de homens considerados com doença oligometastática (um a três lesões), um aumento significativo naqueles considerados com doença polimetastática (mais de quatro lesões) e uma redução expressiva do número de pacientes considerados com doença restrita à próstata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lenzo NP, Meyrick D, Turner JH.Review of Gallium-68 PSMA PET/CT Imaging in the Management of Prostate Cancer. Diagnostics (Basel). 2018 Feb 11;8(1)
2. Udovicich C, Perera M, Hofman MS, Siva S, Del Rio A, Murphy DG, Lawrentschuk N. 68Ga-prostate-specific membrane antigen-positron emission tomography/computed tomography in advanced prostate cancer: Current state and future trends.Prostate Int. 2017 Dec;5(4):125-129
3. Afshar-Oromieh A, Haberkorn U, Eder M, Eisenhut M, Zechmann CM. [68Ga]Gallium--labelled PSMA ligand as superior PET tracer for the diagnosis of prostate cancer: comparison with 18F-FECH.Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2012 Jun;39(6)
4. Eiber M, Maurer T, Souvatzoglou M, Beer AJ, Ruffani A, Haller B, Graner FP, Kübler H, Haberkorn U, Eisenhut M, Wester HJ, Gschwend JE, Schwaiger M.Evaluation of Hybrid Ga-PSMA Ligand PET/CT in 248 Patients with Biochemical Recurrence After Radical Prostatectomy.J Nucl Med. 2015 May;56(5):668-74
5. Afshar-Oromieh A, Holland-Letz T, Giesel FL, Kratochwil C, Mier W, Haufe S, Debus N, Eder M, Eisenhut M, Schäfer M, Neels O, Hohenfellner M, Kopka K, Kauczor HU, Debus J, Haberkorn U. Diagnostic performance of 68Ga-PSMA-11 (HBED-CC) PET/CT in patients with recurrent prostate cancer: evaluation in 1007 patients. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2017 Aug;44(8):1258-1268.Erratum in: Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2017 Sep;44(10):1781.
6. Schwarzenboeck SM, Rauscher I, Bluemel C, Fendler WP, Rowe SP, Pomper MG, Asfhar-Oromieh A, Herrmann K, Eiber M. PSMA Ligands for PET Imaging of Prostate Cancer. J Nucl Med. 2017 Oct;58(10):1545-155
7. Wolfgang Fendler, Jeremie Calais, Jeannine Gartmann, Nicholas George Nickols, Robert Evan Reiter, Matthew Rettig, Thomas A Hope, Roger Slavik, Pawan Gupta, Andrew Quon, Martin Allen-Auerbach, Ken Herrmann, Johannes Czernin, and Matthias Eiber. Accuracy of 68Ga-PSMA11 PET/CT on recurrent prostate cancer: Preliminary results from a phase 2/3 prospective trial. Journal of Clinical Oncology 2018 36:15_suppl, 5001-5001
8. Perera M, Papa N, Christidis D, Wetherell D, Hofman MS, Murphy DG, Bolton D, Lawrentschuk N.Sensitivity, Specificity, and Predictors of Positive 68Ga-Prostate-specific Membrane Antigen Positron Emission Tomography in Advanced Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis.Eur Urol. 2016 Dec;70(6):926-937
9. Afshar-Oromieh A, Zechmann CM, Malcher A, Eder M, Eisenhut M, Linhart HG, Holland-Letz T, Hadaschik BA, Giesel FL, Debus J, Haberkorn U. Comparison of PET imaging with a (68)Ga-labelled PSMA ligand and (18)F-choline-based PET/CT for the diagnosis of recurrent prostate cancer.Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2014 Jan;41(1):11-20.
10. Morigi JJ, Stricker PD, van Leeuwen PJ, Tang R, Ho B, Nguyen Q, Hruby G, Fogarty G, Jagavkar R, Kneebone A, Hickey A, Fanti S, Tarlinton L, Emmett L. Prospective Comparison of 18F-Fluoromethylcholine Versus 68Ga-PSMA PET/CT in Prostate Cancer Patients Who Have Rising PSA After Curative Treatment and Are Being Considered for Targeted Therapy.J Nucl Med. 2015 Aug;56(8):1185-90
11. Schwenck J, Rempp H, Reischl G, Kruck S, Stenzl A, Nikolaou K, Pfannenberg C, la Fougère C Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2017 Jan;44(1):92-101.
12. N Mottet, J Bellmunt, E Briers, M Bolla, L Bourke et al, EAU-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer- 2017 - https://www.uroweb.org/guidelines/ Acesso 10/11/2018
13. Gupta M, Choudhury PS, Rawal S, Gupta G.Incremental value of 68-gallium-prostate-specific membrane antigen positron emission tomography/computed tomography in patients with abnormal prostate-specific antigen and benign transrectal ultrasound biopsy.Urol Ann. 2018 Apr-Jun;10(2):150-153
14. Donato P, Roberts MJ, Morton A, Kyle S, Coughlin G, Esler R, Dunglison N, Gardiner RA, Yaxley J. Improved specificity with 68Ga PSMA PET/CT to detect clinically significant lesions "invisible" on multiparametric MRI of the prostate: a single institution comparative analysis with radical prostatectomy histology. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2018 Sep 19. [Epub ahead of print]
15. Eiber M, Weirich G, Holzapfel K, Souvatzoglou M, Haller B, Rauscher I, Beer AJ, Wester HJ, Gschwend J, Schwaiger M, Maurer T Simultaneous 68Ga-PSMA HBED-CC PET/MRI Improves the Localization of Primary Prostate Cancer. Eur Urol. 2016 Nov;70(5):829-836
16. Wong HS, Leung J, Bartholomeusz D, Sutherland P, Le H, Nottage M, Iankov I, Chang JH. Comparative study between 68 Ga-prostate-specific membrane antigen positron emission tomography and conventional imaging in the initial staging of prostate cancer. J Med Imaging Radiat Oncol 2018 Aug 28
17. Maurer T, Gschwend JE, Rauscher I, Souvatzoglou M, Haller B, Weirich G, Wester HJ, Heck M, Kübler H, Beer AJ, Schwaiger M, Eiber M. Diagnostic Efficacy of (68) Gallium-PSMA Positron Emission Tomography Compared to Conventional Imaging for Lymph Node Staging of 130 Consecutive Patients with Intermediate to High Risk Prostate Cancer. J Urol. 2016 May;195(5):1436-1443
18. Heesakkers, R. A., Hovels, A. M., Jager, G. J. et al.: MRI with a lymph8 node-specific contrast agent as an alternative to CT scan and lymph9 node dissection in patients with prostate cancer: a prospective multicohort study. Lancet Oncol, 9: 10 850, 2008
19. Pyka T, Okamoto S, Dahlbender M, Tauber R, Retz M, Heck M, Tamaki N, Schwaiger M, Maurer T, Eiber M. Comparison of bone scintigraphy and 68Ga-PSMA PET for skeletal staging in prostate cancer.Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2016 Nov;43(12):2114-2121
20. Scarpa L, Buxbaum S, Kendler D, Fink K, Bektic J, Gruber L, Decristoforo C, Uprimny C, Lukas P, Horninger W, Virgolini I. The 68Ga/177Lu theragnostic concept in PSMA targeting of castration-resistant prostate cancer: correlation of SUVmax values and absorbed dose estimates. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2017 May;44(5):788-800
21. Kratochwil C, Bruchertseifer F, Giesel FL, Weis M, Verburg FA, Mottaghy F, Kopka K, Apostolidis C, Haberkorn U, Morgenstern A. 225Ac-PSMA-617 for PSMA-Targeted--Radiation Therapy of Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. J Nucl Med. 2016 Dec;57(12):1941-1944
22. Han S, Woo S, Kim YJ, Suh CH.Impact of 68Ga-PSMA PET on the Management of Patients with Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Eur Urol. 2018 Aug;74(2):179-190

PESCAR, UM CONTRAPONTO AO AGITADO COTIDIANO

Carlos Ricardo Camargo Garcia é urologista

Matrinxã fisgada no rio Teles Pires (MT)

A arte da pesca tem muito em comum com nobre arte da Medicina, em especial, com a área cirúrgica. Um bom pescador precisa de paciência, atenção e agilidade para agir na hora certa com eficácia e conhecimento adequados, atributos também indispensáveis ao bom cirurgião.

Iniciei nas pescarias “logo cedo” (pouca idade e nas madrugadas...), na companhia de meus pais e avós. Pescávamos em açudes e rios na região de Itaberá-Itapeva , interior de São Paulo, principalmente as aguerridas traíras , lambaris, tambiús , piavas e tabaranas. Talvez sendo este um dos motivos inconscientes de ter voltado pra cá....

Uma das regiões de pesca que frequento desde a infância até os dias de hoje é a do rio Teles Pires (“Telão“, como dizia meu pai). Nasce no Mato Grosso e vai adentrando a região Amazônica com seus maravilhosos peixes. A bela e esportiva matrinxã (para mim um dos mais esportivos de nossas águas), os belos pintados, cacharas, jaús e a enorme e rara piraíba, o grande peixe de couro de nosso Brasil.

Os benefícios e alegrias da pescaria são enormes e se iniciam bem antes da viagem, começando com a escolha do local, datas, tipos de varas e iscas etc... Nas pescarias, o contato com os amigos e familiares em ambientes leves e desprovidos de excesso de formalidades são muito prazerosos e aproxima as pessoas. O peixe é a “ cereja do bolo”, podendo aparecer ou não.

Gosto de pescar por várias razões, entre elas o contato com a natureza fazendo contraponto e trazendo equilíbrio para a nossa intensa vida cotidiana e, principalmente, passar o gosto por esse belo e instrutivo esporte aos meus filhos, com o desejo de propiciar sabedoria e equilíbrio diante dos excessos da modernidade atual.

Na região Amazônica e do Pantanal existem ótimo roteiros de pesca, além de inúmeros pesqueiros em todo o Brasil. Boas pescarias e seus benefícios a todos.

Carlos Eduardo Garcia Westin, médico formado pela FAMERP,
cursa o último ano da Residência em Urologia no Hospital de Base, da FAMERP

Pescaria é paixão antiga. Desde tenra idade, eu e meus primos passávamos as férias nas terras de meu avô, localizadas na região de Pereira Barreto, interior de São Paulo. Confesso que ansiava pelo final de semana, quando íamos jogar futebol no campo de terra com traves feita de bambu e, claro, pescar. Todo o processo, antes da pescaria em si, era empolgante, desde o preparo do barco até o momento de deixar prontas as varas, calculando minuciosamente a distância entre anzóis e chumbadas. Foram também essas situações que me propiciaram os primeiros contatos com a realização de nós, o que se mostraria muito útil na carreira escolhida. A alegria desses momentos, quando ainda criança, forjariam a paixão pela pesca que carrego até hoje.

Ao chegar à beira do rio, a carreta era parcialmente submersa para facilitar a retirada do barco e sua colocação direta na água. No chão do barco, próximo às iscas constituídas majoritariamente por lambaris, a presença de um garrafão de água e vasilhas com as maravilhosas tortas e pães caseiros feitos pela minha tia, que inundavam o ambiente com um delicioso cheiro de vida no campo.

O desafio, então, era encontrar os melhores pontos. Com um motor 15hp rasgando as frias águas do rio Paraná e do rio Tietê, primeiramente parávamos em locais que nos haviam trazido sorte nas experiências anteriores. Amarrávamos o barco em galhos das porções não submersas das árvores ou simplesmente soltávamos um peso amarrado por uma corda com a outra extremidade fixada ao barco. Lembro que fiquei responsável por essa atividade assim que adquiri idade suficiente para realizá-la.

Quando começavam as primeiras fisgadas e, principalmente, se elas fossem logo que chegássemos ao ponto estabelecido, todos se alegravam, já que era um bom indício do que teríamos pela frente. Eu, no início, antes de ser promovido a pescar com vara e molinete, utilizava uma linhada, o que nada mais é do que uma linha de pesca enrolada em uma lata de óleo de cozinha. Foi assim que fisguei minhas primeiras corvinas e barbados, que aprendi a dosar a força e os movimentos ideais dessa arte milenar e, mesmo com alguns inevitáveis cortes na mão, foi assim que aprendi a idolatrar essa terapia chamada pescaria.

Porém, o tempo é inexorável e, infelizmente, as terras foram vendidas e meu querido avô foi descansar em paz. Mas é claro que eu não desistiria da pesca. Ela só mudaria de local e as lembranças do passado guardo com grande carinho.

Mas, pode indagar o leitor, por que a pescaria? Ora, poucas atividades na vida propiciam um momento de paz tão sublime, um convite à reflexão, uma oportunidade de recarregar as energias e um contato próximo com a espetacular Mãe Natureza, em todo o seu esplendor. Esta, que pode lhe negar um tucuranés em um dia e, no dia seguinte, possibilitar a pesca de mais de 60 espécimes em uma única hora, no mesmo ponto, como aconteceu à nossa turma de pesca em Zacarias (SP).

Para encerrar, eu não poderia deixar de mencionar o Mato-Grosso, lendária terra da pesca. Conheci a pesca da região em 2015 e, a despeito da longa viagem, só tenho excelentes lembranças. Além da equipe excepcional - envolvendo tios, primos, sogro e amigos - foi lá que fisguei meu primeiro dourado, com 7 kg de pura beleza, e meu maior exemplar até o presente momento, um jaú de 15 kg, ambos acompanhados de grandes doses de emoção. Enfim, quando se passa a amar a pesca, é um amor pra toda a vida. E sem estresse!

Carlos Eduardo segura um jau de 15 kg, o maior peixe já pescado por ele

No Mato Grosso vários dourados foram fisgados

Poucas atividades na vida propiciam um momento de paz tão sublime, um convite à reflexão, uma oportunidade de recarregar as energias e um contato próximo com a espetacular Mãe Natureza, em todo o seu esplendor

CATEGORIA	ATÉ 18/12/2018	ATÉ 18/2/2019	ATÉ 13/3/2019	APÓS 18/03/19 E NO LOCAL
Médico Sócio SBU[2]	440,00	550,00	600,00	660,00
Médico Não Sócio SBU	880,00	990,00	1.210,00	1.300,00
Médico Residente Sócio SBU[1,2]	CORTESIA	CORTESIA	CORTESIA	CORTESIA
Residente Não Sócio SBU[1,3]	330,00	360,00	390,00	420,00
Estudante[3]	275,00	300,00	330,00	360,00
Enfermeiras, Fisioterapeutas e Instrumentador	275,00	300,00	330,00	360,00
Outras Categorias Médicas[3]	880,00	990,00	1.210,00	1.300,00
Programação feminina (acompanhante)	260,00	300,00	330,00	360,00

1. Médico que colou Grau. Possui CRM - "Prescritor"
2. Médicos e residentes sócios da Sociedade Brasileira de Urologia. Para esta categoria, é obrigatório o envio de comprovante que mostre que o acadêmico pertence a uma liga acadêmica: Urologia, Transplante, Nefrologia, Clínica, Cirurgia, Oncologia, etc.
3. RESIDENTE NÃO SÓCIO, ACADÊMICO DE MEDICINA E OUTROS PROFISSIONAIS: Para a confirmação da inscrição, é obrigatório enviar por email um dos comprovantes abaixo (ano 2018):
- Carta do Chefe de Serviço em papel timbrado, devidamente assinada e carimbada.
- Cópia do crachá ou do boleto bancário da mensalidade pago.
- Declaração da instituição onde trabalha ou da carteira do respectivo conselho."

PRINCIPAIS TEMAS

Endourologia | Uro oncologia | Incontinência urinária | HPB | Urologia de

REALIZAÇÃO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

GERENCIAMENTO

CCM CONGRESSES

www.jornadapaulistadeuro.com.br