



A ressecção transuretral (RTU) da próstata é um procedimento minimamente invasivo, através do qual é ressecada a porção interna da próstata e com isso melhorando o fluxo urinário e os sintomas. Tem sido a principal forma de tratamento cirúrgico para pacientes com hiperplasia prostática benigna (HPB) refratários aos tratamentos medicamentosos. A maioria dos pacientes submetidos à RTU apresentam uma melhora significativa do padrão miccional. As complicações associadas a RTU são pouco frequentes e podem incluir: sangramento, intoxicação hídrica, ejaculação retrógrada, estenose uretral, retenção urinária e incontinência urinária. ^[1]

I- ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: A obstrução do fluxo urinário pode levar a sintomas vesicais irritativos (aumento da frequência urinária diurna e/ou noturna, urgência miccional e urge-incontinência) e obstrutivos (redução do jato miccional, esvaziamento incompleto vesical e necessidade de fazer força para iniciar a micção).

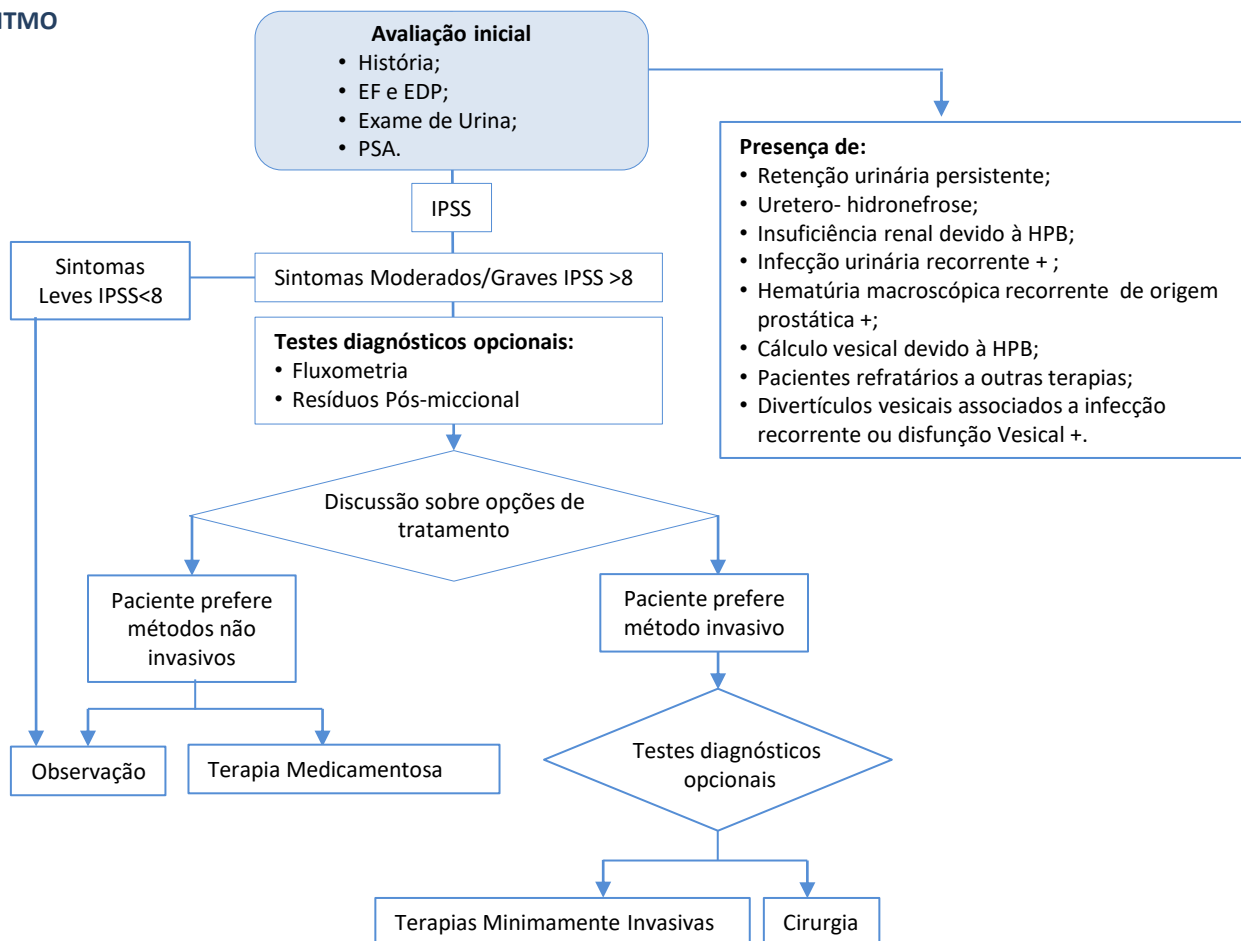
Exames Diagnósticos: US rins, vias urinárias e próstata (com medida do resíduo pós miccional), Fluxometria livre, Estudo urodinâmico, Ressonância magnética e Biópsia da próstata para afastar neoplasia.

CID 10	Definição
N40	Hiperplasia da próstata

2. INDICAÇÃO CIRÚRGICA

A cirurgia é indicada para o tratamento de pacientes com HPB com sintomas urinários moderados ou severos refratários ao tratamento clínico ou com algum tipo de complicação recorrente devido ao quadro de obstrução total ou parcial da urina.

ALGORITMO



3. EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Hemograma, Sódio, Potássio, Coagulograma, Ureia, Creatinina, Glicemia, Urina 1, Urocultura, Raio X de tórax, ECG e Teste ergométrico (se necessário).

4. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:

- Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA): I e II;
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades;
- Peso da próstata <100g.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

Não Elegíveis:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico);
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto;
- Pacientes em uso vigente de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários;
- Próstata com peso superior a 100g.

5. ALOCAÇÃO

- 3 diárias de Apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento;
- Avaliação Clínica e Cardiológica.

ANESTESIA:

- Sedação com raquianestesia (ou anestesia geral, a critério da equipe de anestesia).

CIRURGIA:

- Via endoscópica (transuretral) sem incisão abdominal.

Critérios para Alta hospitalar

- Ausência de hematúria;
- Micção espontânea;
- Analgesia eficaz.

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1g	EV	6/6h
Analgésico (Paracetamol)	750mg	VO	6/6h
Antiespasmódico (Escopolamina)	10mg	EV	8/8h
Opioide (Tramadol)	100mg	EV	8/8h se dor
Opioide (Morfina)	2mg	EV	4/4h se dor
Antiemético (Ondansetron)	4mg	EV	8/8h
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

7. PÓS OPERATÓRIO

- **Dieta:** Geral;
- **Cuidados específicos:** Cuidados com Sonda Vesical de Demora, Irrigação Vesical Contínua, lavagem de Sonda Vesical (se obstrução);
- **Atividade:** O paciente pode deambular a partir do 1º pós operatório;
- **Indicação de exames de controle:** NA.

ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:

- Dieta sem restrições;
- Retorno ambulatorial em 7 – 10 dias;
- Atividade física após 3 semanas;
- Retorno ao trabalho em 7-14 dias;
- Procurar o cirurgião caso apresente hematúria importante (franca), retenção urinária por obstrução vesical, febre, vômito, alteração do nível de consciência.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 72h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien \geq 3 em até 30 dias após a alta;
- Órtese;
- Complicações;
- Readmissão no Pronto Atendimento;

A SBIBAE recomenda:

1. Não realizar nenhum procedimento cirúrgico antes que todas as alternativas conservadoras tiverem sido testadas;
2. Não realizar o procedimento na vigência do uso de medicamentos anticoagulantes. O médico deve ser informado de todas as informações que o paciente utiliza;
3. Se dúvida sobre infecção urinário ou câncer de próstata associado, o procedimento deve ocorrer após investigação apropriada e descartadas as patologias;
4. Discutir com seu médico as técnicas de realização da RTU para que possa ser utilizada a que melhor atente as particularidades clínicas e cada paciente;
5. Próstatas com volume maior que 150 gramas a RTU deve ser realizada em, apenas, casos de exceção.

III. GLOSSÁRIO

IMC: Índice de massa corpórea

DM: diabetes mellitus

HAS: hipertensão arterial sistêmica

IRC: Insuficiência renal crônica

TEV: tromboembolismo venoso

ECG: Eletrocardiograma

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração do template

V. Referência

[1] Malaeb BS, Yu X, McBean AM, Elliott SP. National trends in surgical therapy for benign prostatic hyperplasia in the United States (2000-2008). Urology 2012; 79:1111.

[2] https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hiperplasia-prostatica-benigna.pdf.

Código Documento: CPTW009.3	Elaborador: Arie Carneiro José Antonio D.C.Longo Jose R Colombo Junior Daniel Paulillo	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data de atualização: 24/05/2023	Data de Aprovação: 20/04/2021
---------------------------------------	---	---	---	---	---