



EDITORIAL

O papel essencial da inteligência artificial na saúde moderna

Fernando J. Kim, MD, MBA, FACS
Editor Chefe
AUA News in Portuguese

A Inteligência Artificial (IA) não é mais um conceito futurista - é uma força transformadora que remodela a forma como a me-

dicina é praticada, documentada e avançada. De ambulatórios a salas de cirurgia e de enfermarias hospitalares a laboratórios de pesquisa, a IA está simplificando processos, melhorando a precisão e expandindo os limites do que os profissionais de saúde podem alcançar.

Escribas de IA: recuperando tempo para o atendimento ao paciente

Uma das aplicações mais tangíveis da IA na prática clínica é o surgimento de programas de escriba de IA. Essas ferramentas ouvem durante as visitas dos pacientes, sejam presenciais ou virtuais, e geram automaticamente notas clínicas precisas e estruturadas. Ao eliminar o fardo da documentação manual, os escribas de IA devolvem aos médicos seu recurso mais precioso: o tempo. Esse tempo extra pode ser investido em ouvir os pacientes, explicar os planos de tratamento e construir confiança - componentes críticos de um atendimento de alta qualidade que às vezes podem ser deixados de lado pela sobrecarga administrativa. A minha experiência pessoal usamos o DAX no nosso Sistema do AdventHealth. Isso nos traz um eficiência.

Em ambientes cirúrgicos, as

anotações assistidas por IA garantem que os relatórios operatórios sejam precisos, completos e disponíveis imediatamente após o procedimento. Em ambientes de internação, onde o status do paciente pode mudar rapidamente, as ferramentas de IA podem acompanhar a evolução das condições, capturando notas de progresso, atualizando planos de tratamento e rastreando as principais métricas em tempo real. Essa manutenção de registros consistente e precisa não apenas oferece suporte a um melhor atendimento, mas também reduz os erros que podem surgir da fadiga humana ou da comunicação fragmentada.

Além da documentação clínica, a IA está acelerando o ritmo da descoberta médica. A análise de dados em larga escala - antes um gargalo - agora pode ser realizada em horas em vez de meses. Os algoritmos de IA podem detectar padrões em conjuntos de dados massivos, identificar possíveis vias de tratamento e até mesmo gerar hipóteses para testes adicionais. Essa velocidade e precisão são especialmente vitais em campos em rápida evolução, como oncologia, genômica e pesquisa de doenças infecciosas, onde insights oportunos podem salvar vidas.

A integração da IA na área da saúde não é apenas uma questão de conveniência, mas de elevar o

padrão de atendimento. Ao reduzir a carga administrativa sobre os médicos, a IA ajuda a prevenir o esgotamento, uma crise crescente na profissão médica. Ao fornecer suporte à decisão e insights baseados em dados, a IA pode ajudar a garantir que os pacientes recebam o tratamento certo no momento certo. E ao reduzir as barreiras de tempo e custo para a pesquisa, a IA abre as portas para inovações que, de outra forma, poderiam permanecer fora de alcance.

Um futuro que vale a pena construir. A promessa da IA na área da saúde é imensa, mas deve ser implementada com responsabilidade - mantendo a privacidade do paciente, evitando vieses algorítmicos e garantindo que os médicos permaneçam no controle das decisões finais. Se enfrentarmos esses desafios com atenção, a IA não substituirá o toque humano na medicina; isso o amplificará, permitindo que os médicos se concentrem no que só eles podem oferecer: compaixão, pensamento crítico e julgamento clínico diferenciado.

Nos próximos anos, os sistemas de saúde que adotarem a IA serão os mais bem posicionados para oferecer cuidados não apenas mais rápidos e eficientes, mas também mais humanos. ■

AUA News

Volume 7 | Issue 1
PORTUGUESE EDITION

CORPO EDITORIAL

Fernando J. Kim, MD, MBA, FACS

EDITOR CHEFE DA AUANEWS EM PORTUGUÊS.

Drs. Sebastiao J. Westphal, Antonio Lima Pompeo, Alfredo Canalini, Luis Otavio Torres, Luciano Favorito

COORDENADOR DA TRADUÇÃO

Dr. Marcelo Wroclawski

CORPO DE TRADUTORES

Antônio Flávio Rodrigues, Alexandre Pompeo, Breno Amaral, Bruna Venturini, Daniel Zylbersztejn, Deusdedit Vieira Silva Neto, Fábio Sepúlveda, Fábio Vicentini, Felipe Arakaki, Felipe de Almeida e Paula, Felipe Placco Araujo Glina, Filemon Casafus, Flavio Lobo Heldwein, Fransber Rondinelli, Guilherme ANDRADE, Gustavo Franco Carvalhal, Limírio Moreira da Fonseca, Luis César Zaccaro, Luis Rios, Marcelo Wroclawski, Marcio Averbeck, Márcio Covas Moschovas, Maria Cláudia Bicudo, Paulo Jaworsky, Pedro Nicolau Gabrich, Rafael Meduna, Rafael Mourato, Regina Pacis Nogueira, Rodrigo Krebs, Saulo Teles, Silvio Almeida, Ubirajara Barroso Jr, Wilson Busato Jr.

COORDENADOR DE MÍDIA DIGITAL

Dr. Roni de C. Fernandes

EMPRESA LICENCIADA NO BRASIL

Levitatur Viagens

CEO

Terlange Souza

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Alexandre Sanches

Desenvolvimento de uma ferramenta digital para auxiliar pacientes na decisão sobre derivações urinárias após cistectomia radical

Divya Ajay, MD, MPH

Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova York, Nova York, EUA

Alvin Goh, MD

Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova York, Nova York

Jaime Gilliland, MA

Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova York, Nova York

Sandy Weicher

Grupo Nacional de Apoio à Bolsa de Indiana

Thomas Atkinson, PhD

Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova York, Nova York

Sigrid Carlsson, MD, PhD, MPH

Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nova York, Nova York
Instituto de Ciências Clínicas, Sahlgrenska Academy na University of Gothenburg, Suécia
Universidade de Lund, Suécia

Traduzido por: Dr. Flavio Lobo Heldwein

Os pacientes com câncer de bexiga submetidos à cistectomia radical enfrentam não apenas o desafio de lidar com o diagnóstico de câncer, mas também de escolher que tipo de derivação urinária será realizada — uma decisão que afetará tanto eles quanto seus cuidadores pelo resto de suas vidas. A escolha entre uma derivação continente ou incontinente, feita em circunstâncias difíceis, traz implicações significativas para o estilo de vida, a imagem corporal e a qualidade de vida.

Apesar da importância dessa decisão, há uma carência crítica de ferramentas de apoio que sejam interativas e centradas no paciente para orientar o processo de escolha. Nossa equipe do Memorial Sloan Kettering Cancer Center está trabalhando para suprir essa lacuna e, recentemente, recebeu um prêmio de **Pesquisa Clínica Centrada no Paciente** da *Bladder Cancer Advocacy Network*, viabilizando nossos esforços. Nosso objetivo é desenvolver uma ferramenta digital interativa de apoio à decisão, ajudando pacientes com câncer de bexiga a fazer escolhas mais informadas sobre a derivação urinária após a cistectomia.

O desafio: falta de apoio abrangente à decisão sobre a escolha da derivação urinária

As opções de derivação urinária geralmente envolvem duas principais modalidades: uma derivação **incontinente** (por exemplo, um conduto ileal, que cria um estoma abdominal para a coleta de urina) ou uma derivação **continente** (por exemplo, uma neobexiga, uma nova bexiga criada a partir de uma porção do intestino do paciente). Embora estudos indiquem que ambas as opções proporcionam resultados semelhantes de qualidade de vida em longo prazo, até 85% dos pacientes nos Estados Unidos acabam recebendo a derivação incontinente, mesmo sendo elegíveis para a derivação continente.

A falta de auxílios abrangentes e interativos faz com que muitos pacientes se sintam ansiosos, indecisos

“Ferramentas atuais costumam gerar jargão médico e estatísticas complexas, o que pode ser difícil para os pacientes entenderem. Nossa ferramenta interativa visa simplificar esse processo, apresentando as informações de maneira acessível e personalizada às necessidades de cada um.”

sobre qual caminho escolher e, em alguns casos, arrependidos após a cirurgia. Há um contraste marcante entre os recursos disponíveis para pacientes com câncer de próstata e aqueles com câncer de bexiga. De acordo com a biblioteca de ferramentas de decisão do *Ottawa Hospital Research Institute*, existem 9 instrumentos de decisão para pacientes com câncer de próstata, em comparação com apenas 1 para pacientes com câncer de bexiga. Essa disparidade ressalta a necessidade urgente de novos recursos voltados a esse público.

Objetivo da pesquisa: criar uma ferramenta digital interativa de apoio à decisão

O principal objetivo deste projeto é desenvolver uma ferramenta digital de apoio à decisão que seja inovadora, centrada no paciente, interativa e de fácil compreensão. Essa ferramenta ajudará os pacientes a navegar pelas complexidades das opções de derivação urinária, garantindo que suas escolhas estejam alinhadas com seus valores e preferências pessoais. Esse esforço suprirá uma lacuna importante na tomada de decisão compartilhada para pacientes com câncer de bexiga, possibilitando escolhas mais informadas e personalizadas.

Ações e abordagem

1. Desenvolvimento da ferramenta Nossa equipe multidisciplinar, incluindo defensores dos pacientes, criará um protótipo com base em dados preliminares de estudos em andamento e entrevistas com pacientes. A ferramenta incluirá informações provenientes de um modelo de predição com aprendizado de máquina, incorporando medidas de qualidade de vida, características clínico-patológicas e preferências do paciente relacionadas

“O resultado esperado deste projeto é uma ferramenta de apoio à decisão totalmente validada e fácil de usar, que irá aprimorar a tomada de decisão compartilhada entre pacientes e profissionais de saúde. Sua natureza interativa favorecerá escolhas mais informadas, minimizando o risco de conflitos e arrependimentos.”

à imagem corporal, estilo de vida e função sexual.

- 2. Teste piloto** Avaliaremos a viabilidade e a aceitabilidade da ferramenta em um contexto clínico real. Pacientes, cuidadores e profissionais de saúde examinarão a utilidade do recurso, o tempo necessário para seu uso, seu grau de clareza e a quantidade de informações fornecidas.
- 3. Eficácia preliminar** Na etapa final, coletaremos dados sobre a tomada de decisão informada dos pacientes que utilizarem a ferramenta. Essas informações permitirão avaliar a qualidade das decisões tomadas e se os pacientes se sentem mais seguros e bem informados acerca de seus valores.

DESENVOLVIMENTO DE UMA FERRAMENTA DIGITAL PARA AUXILIAR

→ Continua na página 2

Preenchendo a lacuna: capacitando os pacientes por meio do conhecimento

Uma das principais inovações deste projeto é o foco na educação e capacitação dos pacientes. Ferramentas atuais costumam oferecer jargão médico e estatísticas complexas, o que pode ser difícil de assimilar. Nossa ferramenta interativa busca simplificar esse processo, apresen-

tando as informações de forma acessível e adaptada às necessidades individuais de cada paciente. Além disso, servirá como recurso para fomentar o diálogo entre pacientes e profissionais de saúde, abordando questões como imagem corporal, mudanças no estilo de vida e equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

Impacto futuro e aplicabilidade clínica

O resultado esperado deste

projeto é uma ferramenta de apoio à decisão plenamente validada e fácil de usar, que aprimorará a tomada de decisão compartilhada entre pacientes e profissionais de saúde. Seu caráter interativo deve promover escolhas mais embasadas, reduzindo o risco de conflitos e arrependimentos posteriores.

Estamos otimistas de que este projeto transformará a forma como os pacientes encaram a complexa decisão de derivação urinária, melhorando os resultados tanto em

curto quanto em longo prazo para indivíduos com câncer de bexiga. Agradecemos à *Bladder Cancer Advocacy Network* por apoiar este trabalho com o prêmio **Patient-Centered Clinical Research Young Investigator**, que representa um avanço significativo na assistência centrada no paciente e na tomada de decisão compartilhada em urologia. ■

Exposição precoce à Simulação em Cirurgia Robótica para Estudantes de Medicina

Hannah Baker, BS

Herbert Wertheim College of Medicine at Florida International University, Miami

Aden Swayze, BS

Herbert Wertheim College of Medicine at Florida International University, Miami

Traduzido por: Dr. Guilherme Andrade

A prática de cirurgia robótica continua crescendo ao longo do tempo, particularmente no cenário da Urologia. Para exemplificar essa tendência, o ACGME requer realização de no mínimo 80 casos de cirurgia robótica para atender os requisitos exigidos. Como a plataforma robótica tem alto nível de complexidade, há uma importante curva de aprendizado entre os iniciantes. Um questionário para residentes e recém graduados em Urologia demonstra que menos de 30% deles se sente confortável em realizar cirurgias robóticas e apenas 54% confirmou a disponibilidade de simuladores de cirurgia robótica na prática. Esses achados confirmam a necessidade de maior disponibilidade de ensino robótico.

A importância da exposição precoce

A transição de aluno de medicina para residente de urologia acontece com quebras importantes de expectativa. Um questionário recente revelou que apenas 2% dos

alunos de medicina possuíam um rodízio de urologia. Em casos que rodízios de Urologia eletivos são oferecidos, habitualmente tem uma duração de 2 semanas dividido em cirurgias e atendimento clínico. Dessa forma há uma clara falta de exposição dos alunos de medicina à Urologia, e não é surpresa que os alunos tenham deficiência de conhecimentos em cirurgia robótica. Com a complexidade da operabilidade e a falta de tempo exposto a essa tecnologia, não é razoável esperar obter um entendimento satisfatório do robo durante um estágio eletivo.

Exposição precoce a cirurgia robótica pode ser de grande valia. Introduzir alunos a robótica durante o período pré-clínico e primeiros anos pode despertar interesse neste campo e fornecer uma base para um treinamento mais avançado posteriormente. Exposição precoce pode desmitificar a tecnologia ao mesmo tempo em que promove uma experiência de aprendizagem mais robusta para futuros estágios.

Benefícios da Exploração pelos alunos de medicina

Algumas instituições desenvolveram programas de simulação robótica para alunos de medicina desenvolverem suas habilidades em um ambiente controlado enquanto despertam interesse pelo

ambiente cirúrgico. Por exemplo, a Universidade da Califórnia, São Francisco iniciou um projeto piloto para alunos de medicina do internato que consiste em um treinamento online introdutório no módulo da Vinci Xi e outro treinamento presencialmente com representantes da Intuitive Surgical. Durante a sessão de simulação presencial, os alunos aprenderam a introduzir instrumentos laparoscópicos por meio de portais, praticar o docking, desacoplamento e reposicionamento dos braços robóticos e sutura no console de controle do robo. Os alunos relataram feedback positivo sobre a experiência, observando que ele forneceu uma ótima preparação para casos robóticos encontrados durante estágios básicos e subestágios. A Faculdade de Medicina da Universidade da Virgínia Ocidental iniciou um programa semelhante que levou a um maior envolvimento na sala de cirúrgica, familiaridade com técnicas e instrumentos robóticos e uma experiência educacional cirúrgica mais significativa.

Não apenas a exposição precoce a procedimentos robóticos promove o aprendizado de estudantes de medicina, mas também a educação de pacientes. Um centro especializado em cirurgia robótica no Reino Unido permitiu 2 estudantes do internato treinarem sob a supervisão de um fellow de urologia

por períodos de 40 minutos em um console robótico da Vinci. Após esse estágio, os alunos relataram maior conscientização sobre métodos cirúrgicos robóticos bem como melhor prestação de cuidados ao paciente na forma de conhecimentos pré-operatórios do paciente.

Ter prática prática neste ambiente operatório como aluno pode fomentar o interesse em urologia, como demonstrado pela Universidade de Tsukuba, Japão. Esta instituição realizou um curso eletivo de 1 dia para alunos do quarto ano de medicina que envolveu treinamento prático em cirurgia urológica, incluindo robótica. Pesquisas pré e pós-curso mostraram que após a conclusão do programa, o interesse em urologia aumentou significativamente.

Programas Alternativos e Abordagens Práticas

Vários fatores contribuem para a adoção limitada de programas de treinamento robótico em escolas médicas. Altos custos são uma barreira significativa, pois muitos hospitais podem não estar dispostos a investir em equipamentos tão caros apenas para fins educacionais. Além disso, integrar esses programas em cronogramas restritos

→ Continua na página 4

EXPOSIÇÃO PRECOCE À SIMULAÇÃO EM CIRURGIA ROBÓTICA PARA ESTUDANTES DE MEDICINA

→ Continua na página 3

de escolas médicas requer compromissos de tempo de alunos e corpo docente. Por fim, nem todos os alunos estão igualmente interessados nesse tipo de treinamento, tornando o esforço necessário para estabelecer e manter esses programas menos justificável. Esses desafios combinados tornam difícil para muitas escolas médicas implementar amplamente programas de treinamento robótico, destacando as razões por trás da falta de adoção em todo o país.

Para lidar com esses desafios, programas e abordagens alternativas podem ser consideradas. Por exemplo, incorporar simulações de realidade virtual ou plataformas utilizando modelos 3D pode fornecer um método de treinamento mais econômico e, por conseguinte, aumentar a acessibilidade.

Essas plataformas apresentam aos alunos os princípios básicos da robótica e procedimentos comuns de forma segura e no seu próprio ritmo. Além disso, o aprendizado didático poderia ser implementado em estágios cirúrgicos antes da exposição em tempo real a um ambiente operatório robótico. Isso poderia permitir uma compreensão mais clara dos casos observados ao longo do estágio.

Conclusão

Lidar com a falta de exposição ao treinamento robótico durante a faculdade de medicina é essencial para preparar futuros urologistas para atender às demandas da prática cirúrgica moderna. A exposição precoce à cirurgia robótica aumenta significativamente a preparação

dos alunos para estágios clínicos, ao mesmo tempo em que aumenta seu interesse em urologia. Esse treinamento prepara os alunos com as habilidades necessárias para fornecer melhor atendimento ao paciente por meio de uma compreensão mais profunda da cirurgia, permitindo assim uma melhor educação do paciente sobre os procedimentos. À medida que o cenário médico continua a evoluir e a cirurgia minimamente invasiva se torna mais prevalente com o avanço da tecnologia, incorporar planos educacionais centrados em cirurgia robótica será crucial no treinamento da próxima geração de urologistas qualificados. ■

1. Zahid A, Ayyan M, Farooq M, et al. Robotic surgery in comparison to the open and laparoscopic approaches in the field of urology: a systematic review. *J Robot Surg.* 2022;17(1):11-29. doi:10.1007/s11701-022-01416-7

2. Kanji FF, Choi E, Dallas KB, et al. The impact of resident training on robotic operative times: is there a July effect?. *J Robot Surg.* 2024;18(1):208. doi:10.1007/s11701-024-01929-3
3. Okhunov Z, Safiullah S, Patel R, et al. Evaluation of urology residency training and perceived resident abilities in the United States. *J Surg Educ.* 2019;76(4):936-948. doi:10.1016/j.j-surg.2019.02.002
4. Kreshover JE, Vanni AJ, Sternberg KM, Bhojani N, Kobashi KC. Urological education in United States medical schools: where are we now and how can we do better?. *Urol Pract.* 2022;9(6):581-586. doi:10.1097/UPJ.0000000000000336
5. Greenberg AL, Syed SM, Alseidi A, O'Sullivan PS, Chern H. Robotic training for medical students: feasibility of a pilot simulation curriculum. *J Robot Surg.* 2022;17(3):1029-1038. doi:10.1007/s11701-022-01508-4
6. Mullens CL, Van Horn AL, Marsh JW, et al. Development of a senior medical student robotic surgery training elective. *J Med Educ Curric Dev.* 2021;8:238212052110240. doi:10.1177/23821205211024074
7. Naik R, Mandal I. Robotic simulation experience in undergraduate medical education: a perspective. *J Robot Surg.* 2020;14(5):793-794. doi:10.1007/s11701-020-01059-6
8. Kimura T, Kojo K, Shiga M, et al. Impact of early exposure to simulation program on undergraduate medical students' interest in urology. *J Med Educ Curric Dev.* 2021;8:238212052110207. doi:10.1177/23821205211020750

Reconstrução da Gangrena da Fournier: Orquidopexia e Enxerto de Pele de Espessura Parcial (EPEP) para Defeitos Escrotais

Rebecca Heidenberg, MD

University of North Carolina, Chapel Hill

Eric Walton, MD

University of North Carolina, Chapel Hill

Bradley D. Figler, MD

University of North Carolina, Chapel Hill

Traduzido por: Dr. Rodrigo Krebs

A fascíte necrosante da genitália, também conhecida como gangrena de Fournier (GF), é uma infecção rapidamente progressiva que afeta os tecidos profundos e superficiais do períneo, escroto, regiões perianal e genital. Embora a GF seja rara (~0,0016% da população nos EUA), a mortalidade relatada é de 20% a 40% secundária a choque séptico e falência de múltiplos órgãos.¹ Os achados comuns do exame físico incluem edema escrotal, drenagem purulenta e crepitação do tecido subcutâneo. A tomografia computadorizada (TC) pode ser útil para confirmar a presença de enfisema subcutâneo, bem como a localização de absces-

sos. O tratamento inicial envolve desbridamento cirúrgico emergencial de tecido necrótico e antibióticos de amplo espectro. Devido à sua natureza de rápida progressão, os pacientes geralmente retornam à sala de cirurgia 24 a 48 horas após o desbridamento inicial para confirmar o controle da doença.

Após o desbridamento, deficiências na pele genital e na fáscia podem prolongar significativamente a convalescença devido à necessidade de trocas frequentes de curativos, o que pode ser doloroso e difícil para o próprio paciente. Além disso, muitos fatores de risco para FG (por exemplo, diabetes, imunossupressão, desnutrição, obesidade, insuficiência renal) contribuem para a má cicatrização da ferida. Portanto, o manejo agressivo da ferida após o desbridamento é essencial para uma recuperação bem-sucedida.

Embora pequenos defeitos escrotais possam ser fechados primariamente, defeitos maiores que

50% a 60% da pele escrotal não podem. Neste caso, as opções de reconstrução incluem cobertura com enxertos de pele, retalhos de coxa e fechamento primário após o uso de expansores de tecido ou transposição testicular para a coxa medial (ou seja, bolsa de coxa). Defendemos a reconstrução escrotal com enxertos de pele devido à facilidade e confiabilidade da cirurgia, e para evitar complicações em regiões não afetadas anteriormente pelo FG.

Embora seja possível utilizar a fáscia Dartos como leito de enxerto, preferimos enxertar diretamente na túnica vaginal. Em nossa experiência, a túnica vaginal é um leito de enxerto mais confiável, e o enxerto na túnica vaginal preserva a pele escrotal restante e a fáscia Dartos para reconstrução de defeitos adjacentes (por exemplo, perineais). Como a túnica vaginal raramente está envolvida na FG, a reconstrução pode começar em até 24 horas após o desbridamento inicial.

“Em nossa experiência, a túnica vaginal é um leito de enxerto mais confiável, e o enxerto na túnica vaginal preserva a pele escrotal restante e a fáscia de Dartos para reconstrução de defeitos adjacentes (por exemplo, perineais).”

Começamos mobilizando os testículos e cordões espermáticos para o anel externo. Um neoescroto

→ Continua na página 5

RECONSTRUÇÃO DA GANGRENA DA FOURNIER

→ Continua na página 4

é criado fixando a túnica vaginal medial de cada testículo junto com várias fileiras de sutura absorvível interrompida. O neoscroto é então avançado cefálico e fixado à base do pênis com sutura absorvível. Para cordões espermáticos mais longos, esta etapa pode diminuir significativamente o tamanho do conteúdo escrotal, minimizando a quantidade de pele necessária para enxerto e reduzindo a morbidade do local doador. Embora o enxerto de pele possa ser realizado neste momento, em pacientes com FG, normalmente esperamos aproximadamente 1 semana para permitir a resolução da infecção, otimização médica e formação de tecido de granulação. O tratamento da ferida durante este tempo consiste em gaze de algodão umedecida aplicada duas vezes ao dia.

No momento do enxerto de pele, o neoscroto é primeiro desbridado suavemente e irrigado com solução antisséptica. Um enxerto de pele de espessura parcial (EPEP) é colhido da coxa lateral com um dermatomo de ar a uma profundidade de 0,018 polegadas e malhado 2:1. O local doador é coberto com Xeroform® (curativo de gaze de tribromofenato de bismuto), que cai quando uma crosta se forma aproximadamente 3 semanas após a cirurgia. O EPEP de malha é fixado ao neoscroto com sutura crômica e cola de fibrina. A imobilização do enxerto de pele, que é essencial para a tomada ideal do enxerto, é realizada com um curativo de Xeroform® e gaze de algodão embebida em óleo mineral que é suturada ao escroto. O curativo é removido em 1 semana, momento em que o tratamento da ferida consiste na aplicação de gaze Xeroform® duas vezes ao dia por 2 semanas. A figura mostra um paciente com um defeito escrotal após FG e em vários estágios de reconstrução. O vídeo desta técnica foi publicado anteriormente.²

A orquidopexia e EPEP são uma excelente opção para tratamento cirúrgico de grandes defeitos escrotais após desbridamento de FG devido à sua simplicidade, versatilidade e resultados estéticos.³

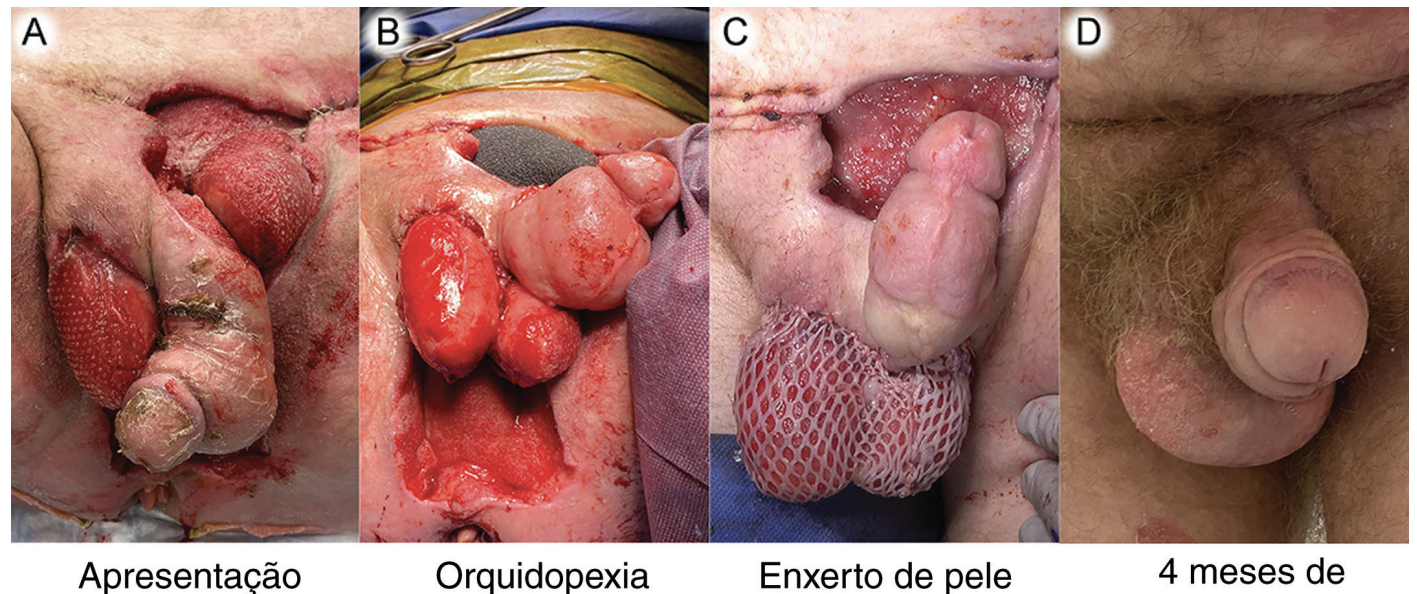


Figura. A, Apresentação; B, Orquidopexia; C, Enxerto de pele; D, 4 meses de pós-operatório

Urologistas reconstrutivos e cirurgões plásticos estão familiarizados com a coleta de enxertos de pele para outras indicações, e um EPEP pode ser prontamente aplicado neste cenário sem modificação técnica. Na verdade, a menos que o paciente tenha problemas médicos contínuos, ele pode ter alta para casa após este procedimento sem a necessidade de quaisquer procedimentos de segundo estágio. Uma vez curados, os EPEPs têm a cor, o formato e a espessura naturais do tecido genital. A malha do EPEP em uma proporção de 2:1 minimiza a morbidade do local doador e resulta em uma aparência pontilhada que se assemelha às

rugos escrotais. Uma vez curados, os genitais têm uma configuração anatômica normal.

Ao contrário das opções baseadas em retalho para reconstrução pós-FG, há poucas complicações na cicatrização da ferida (por exemplo, infecção, deiscência da ferida) após a reconstrução com orquidopexia e EPEP. Em uma revisão sistemática, 96 pacientes foram submetidos a EPEP e apenas 5% apresentaram complicações na cicatrização da ferida.⁴ Contratura e perda do enxerto de pele são complicações potenciais que ocorrem raramente. Chen et al⁵ relataram 11% de perda parcial do enxerto, que pode ser controlada com tratamento local da ferida. Da mesma forma, Tan et al⁶ encontraram 100% de absorção do enxerto em 23 de 24 enxertos de pele, com 1 paciente apresentando infecção e cicatrização.

Os proponentes das bolsas de coxa defendem que elas protegem os testículos e reduzem o tamanho das feridas genitais.⁷ Notavelmente, alguns pacientes que recebem bolsas de coxa requerem enxertos de pele para reconstrução de suas feridas de desbridamento pós-FG. Ao contrário do EPEP, as bolsas de coxa não têm uma aparência natural e foram mal avaliadas de uma perspectiva estética pelos pacientes.⁴ Qualquer tentativa de corrigir isso requer intervenção cirúrgica adicional para translocar os testículos e reconstruir o escro-

to. Além disso, as bolsas de coxa apresentam o risco de dor e função fisiológica alterada por estarem em um local não anatômico.

Concluindo, a orquidopexia e o EPEP são uma excelente opção reconstrutiva para pacientes com deficiência escrotal secundária ao FG. Esta é uma técnica versátil que permite a cobertura de grandes defeitos, mantém a configuração genital nativa e está associada a uma baixa taxa de complicações pós-operatórias. Portanto, acreditamos que a orquidopexia e o EPEP devem ser a técnica reconstrutiva de escolha para grandes defeitos escrotais após o desbridamento do FG. ■

“Ao contrário das opções baseadas em retalhos para reconstrução pós-FG, há poucas complicações na cicatrização da ferida (por exemplo, infecção, deiscência da ferida) após a reconstrução com orquidopexia e EPEP.”

1. Insua-Pereira I, Ferreira PC, Teixeira S, Barreiro D, Silva A. Fournier's gangrene: a review of reconstructive options. *Cent European J Urol*. 2020;73(1):74-79.
2. Hayon S, Demzik A, Ehlers M, McGowan M, Mohan C, Figler BD. Orchidopexy and split-thickness skin graft for scrotal defects after necrotizing fasciitis. *Urology*. 2021;152:196. doi:10.1016/j.urol.2021.02.007
3. Demzik A, Peterson C, Figler BD. Skin grafting for penile skin loss. *Plast Aesthet Res*. 2020;7:52.
4. Karian LS, Chung SY, Lee ES. Reconstruction of defects after Fournier gangrene: a systematic review. *Eplasty*. 2015;15-18.
5. Chen SY, Fu JP, Chen TM, Chen SG. Reconstruction of scrotal and perineal defects in Fournier's gangrene. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64(4):528-534. doi:10.1016/j.bjps.2010.07.01810.
6. Tan BK, Rasheed MZ, Wu WT. Scrotal reconstruction by testicular apposition and wrap-around skin grafting. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64(7):944-948. doi:10.1016/j.bjps.2010.11.013
7. Loloi J, Gottlieb J, MacDonald SM, et al. Case - testicular thigh pouches for severe Fournier's gangrene: a how-to guide. *Can Urol Assoc J*. 2022;16(10):374-376.

Crescimento transformativo : abraçando a jornada de residente junior para residente sênior

Matthew Lee, MD, MBA

Fox Chase-Temple Urologic Institute, Philadelphia, Pennsylvania

Traduzido por: Dr. Felipe Arakaki Gushiken

Introdução

A transição de residente na urologia de junior para sênior se mostra fundamental durante o treinamento. É um tempo de crescimento tanto pessoal como profissional, repletos de novos desafios e maiores responsabilidades. Essas mudanças carregam um maior envolvimento no cuidado ao paciente, dever de liderança e crescente senso de independência. Como residente sênior, necessita-se não apenas refinar as habilidades clínicas e as cirúrgicas, mas também executar o papel de mentores e modelo para os mais novos. Realizar nesse período uma transição com sucesso exige adaptabilidade, confiança e o compromisso com o aprendizado contínuo. Para os residentes que se aproximam dessa fase, compreender as principais áreas nas quais as responsabilidades se expandem podem ajudar a enfrentar os desafios futuros e auxiliar a se tornar líder que estão sendo treinados a se tornar.

Aumento na responsabilidade clínica: como assumir o cuidado do paciente

A medida que se transiciona para o papel de sênior, as expectativas relacionadas às tomadas de decisões e à gestão de pacientes aumentam significativamente. Essa mudança na responsabilidade talvez seja mais perceptível na sala operatória, onde o residente sênior assume os casos mais avançados com maior independência durante o procedimento. Saber como equilibrar a independência com a busca da orientação oportuna dos

assistentes torna-se fundamental para alcançar a segurança do paciente, e ao mesmo tempo, promover o crescimento como cirurgiões. Igualmente importante é aprender a manejar as complicações, tanto relacionados ao ato intra-operatório como no período pós-cirúrgico. Como residente sênior, espera-se antecipar os potenciais problemas, solucionar problemas em tempo real e apresentar soluções eficazes.

Além da sala cirúrgica, o papel é ampliado com o manejo holístico do paciente. Ao invés de simplesmente concluir as tarefas individualizadas de uma lista de verificação, é preciso evoluir e envolver para compreender o ponto de vista do paciente e assumir a responsabilidade por cada aspecto da jornada de tratamento. Isso reflete em nas decisões e entendimento em como é possível contribuir ao longo de toda a jornada do paciente, promovendo um senso de responsabilidade que vai além das interações individuais. Ao assumir as responsabilidades, deve-se abraçar as complexidades e incertezas que acompanham o atendimento ao paciente. Isso inclui aprender com os resultados, sejam de sucesso ou não e procurar, continuamente, formas para melhorar. Esse novo nível de responsabilidade pode parecer assustador num primeiro momento, mas é um salto crítico no desenvolvimento dos médicos.

Liderança e ensinamento: guiando/coordenando as novas gerações

Um elemento definidor para quem se tornou residente sênior é o papel de liderança – tanto na prática clínica quanto no programa de residência. Além do manejar os pacientes, é importante também guiar os residentes juniors e os estudantes de medicina, ajudando a orientar o seu aprendizado e o desenvolvimento. Esse papel é vital não apenas para o crescimento, mas também para moldar o futuro

da especialidade.

As orientações se tornam um crítico aspecto nas responsabilidades diárias. Residentes junior vêem os seniores como professores e orientadores, tanto nas salas cirúrgicas quanto nas visitas clínicas. Embora os assistentes forneçam liderança geral, os residentes seniores muitas vezes atuam como os primeiros educadores. Essa dinâmica aprimora a capacidade de ensinar de forma eficaz, com explicações claras de conceitos complexos e fornecendo um feedback construtivo que incentive o crescimento da equipe. Além disso o residente sênior possui a função de intermediar a relação entre os assistentes e os residentes. São responsáveis por comunicar o que os médicos assistentes esperam dos residentes e ao mesmo tempo, defender o ponto de vista dos médicos em treinamento. Encontrar o equilíbrio requer muitas habilidades interpessoais e uma compreensão profunda da curva de aprendizado que cada residente está vivenciando. Isso pode ser desafiador, especialmente quando supervisionamos aqueles que são nossos pares. Manter a autoridade e ao mesmo tempo um ambiente colaborativo e de apoio é fundamental para garantir que a equipe funcione de forma eficaz e que o cuidado do paciente permaneça sendo a prioridade.

Crescimento pessoal e profissional: desenvolvendo confiança e superando a Síndrome do Impostor

Um dos aspectos mais impactantes da transição para residente sênior é o crescimento pessoal e profissional que ela promove. Com o aumento das responsabilidades, muitas vezes há dúvidas sobre si mesmo. A Síndrome do Impostor – a sensação de que você não é qualificado para a função que lhe foi atribuída – pode estar presente

durante essa fase de transição. É natural se perguntar se realmente está pronto para assumir as decisões e as responsabilidades que acompanham o novo papel. Para entender esse processo, é preciso reconhecer que é preciso reconhecer que a incerteza é inerente ao processo de crescimento. É importante aceitar o desconforto de possuir novas responsabilidades, entendendo que essas experiências moldarão na formação, tornando-os urologistas competentes e confiantes. Cercar-se de mentores, tanto de assistentes como antigos residentes seniores que serviram como modelo – pode fornecer segurança e orientação durante os momentos de incerteza.

Ao mesmo tempo, esse período de transição é um período profissional de crescimento. É o início do desenvolvimento do próprio estilo clínico e cirúrgico, aprimorando os pontos fortes e áreas de interesse. Começa-se a pensar mais concretamente nos próximos passos da carreira – seja buscando um fellowship, entrando numa clínica ou permanecendo na carreira acadêmica. Esse é o momento para os residentes seniores refletirem sobre as experiências passadas e incorporarem feedbacks e, em última análise auxilia a traçar uma carreira alinhada com as aspirações e com os valores.

Conclusão

A transição na urologia de residente junior para sênior é uma experiência tanto recompensadora quanto desafiadora. Requer dominar e incorporar maior responsabilidade frente aos pacientes, assumindo o papel de líder e de mentor, apresentando crescimento pessoal enquanto supera suas dúvidas. Ao aceitar esses desafios e buscar o apoio de colegas e de mentores, é possível prosperar nessa fase de formação e emergir como urologistas bem preparados, prontos para contribuir significativamente no cuidado ao paciente. ■

Você Leu?

Craig Niederberger, MD, FACS
College of Medicine and College of Engineering,
University of Illinois at Chicago

Traduzido por: Dr. Rafael Mourato

Chew BH, Harper JD, Sur RL, et al. Lithotripsy por ondas de ruptura para urolitíase: resultados do primeiro ensaio clínico internacional e multi-institucional em humanos. *J Urol.* 2024;212(4):580-589. doi: 10.1097/JU.0000000000004091. Agradecimentos especiais aos Drs. Halse Donaldson e Mahmoud Mima da Universidade de Illinois em Chicago.

Imagine o receio que um paciente deve ter ao descobrir que possui uma pedra nos rins, um intruso doloroso e pétreo em seu corpo, e saber que pode precisar passar por várias operações para se livrar dela. E se existisse uma outra solução, mais eficaz e menos dolorosa, que não exigisse anestesia? Este ensaio clínico estudou um dispositivo de litotripsia por ondas para determinar sua segurança e eficácia no tratamento de cálculos renais e ureterais clinicamente. Esta abordagem inovadora transmite ondas de ultrassom focadas de baixa amplitude para quebrar as pedras nos rins sem a necessidade de anestesia.

Quarenta e quatro pacientes com pedras renais ou ureterais foram tratados e monitorados no pós-operatório com tomografias computadorizadas para avaliar a resolução dos cálculos. Não houve eventos adversos. A eficácia da fragmentação ou as taxas de ausência de pedras variaram dependendo da localização da pedra nos rins e no ureter. Aproximadamente metade dos pacientes com cálculos renais estavam livres de pedras após o tratamento, e essa taxa aumentou para cerca de 60% quando foram usadas as configurações ideais. As pedras renais no polo in-

ferior tiveram as menores taxas de sucesso, com apenas cerca de 30% dos pacientes livres de pedras. As taxas mais altas de sucesso foram observadas em paciente com cálculos ureterais distais, onde cerca de 90% dos pacientes ficaram completamente livre de cálculos após uma única sessão. A maioria dos pacientes necessitou de analgésicos leves ou nenhum analgésico para o procedimento.

Com a seleção adequada dos pacientes, este dispositivo se mostrou excelente e promissor para o tratamento de cálculos.

Leni R, Vickers AJ, Brasso K, et al. Gestão e resultados oncológicos de câncer de próstata incidental após ressecção transuretral da próstata na Dinamarca. *J Urol.* 2024;212(5):000-000. doi: 10.1097/JU.0000000000004159. Agradecimentos especiais aos Drs. Luca Lambertini e Simone Crivellaro da Universidade de Illinois em Chicago.

Como devemos lidar com más notícias? Provavelmente, não subestimando nossos piores cenários. Um número crescente de evidências suporta que o fator humano ainda compromete a precisão diagnóstica, particularmente em casos de tumores incidentais encontrados após uma cirurgia benigna. Neste estudo, os autores analisaram dados clínicos de mais de 24.000 pacientes dinamarqueses que passaram por ressecção transuretral da próstata para hiperplasia prostática benigna, com foco nos que tiveram achados incidentais de câncer de próstata. Notavelmente, mais de 1 em cada 4 pacientes deste grupo não recebeu investigação pós-operatória adicional, como biópsia da próstata ou ressonância magnética.

A mortalidade câncer específica nesta população foi significativamente mais alta em comparação

com pacientes com diagnóstico primário de câncer de próstata, com mais de 8% para tumores de baixo risco e 14% para tumores de risco intermediário. Esse resultado foi principalmente impulsionado por uma alta taxa de histologia de alto grau não detectada na zona periférica, levando ao subtratamento e subsequente progressão da doença. Em contraste, os pacientes que passaram por biópsia da próstata ou ressonância magnética pós-operatória e apresentaram histologia benigna tiveram mortalidade relacionada ao câncer significativamente mais baixa, com 0,6% e 2,1% nos grupos Gleason Grau 1 e 2, respectivamente.

Curiosamente, os níveis de PSA não estavam correlacionados com a taxa de avaliação diagnóstica pós-operatória ou prognóstico do paciente, limitando potencialmente o seu papel na tomada de decisões. Com base nessas descobertas, o câncer de próstata incidental descoberto após cirurgia benigna requer uma avaliação diagnóstica aprimorada, mesmo nos casos de baixo grau, e não devemos confiar exclusivamente na recorrência pós-operatória do PSA.

Zillioux J, Camacho FT, Anderson RT, You W, Rapp DE. Prevalência de distúrbios cognitivos e de destreza manual em homens após a colocação de esfíncter urinário artificial. *J Urol.* 2024;212(3):441-450. doi: 10.1097/JU.0000000000004049. Agradecimentos especiais aos Drs. Gabriel van de Walle e Mahmoud Mima da Universidade de Illinois em Chicago.

Seu paciente, Richard, um homem vibrante e ativo, sempre foi independente. No entanto, seu recente diagnóstico de câncer de próstata e subsequente incontinência afetaram sua qualidade de vida. Um esfíncter urinário artificial foi como um farol de esperança para

ele, oferecendo uma solução para seu embaraço e desconforto físico. No entanto, enquanto Richard se preparava para o procedimento, um detalhe crucial passou despercebido: sua queda recente e o histórico familiar de demência.

Neste estudo retrospectivo, os pesquisadores destacaram uma área frequentemente negligenciada nos cuidados urológicos: o risco de desenvolvimento de distúrbios cognitivos e de destreza manual após a implantação do esfíncter urinário artificial. Surpreendentemente, quase metade de sua coorte desenvolveu um distúrbio cognitivo dentro de 15 anos após a cirurgia, e 1 em cada 6 pacientes desenvolveu um distúrbio de destreza manual que se correlacionou com um aumento do risco de complicações pós-cirúrgicas, como infecções do trato urinário e retenção urinária. Os autores enfatizam a importância de uma avaliação adequada da função cognitiva e de destreza como base e o monitoramento próximo após a implantação.

Esses autores trazem à tona uma interseção profunda entre os cuidados geriátricos e cirúrgicos que impacta a segurança do paciente e a qualidade de vida. Crucialmente, embora o esfíncter urinário artificial ofereça uma forma de retomar o controle físico sobre a incontinência, a carga cognitiva e a destreza manual necessárias para gerenciar o dispositivo introduzem uma nova camada de complexidade. Olhando para o futuro, o estudo não apenas destaca um problema, mas promove a integração de avaliações regulares de cognição e destreza nos cuidados pós-implante de rotina, garantindo que pacientes como Richard recebam uma melhor qualidade de vida enquanto minimizam complicações perigosas. ■

Uma Abordagem Parceria com Pacientes para Identificar Facilitadores e Barreiras no Rastreamento de PSA em Afro-Americanos

Jenney R. Lee, MA

Colaborativo para Ação contra o Câncer de Próstata em Pessoas de Origem Negra e Africana (BACPAC),
Universidade de Washington, Seattle

Danté Morehead, MPH

Colaborativo para Ação contra o Câncer de Próstata em Pessoas de Origem Negra e Africana (BACPAC),
Universidade de Washington, Seattle

Victor Tolbert, BA

Colaborativo para Ação contra o Câncer de Próstata em Pessoas de Origem Negra e Africana (BACPAC),
Universidade de Washington, Seattle

Ben Young, AA

Colaborativo para Ação contra o Câncer de Próstata em Pessoas de Origem Negra e Africana (BACPAC),
Universidade de Washington, Seattle

Yaw A. Nyame, MD, MS, MBA

Colaborativo para Ação contra o Câncer de Próstata em Pessoas de Origem Negra e Africana (BACPAC),
Universidade de Washington, Seattle

Traduzido por: Dr. Rafael Meduna

Introdução

Nos últimos 50 anos, os pacientes negros com câncer de próstata demonstraram uma taxa de morte por câncer mais alta em comparação com seus pares¹. Esta taxa de mortalidade por câncer mais do que duas vezes maior representa a maior disparidade racial em mortes por câncer nos Estados Unidos. Em trabalho apresentado no congresso anual da AUA deste ano, nossa equipe mostrou que o excesso de mortalidade entre os afro-americanos resultou em 1,5 milhão de anos potenciais de vida perdidos nos últimos 50 anos². Apesar dessa perda de vida impressionante, existem atualmente poucos esforços para abordar os determinantes estruturais, socioambientais, de saúde e biológicos do câncer de próstata entre os afro-americanos, especialmente em escala nacional¹. Em 2020, formamos o Colaborativo para Ação contra o Câncer de Próstata em Pessoas de Origem Negra e Africana (BACPAC) para desenvolver uma infraestrutura que permitisse aos sobreviventes negros de câncer de próstata participar de pesquisas sobre câncer de próstata como membros de equipe engajados e informados. Usando o BACPAC, conseguimos treinar e

engajar mais de 20 sobreviventes de câncer de próstata em pesquisas sobre equidade em saúde até o momento. Um dos primeiros projetos do BACPAC visou compreender os fatores estruturais, sociais, de saúde e de nível de paciente que facilitam e impedem o acesso ao rastreamento de PSA para a detecção precoce de câncer de próstata entre os afrodescendentes (Figura).

Utilizamos uma abordagem de estudo prospectiva e de métodos mistos que incluiu entrevistas semi-estruturadas com homens que se identificam como negros no Noroeste do Pacífico e uma pesquisa com provedores de cuidados primários e urologistas na região de Washington, Wyoming, Alasca, Montana, Idaho e Oregon (WWAMIO) sobre o rastreamento do câncer de próstata. Uma equipe de pesquisa, incluindo 3 defensores da comunidade e do câncer de próstata, foi convocada para facilitar as entrevistas semi-estruturadas. A equipe se reuniu duas vezes por mês para facilitar o desenvolvimento de nosso guia de entrevistas e nossa estratégia de inscrição em entrevistas na região de Puget Sound, no estado de Washington. Com base no feedback de nossos conselheiros comunitários, criamos a capacidade de conduzir entrevistas com um intérprete, se necessário. Todas as entrevistas foram conduzidas por um jovem negro, que era educador de saúde comunitária para a população negra e de ascendência africana no Fred Hutch Cancer Center. As entrevistas foram gravadas e transcritas para permitir a análise. A codificação de consenso e a análise temática foram usadas para analisar as entrevistas utilizando uma estrutura de equidade em saúde.

Em colaboração com a Sociedade de Urologia do Estado de Washington, desenvolvemos e distribuímos uma pesquisa online anônima para provedores de cuidados primários e urologistas na região WWAMIO. O instrumento da pesquisa foi adaptado de

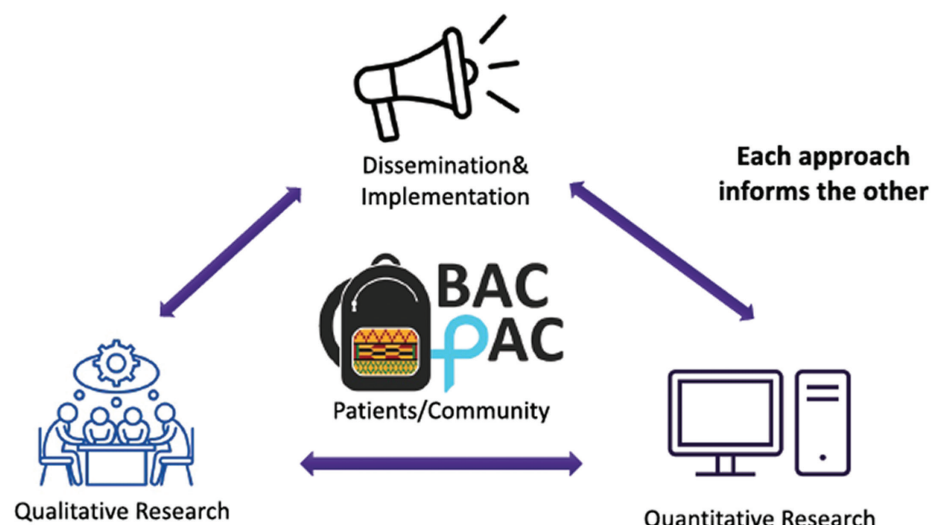


Figura. A abordagem transdisciplinar da Universidade de Washington e do Colaborativo para Ação contra o Câncer de Próstata em Pessoas de Origem Negra e Africana (BACPAC) para a pesquisa em equidade em saúde.

um estudo alemão³ que avaliava crenças e comportamentos relacionados ao rastreamento do câncer de próstata entre provedores de cuidados primários e urologistas. As pesquisas foram distribuídas através do Instituto de Ciências de Saúde Translacional da Universidade de Washington, da Sociedade Médica do Estado de Washington e das sociedades urológicas de Washington e Oregon. Todos os provedores receberam pesquisas online anônimas por e-mail utilizando o REDCap.

No total, 29 homens negros do estado de Washington participaram de nossas entrevistas. A análise temática identificou as seguintes barreiras para o rastreamento de PSA: (1) provedores de cuidados primários eram os guardiões no acesso ao teste de PSA, (2) os provedores de cuidados primários desconheciam o aumento na prevalência, incidência e mortalidade do câncer de próstata entre afro-americanos, e (3) os provedores de cuidados primários podem ter atitudes contrárias ao uso do teste de PSA. Os entrevistados também relataram a falta de relações confiáveis com os provedores de cuidados primários como um obstáculo para obter o teste de PSA.

Pesquisamos 32 urologistas e 31 provedores de cuidados primários da região WWAMIO. Embora ambos os grupos relatassem alta conscientização das diretrizes atuais do Grupo de Trabalho Preventivo dos EUA (USPSTF), os provedores de cuidados primários (6,5%) eram significativamente menos propensos do que os urologistas (70,0%) a acreditar no valor do teste de PSA ou no papel da detecção precoce na prevenção de mortes relacionadas ao câncer de próstata (Tabela). Os provedores de cuidados primários também eram menos propensos a estar familiarizados com os resultados dos ensaios de rastreamento (PLCO e ERSPC) que servem como a base de evidências para as diretrizes de rastreamento.

Nossas descobertas a partir da pesquisa apoiam a percepção dos entrevistados de que os provedores de cuidados primários podem não valorizar o teste de PSA para a detecção precoce do câncer de próstata. Nossos resultados também demonstram que as diretrizes da USPSTF provavelmente são o motor das perspectivas dos provedores de cuidados primários sobre o valor do rastreamento do câncer de próstata. Infelizmente, as diretrizes

→ Continua na página 9

UMA ABORDAGEM PARCERIA COM PACIENTES PARA IDENTIFICAR FACILITADORES

→ Continua na página 8

Tabela. Respostas da Pesquisa dos Provedores

	Urologistas (N = 32)	PCPs (N = 31)
Consciência das diretrizes atuais de rastreamento (%)		
Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA	93,8	96,7
AUA	93,7	45,2
Diretrizes que influenciam o uso do teste de PSA para rastreamento (%)		
Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA	31,2	96,8
Outras diretrizes	90,6	51,6
Deteção precoce reduz a mortalidade relacionada ao câncer (%)		
Para todos os tipos de câncer	84,3	83,9
Para o câncer de próstata	81,3	41,9
Crenças sobre o teste de PSA (%)		
PSA é valioso	96,9	48,4
PSA reduz significativamente a mortalidade por câncer de próstata	70,0	6,5
Discute frequentemente/sempe o teste de PSA (%)		
Paciente com histórico familiar de câncer de próstata	90,6	80,6
Paciente que é negro/de ascendência africana	87,5	61,3

Abreviações: PCP, provedor de cuidados primários.

atuais da USPSTF não fornecem quaisquer recomendações de rastreamento para populações de alto risco, como os afro-americanos. O

trabalho conduzido pelo BACPAC e por nossa equipe de pesquisa na Universidade de Washington influenciou a síntese ponderada de evidências para apoiar a tomada de decisão compartilhada entre afro-americanos ^{4,5}. Essas revisões de evidências foram seguidas pelo desenvolvimento de recomendações de diretrizes de rastreamento para afro-americanos pela Prostate Cancer Foundation ⁴. Além disso, nossa equipe de pesquisa tem projetos de pesquisa contínuos centrados no paciente, com o BACPAC para ajudar a desenvolver ferramentas para apoiar a conscientização e a tomada de decisão informada sobre o rastreamento de PSA para pacientes negros e seus provedores de cuidados primários.

Agradecimentos

Agradecemos a John Masembe, Garrett Britt, Lars Neuenschwander, Kyle Schuppe, Richard Pelman, Debi Johnson, Sung Min Kim, Erika M. Wolff e John L. Gore, ao Escritório de Divulgação e Engajamento Comunitário do Fred Hutch, à Sociedade de Urologia do Estado de Washington e

à Associação Médica do Estado de Washington pelo seu apoio e colaboração na conclusão deste trabalho.

Financiamento/Apoio: Este projeto foi viabilizado em parte pelo Fundo para o Fim do Câncer Andy Hill (CARE) (Contrato N° 2021-DR-01), pelo NCI SPORE (P50 CA097186) e pelo Departamento de Defesa dos EUA, Escritório dos Programas de Pesquisa Médica Dirigidos pelo Congresso sob a Subvenção N° W81XWH2110531. ■

1. Nyame YA, Cooperberg MR, Cumberbatch MG, et al. Deconstructing, addressing, and eliminating racial and ethnic inequities in prostate cancer care. *Eur Urol.* 2022;82(4):341-351. doi:10.1016/j.eururo.2022.03.007
2. Frimpong NA, Holt SK, Carson D, et al. Mp68-05 Excess death and potential life years lost among Black prostate cancer patients (1970-2020). *J Urol.* 2024;211(5S):e1109. doi:10.1097/01.JU.0001008744.60568.e8.05
3. Kappen S, Jürgens V, Freitag MH, Winter A. Attitudes toward and use of prostate-specific antigen testing among urologists and general practitioners in Germany: a survey. *Front Oncol.* 2021;11:691197. doi:10.3389/fonc.2021.691197
4. Garraway IP, Carlsson SV, Nyame YA, et al. Prostate cancer foundation screening guidelines for Black men in the United States. *NEJM Evid.* 2024;3(5):EVIDo2300289. doi:10.1056/EVIDo2300289
5. Kensler KH, Johnson R, Morley F, et al. Prostate cancer screening in African American men: a review of the evidence. *J Natl Cancer Inst.* 2024;116(1):34-52. doi:10.1093/jnci/djad193

Manejo Endoscópico Transmeatal de Estenoses da Uretra Anterior: Pensando Fora da Caixa

Hayley A. Premo, MD
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Yeonsoo Sara Lee, MD
Mayo Clinic, Jacksonville, Florida

Jonathan N. Warner, MD
Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Traduzido por: Dra. Bruna Afonso Venturini

A uretroplastia com enxerto de mucosa bucal, introduzida pela primeira vez por Kirill Sapezhko no início do século XIX,¹ levou a avanços notáveis na cirurgia reconstrutiva da uretra. A popularização da uretroplastia com enxerto bucal por Morey e McAninch² resultou em inovações no tratamento das estenoses uretrais, incluindo a evolução de procedimentos em um

estágio versus múltiplos estágios, o desenvolvimento de abordagens não transectantes e a aplicação bem-sucedida de enxertos bucais em tecidos previamente irradiados. O próximo desafio é tornar esses avanços cirúrgicos menos invasivos. Apesar de ter sido introduzida há mais de 45 anos, houve pouco progresso na melhoria ou na utilização da cirurgia endoscópica transmeatal. A uretroplastia endoscópica foi introduzida inicialmente por Pettersson et al. em 1977. A técnica envolvia a coleta de um enxerto de pele de espessura parcial da coxa e a adesão do enxerto a um cateter de Foley 20Fr após a uretrotomia interna dorsal de visão direta.³ Apesar dos resultados

promissores e da baixa morbidade dos pacientes,^{4,5} houve pouco progresso na melhoria e padronização da técnica, especialmente quando comparada aos avanços significativos feitos na uretroplastia aberta. Neste artigo, detalharemos nossas técnicas endoscópicas específicas e apresentaremos os resultados iniciais. Para qualquer estenose, o primeiro passo é realizar uma uretrotomia. Um bisturi frio é utilizado para fazer uma incisão única ao longo da face ventral da estenose, a fim de alcançar um calibre uretral de 30Fr. Em casos de estenose grave, fazemos a incisão até a fásia de dartos ou na gordura subjacente. Ao contrário da incisão dorsal, que depende apenas do

suporte vascular do corpo cavernoso, a incisão ventral conta com o suporte do corpo esponjoso subjacente, da fásia de dartos ou do tecido periuretral. Pelo menos, uma incisão ventral mantém as opções para uma preservação dorsal, caso o paciente necessite de uma revisão cirúrgica aberta subsequente devido à recorrência de estenose. O restante da nossa abordagem cirúrgica é determinado pela localização da estenose. Para estenoses da uretra peniana distal, utiliza-se um nefroscópio Wolf 26Fr deslocado para passar uma agulha rígida de cistoscopia endoscópica 18-gauge do lúmen uretral através do local

→ Continua na página 10

MANEJO ENDOSCÓPICO TRANSMETAL DE ESTENOSES DA URETRA ANTERIOR

→ Continua na página 9

de uretrotomia proximal sob visão direta e, em seguida, para fora da pele ventral (Figura 1, A). Uma sutura de PDS 3-0 é então passada pela agulha. Com a primeira sutura no lugar, a agulha é removida e passada pela segunda vez em uma localização próxima (Figura 1, B). A agulha e o nefroscópio são retirados, deixando duas extremidades de sutura saindo do meato. Essas suturas são então passadas por um enxerto de mucosa bucal adequadamente dimensionado, utilizando uma agulha livre, e amarradas com o nó no lado mucoso do enxerto proximal (Figura 1, C, D). O enxerto é colocado na posição sobre a uretrotomia. Para fixar o enxerto, suturas proximais de PDS 3-0 são colocadas em intervalos de 1 cm de forma semelhante usando o nefroscópio deslocado (Figura 1, E). Distalmente, um par de agulhas de ski pode ser passado pelo meato, como descrito por Nikolovsky, com a modificação de que preferimos suturas crômicas para permitir absorção rápida, proporcionando maior conforto ao paciente (Figura 1, F, G).⁶

Para estenoses uretrais proximais, novamente usamos o nefroscópio e uma agulha rígida de cistoscopia endoscópica para facilitar a implantação do enxerto. Na parte distal da uretrotomia, a agulha cistoscópica é passada pela uretra e para fora do períneo (Figura 2, A, B). Um par de suturas é então colocado de ambos os lados da uretrotomia. Estas são fixadas

“Definindo o sucesso com a patência uretral na cistoscopia flexível usando um escopo 17Fr aos 4 meses pós-operatórios, os resultados a curto prazo dos pacientes até agora têm sido promissores.”

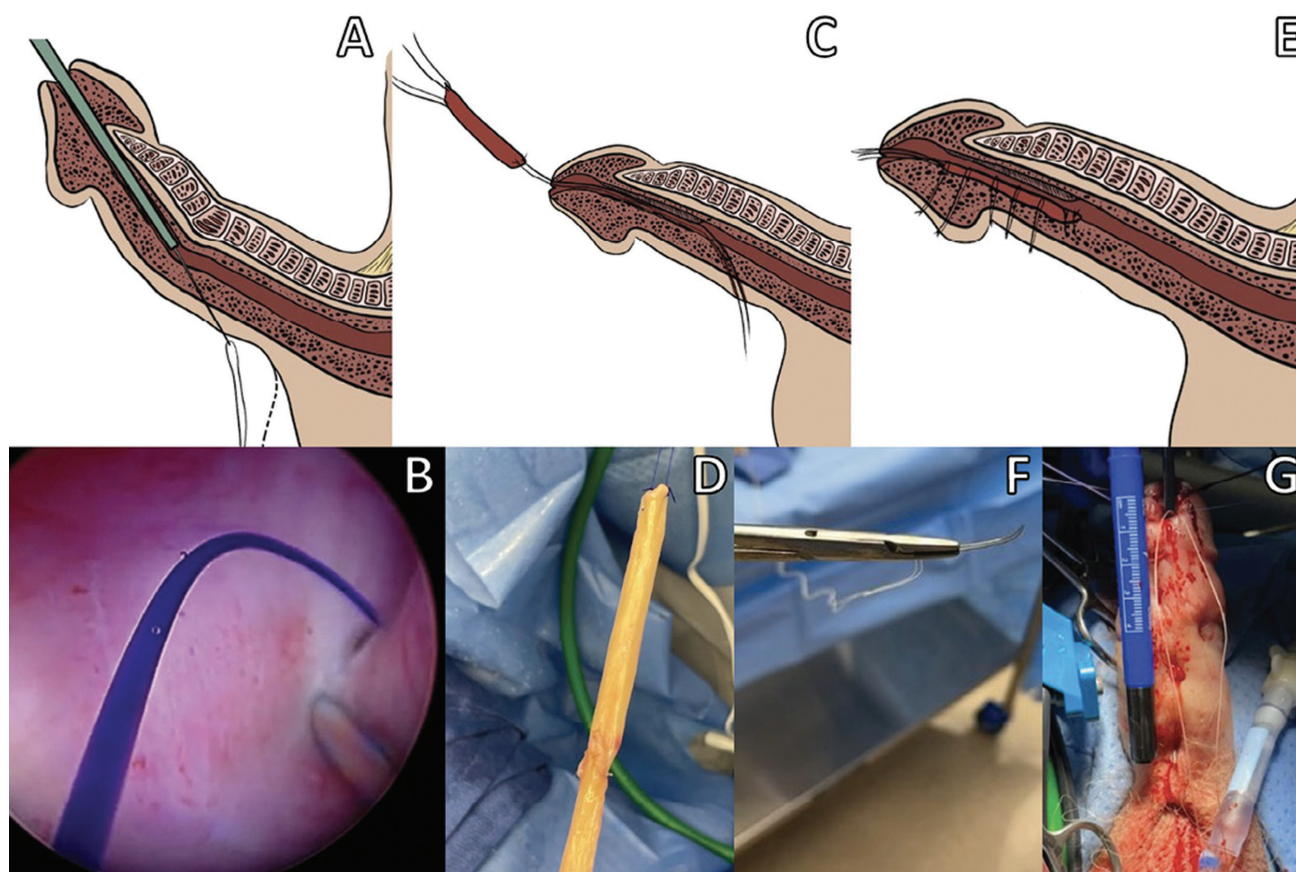


Figura 1. Reparo da estenose de uretra distal. A, Posicionamento da agulha cistoscópica em nefroscópio deslocado através da uretrotomia. B, A sutura 3-0 PDS é passada de forma próxima através da agulha cistoscópica. C e D, A sutura PDS é passada pela extremidade proximal do enxerto e um nó é amarrado no lado mucoso. E, Fixação do enxerto. F e G, Agulha Ski colocada distalmente através do meato e usada para ancorar o enxerto de distal para proximal. Ilustrações usadas com permissão de Yeonsoo S. Lee.

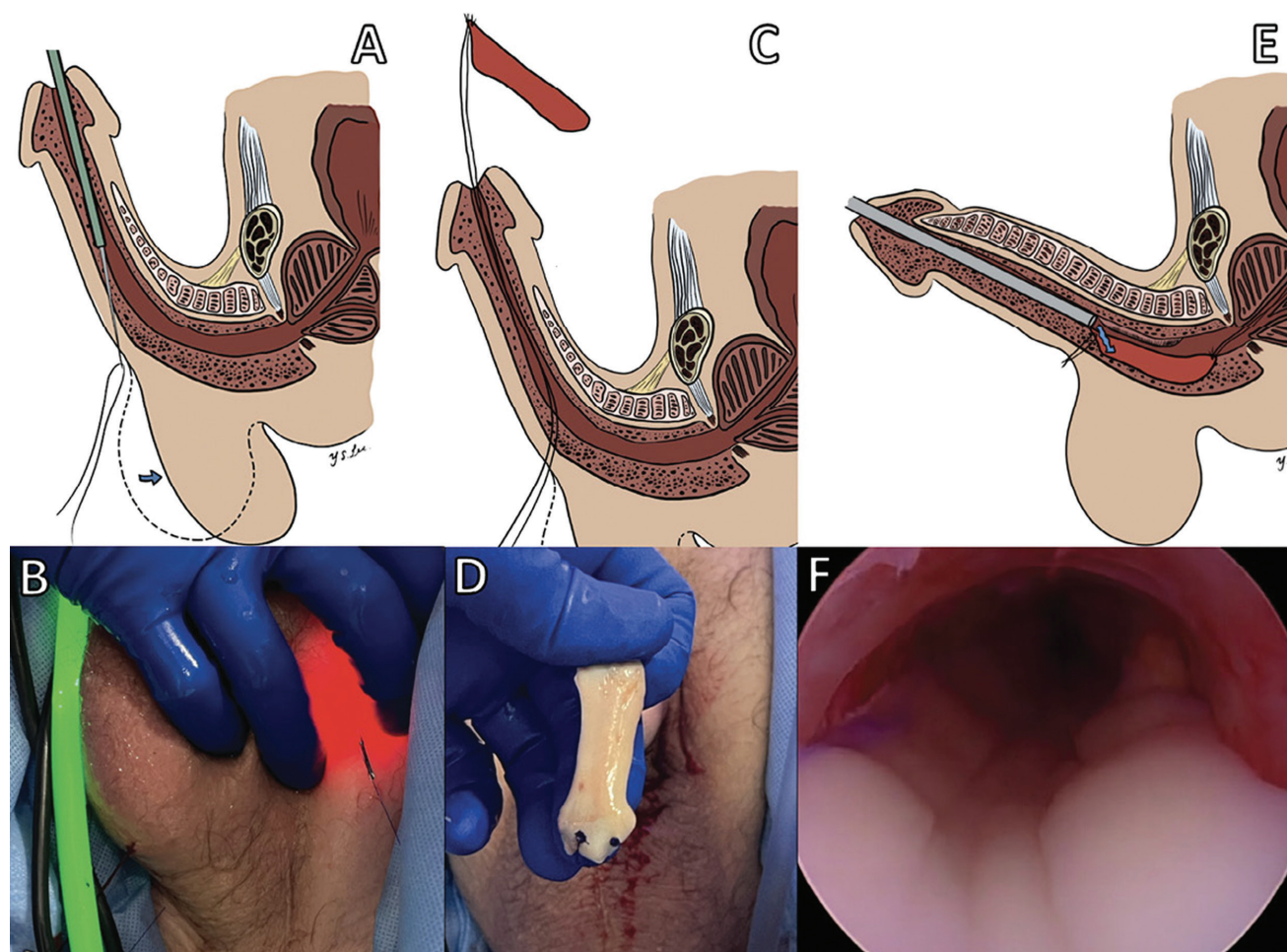


Figura 2. Reparo da estenose uretral anterior proximal. A e B, Usando o nefroscópio deslocado, a agulha cistoscópica é passada pela uretrotomia e para fora do períneo. C, O enxerto é orientado com a anti-mucosa voltada para baixo, em direção ao esponjoso exposto. D, Pares de sutura são amarrados, criando 2 nós no lado mucoso do enxerto. E, A cistoscopia é usada para garantir que o enxerto cubra todo o defeito uretral. F, O enxerto é fixado com grampos de vicryl. Ilustrações usadas com permissão de Yeonsoo S. Lee.

→ Continua na página 11

MANEJO ENDOSCÓPICO TRANSMEATAL DE ESTENOSES DA URETRA ANTERIOR

→ Continua na página 10

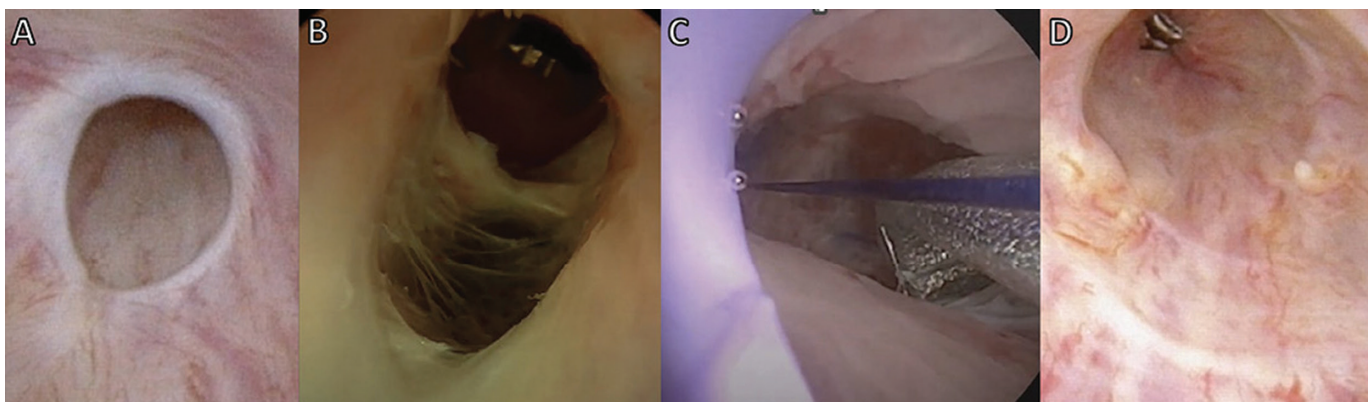


Figura 3. Reparo de estenose curta. A, Estenose antes do tratamento. B, Incisão da estenose. C, Realinhamento mucoso utilizando o dispositivo de sutura laparoscópica RD180®. D, Um nó de titânio é colocado endoscopicamente por meio do dispositivo Ti-knot® para ancorar a sutura no lugar.

externamente no meato, com cuidado para evitar torções. O enxerto é então orientado com a anti-mucosa voltada para baixo, em direção ao esponjoso exposto, e a mucosa voltada para o lúmen (Figura 2, C). As extremidades das suturas transmeatais previamente colocadas são então passadas pelo enxerto da anti-mucosa para a mucosa usando uma agulha livre, no que será a parte distal do enxerto. Os pares de sutura são amarrados juntos, criando um nó no lado mucoso (Figura 2, D). As suturas externas são puxadas, e o enxerto se retrai para dentro da uretra. A cistoscopia é realizada para virar o enxerto dentro da uretra, garantindo que ele cubra completamente a uretrotomia (Figura 2, E). Para realizar a fixação do enxerto, o dispositivo JNW Urtract (LSI Solutions, Victor, New York) é introduzido com o Securestrap (Ethicon, Somerville, New Jersey),

“O uso da uretroplastia endoscópica transmeatal é uma opção segura e promissora para o tratamento da doença de estenose da uretra anterior.”

que implanta grampos absorvíveis de vicryl. Enquanto um dedo comprime externamente o períneo em direção à ponta do Securestrap, a porção mediana ventral do enxerto é fixada (Figura 2, F). Para estenoses uretrais curtas, definidas como < 2 cm, nenhum enxerto é utilizado. Após a realização da

uretrotomia ventral, o dispositivo de sutura laparoscópica RD180 (LSI Solutions, Victor, New York) é usado para colocar 2 suturas de cada lado da incisão da uretrotomia (Figura 3, C). Isso permite que as extremidades proximal e distal da mucosa sejam fixadas perpendicularmente à uretrotomia de forma Heineke-Mikulicz. O dispositivo Ti-knot (LSI Solutions, Victor, New York) é usado para implantar um nó de titânio endoscopicamente, ancorando assim cada sutura no lugar (Figura 3, D).

Definindo o sucesso como a permeabilidade uretral na cistoscopia flexível usando um escopo 17Fr aos 4 meses pós-operatórios, os resultados iniciais dos pacientes têm sido promissores até o momento. Até agora, 35 pacientes foram tratados endoscopicamente para estenoses anteriores. Com um acompanhamento médio de 9 meses

(variação de 4 a 21 meses), 3 pacientes apresentaram recorrência da estenose.

A aplicação de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas para melhorar os resultados dos pacientes, ao mesmo tempo em que minimiza a morbidade, é um ponto de orgulho dentro da comunidade urológica. Desenvolver e refinar abordagens cirúrgicas inovadoras para tratar problemas comuns é um aspecto importante para fornecer melhorias contínuas no cuidado ao paciente. O uso da uretroplastia endoscópica transmeatal é uma opção segura e promissora para o tratamento da doença de estenose uretral anterior. ■

1. Barbagli G, Balò S, Montorsi F, Sansalone S, Lazzeri M. History and evolution of the use of oral mucosa for urethral reconstruction. *Asian J Urol.* 2017;4(2):96-101. doi:10.1016/j.ajur.2016.05.006. Epub 2016 Jun 26.
2. Morey AF, McAninch JW. Technique of harvesting buccal mucosa for urethral reconstruction. *J Urol.* 1996;155(5):1696-1697. doi:10.1016/S0022-5347(01)66167-6
3. Pettersson S, Asklin B, Bratt CC. Endourethral urethroplasty: a simple method for treatment of urethral strictures by internal urethrotomy and primary split skin grafting. *Br J Urol.* 1978;50(4):257-261. doi:10.1111/j.1464-410X.1978.tb02821.x
4. Chiou RK. Endourethroplasty in the management of complicated posterior urethral strictures. *J Urol.* 1988;140(3):607-610. doi:10.1016/S0022-5347(17)41735-6
5. Naude JH. Endoscopic skin-graft urethroplasty. *World J Urol.* 1998;16(3):171-174. doi:10.1007/s003450050047
6. Nikolavsky D, Abouelleil M, Daneshvar M. Transurethral ventral buccal mucosa graft inlay urethroplasty for reconstruction of fossa navicularis and distal urethral strictures: surgical technique and preliminary results. *Int Urol Nephrol.* 2016;48(11):1823-1829. doi:10.1007/s11255-016-1381-1

Pouches Fasciocutâneos da Coxa para Reconstrução Escrotal Após Gangrena de Fournier

Roger Klein, MD, PhD
UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania

William Daly, MD
UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania

John Myrqa, MD
UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania

Chris Staniorski, MD
UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania

Paul Rusilko, DO, FACS
UPMC, Pittsburgh, Pennsylvania

Traduzido por Dr: Silvio Henrique Maia de Almeida

A gangrena de Fournier é uma infecção necrotizante grave e com alta morbidade, que afeta os tecidos moles do períneo, escroto e genitais¹. A trombose e necrose da vascularização dos tecidos acometidos são os principais mecanismos fisiopatológicos da doença. Assim, os tecidos irrigados por ramos das artérias epigástrica inferior e circunflexa ilíaca, que percorrem a fáscia de Colles, são os mais afetados, incluindo a parte anterior do escroto, o períneo e as regiões in-

guinais. Em contrapartida, tecidos com suprimento sanguíneo alternativo, como os testículos (artéria gonadal), a parte posterior do escroto (artéria pudenda interna) e a parte medial da coxa (artéria femoral circunflexa medial), costumam ser poupados.

Fatores específicos do paciente que predisõem à gangrena de Fournier continuam a aumentar em prevalência, incluindo idade avançada, doenças vasculares, diabetes e obesidade². Apesar dis-

so, dados recentes sugerem que o reconhecimento precoce e o tratamento cirúrgico agressivo e imediato têm sido eficazes na redução da mortalidade aguda associada à doença. Isso levou a um aumento no número de pacientes frágeis que necessitam de reconstrução genital extensa após o desbridamento inicial e a recuperação. Dessa forma, preferimos abordagens reconstrutivas que priorizam a simplicidade e

→ Continua na página 12

POUCHES FASCIOCUTÂNEOS DA COXA PARA RECONSTRUÇÃO ESCROTAL APÓS GANGRENA DE FOURNIER

→ Continua na página 11

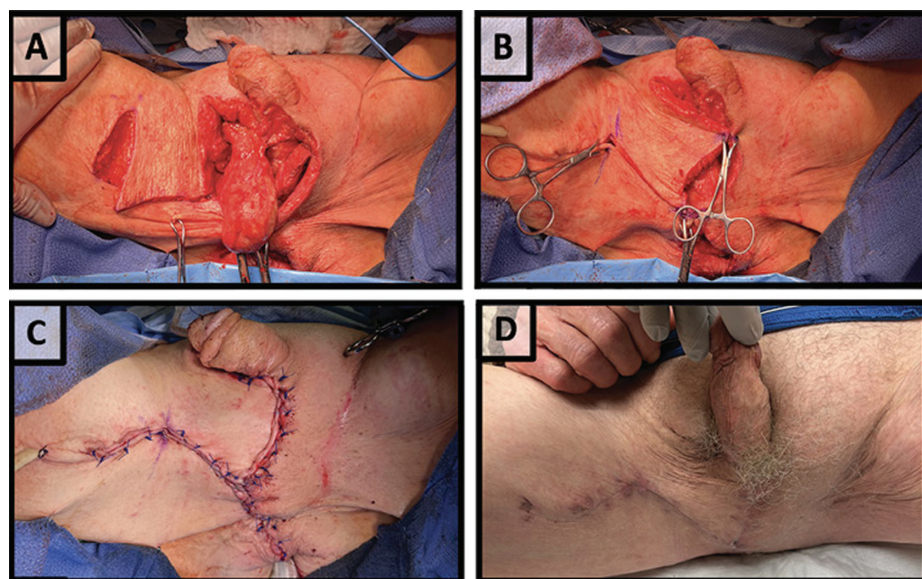


Figura 1. Uso de um retalho fasciocutâneo medial da coxa direita com criação de pouche bilateral na coxa para o fechamento de um defeito de tamanho médio após desbridamento para gangrena de Fournier. O pouche da coxa esquerda foi criado anteriormente. A a C, Imagens intraoperatórias representando isolamento e rotação de um retalho pediculado da coxa direita na área perineal. D, Aparência 6 meses após a cirurgia.

o uso de tecidos saudáveis e bem vascularizados, minimizando o risco de complicações pós-operatórias e a morbidade associada.

Diversas opções de reconstrução escrotal e perineal foram descritas na literatura, incluindo fechamento primário, fechamento com separação de componentes, escrotoplastia com retalhos locais, enxerto de pele de espessura parcial e a construção de bolsas testiculares na coxa^{4 e 5}. No entanto, os dados sobre os resultados cirúrgicos dessas abordagens são limitados a pequenos estudos retrospectivos⁶⁻⁸. Infelizmente, não existem estudos comparativos prospectivos em larga escala que avaliem os desfechos cirúrgicos e a satisfação dos pacientes após essas reconstruções. Além disso, há poucas informações sobre as prioridades dos pacientes

no momento da reconstrução da gangrena de Fournier e como esses fatores influenciam o processo de tomada de decisão. Embora a saúde dos tecidos locais e a extensão do desbridamento inicial devam guiar a escolha da abordagem, defendemos que um limiar baixo para a reconstrução com bolsas permanentes na coxa é frequentemente do melhor interesse do paciente. Vale ressaltar que o uso dessas bolsas no momento do fechamento inicial não impede futuras revisões com escrotoplastia formal, caso o paciente relate insatisfação estética ou desconforto.

Quando o desbridamento perineal é mínimo, geralmente criamos *pouches* na parte medial da coxa por meio de dissecação romba superficial à fáscia lata, bilateralmente, com fechamento primário dos re-

talhos mobilizados na linha média do períneo até a base do pênis⁹. Isso pode ser realizado com ou sem enxerto simultâneo no eixo peniano. Se defeitos maiores inviabilizarem o fechamento primário, retalhos locais podem ser mobilizados para oferecer cobertura adicional utilizando um pedículo vascular. Caso o desbridamento suprapúbico deixe um grande defeito sobre o monte pubiano, pode-se mobilizar um retalho de avanço inferior do abdome. Se for necessária cobertura adicional para reduzir a tensão sobre o fechamento perineal e da região suprapúbica lateral ao pênis, um retalho fasciocutâneo da coxa lateral pode ser mobilizado e posicionado sobre os testículos e outras áreas com defeito (figura 1). Isso pode ser especialmente benéfico para pacientes frágeis, que talvez não tenham condições fisiológicas para a cicatrização de enxertos de pele. Além disso, esses métodos minimizam a necessidade de trocas frequentes de curativos e do uso de dispositivos de fechamento assistido a vácuo, simplificando o cuidado pós-operatório e possivelmente acelerando a alta hospitalar.

O uso de enxertos de pele de espessura parcial é frequentemente apontado como uma abordagem ideal para reconstrução, pois proporciona uma aparência mais próxima da anatomia genitourinária masculina normal¹⁰. No entanto, os fatores necessários para o sucesso do enxerto, como vascularização robusta e suporte imunológico, frequentemente estão comprometidos em pacientes que necessitam de reconstrução devido à gangrena de Fournier. Isso pode



Figura 3. Escrotoplastia realizada de forma tardia após a criação de *pouche* na coxa no momento do fechamento inicial de Fournier.

resultar em complicações significativas, incluindo perda do enxerto (Figura 2) e prolongamento da hospitalização em comparação com abordagens reconstrutivas mais simples. Além disso, mesmo em circunstâncias ideais, a estética final da reconstrução escrotal com enxertos de pele de espessura parcial é limitada pela adesão direta do enxerto à túnica albugínea dos testículos, o que pode causar desconforto ao paciente.

Conclusão

Em conclusão, acreditamos que a complexidade médica dos pacientes frágeis submetidos ao desbridamento da gangrena de Fournier justifica abordagens reconstrutivas que minimizem a complexidade e maximizem o uso de tecidos saudáveis adjacentes. Isso frequentemente se traduz em fechamento primário com a criação de *pouches* laterais na coxa, mas também pode envolver a mobilização de retalhos fasciocutâneos mediais para ampliar a cobertura. Caso os pacientes desejem procedimentos adicionais para obter uma anatomia escrotal mais próxima do natural, a escrotoplastia tardia permanece uma opção (Figura 3). Para melhor orientar os pacientes nessas situações cada vez mais comuns, a comunidade urológica precisa colaborar para compreender melhor as prioridades dos pacientes antes da

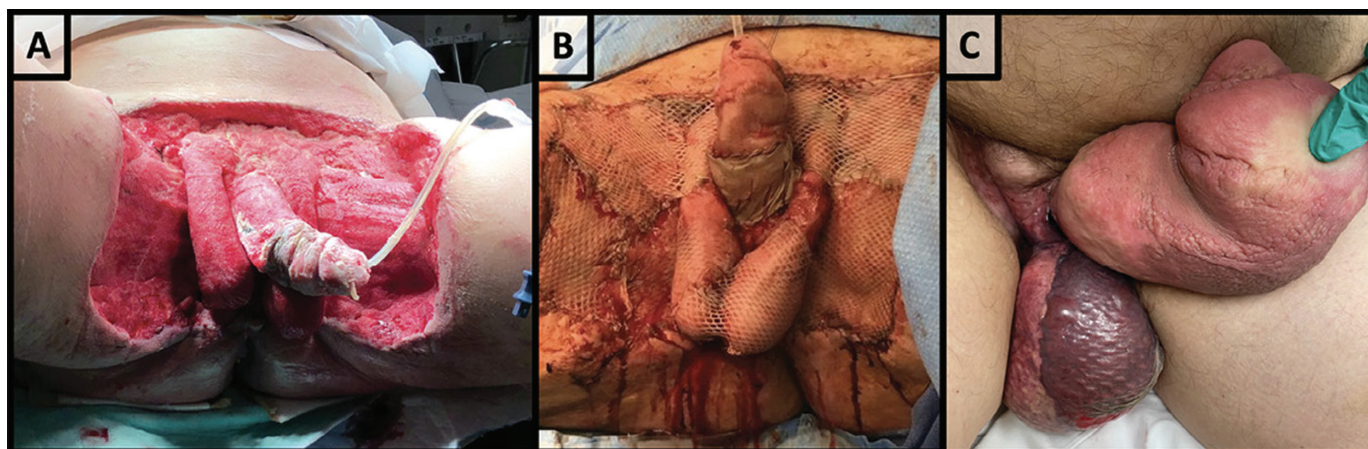


Figure 2. Falha na incorporação do enxerto escrotal, exigindo revisão da criação da bolsa da coxa. A, Leito de ressecção extenso após desbridamento de Fournier. B, Foi realizado enxerto de pele de espessura parcial em malha escrotal, perineal e peripúbica. C, Perda do enxerto da pele escrotal.

→ Continua na página 13

POUCHES FASCIOCUTÂNEOS DA COXA PARA RECONSTRUÇÃO ESCROTAL APÓS GANGRENA DE FOURNIER

→ Continua na página 12

reconstrução e para quantificar os resultados cirúrgicos e a satisfação pós-operatória. ■

1. Leslie SW, Rad J, Foreman J. Fournier gangrene. Updated June 5, 2023. StatPearls Publishing; 2024. Accessed October 8, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549821/>

2. Abbasi B, Hacker E, Ghaffar U, et al. Revisiting Fournier gangrene: a contemporary epidemiological perspective vs perineal cellulitis. *Urol Pract.* 2024;12(1):000-000. doi:10.1097/UPJ.0000000000 0000724

3. Shet P, Mustafa AD, Varshney K, et al. Risk factors for mortality among patients with Fournier gangrene: a systematic review. *Surg Infect (Larchmtl).* 2024;25(4):261-271. doi:10.1089/sur.2023.372

4. Michael P, Peiris B, Ralph D, Johnson M, Lee WG. Genital reconstruction following Fournier's gangrene. *Sex Med Rev.* 2022;10(4):800-812. doi:10.1016/j.sxmr.2022.05.002

5. Sandberg JM, Warner HL, Flynn KJ, et al. Favorable outcomes with early component separation, primary closure of necrotizing soft tissue infections of the genitalia (Fournier's gangrene) debridement wound defects. *Urology.* 2022;166:250-

256. doi:10.1016/j.urology.2022.03.042

6. Susini P, Marcaccini G, Efica J, et al. Fournier's gangrene surgical reconstruction: a systematic review. *JCM.* 2024;13(14):4085. doi:10.3390/jcm13144085

7. Matias MJR, Guimarães D, Vilela M, Sousa J, Bexiga J. Fournier gangrene – would you KISS it?. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW.* 2023;12:Doc12. doi:10.3205/iprs000182

8. Rossi SA, de Schoulepnikoff C, Guillier D, Raffoul W, di Summa PG. Quality of life and sexual health after perineal reconstruction in Fournier gangrene using pedicled anterolateral thigh

flaps. *Front Surg.* 2022;9:994936. doi:10.3389/fsurg.2022.994936

9. Staniorski C, Myrga J, Hayden C, Sterling J, Rusilko P. Fasciocutaneous flap perineal closure with testicular thigh pouch for scrotal defects: surgical technique and initial experience. *Urology.* 2023;182:231-238. doi:10.1016/j.urology.2023.07.039

10. Hayon S, Demzik A, Ehlers M, McGowan M, Mohan C, Figler BD. Orchidopexy and split-thickness skin graft for scrotal defects after necrotizing fasciitis. *Urology.* 2021;152:196. doi:10.1016/j.urology.2021.02.007

SAVE THE DATE



SAIBA MAIS:



Conheça Florianópolis

As belezas naturais de Florianópolis encantam a todos. Com mais de 100 praias distribuídas pelas ilhas e o continente. Além de muitas outras atrações, como a agitada Lagoa da Conceição e a tranquila Lagoa do Peri, o tradicional Centro Histórico, a Movimentada Avenida Beira-Mar, os bucólicos bairros de estilo açoriano de Santo Antônio de Lisboa e do Ribeirão da Ilha e as imponentes fortalezas coloniais.



Agência de Turismo
Oficial do CBU 2025