

Atualizações sobre as manifestações clínicas e a avaliação diagnóstica da hiperplasia prostática benigna

Update on clinical manifestations and diagnostic evaluation of benign prostatic hyperplasia

DOI:10.34119/bjhrv5n5-245

Recebimento dos originais: 12/09/2022

Aceitação para publicação: 13/10/2022

Guilherme Marques Reis

Acadêmico do curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS)

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS)

Endereço: Rua das Tangerinas, 631, Vila Clóris, Belo Horizonte - Minas Gerais

E-mail: guilherme_marqs@icloud.com

Carolina Oliveira Lucas

Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS)

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS)

Endereço: Rua Carlos Gomes, 414, Santo Antônio

E-mail: carol.lucas20@hotmail.com

Gabriela Rigueira Angelo de Lima

Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS)

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS)

Endereço: Rua Gentios, 50

E-mail: gabrielalimabh@hotmail.com

Camila Aparecida Campos Santos

Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS)

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS)

Endereço: Rua Tapera, 347, São Francisco, Conceição do Mato Dentro - Minas Gerais

E-mail: milla.santtos@hotmail.com

João Victor Sá Vieira

Acadêmico do curso de Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Endereço: Rua Paraíba, 189, Santa Efigênia, Belo Horizonte - Minas Gerais

E-mail: jvsv1530@gmail.com

Letícia de Araújo Pires

Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Endereço: Rua Guajajaras, 885

E-mail: leticiaaraujop@icloud.com

Rebecca Caroline de Araújo Emerick

Acadêmica do curso de Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)
Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)
Endereço: Rua Alair Marques Rodrigues, 954, Santa Amélia, Belo Horizonte - Minas Gerais
E-mail: rebsemerick@gmail.com

Isadora Pessoa Coimbra Rabello

Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS)
Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS)
Endereço: Rua Santa Catarina, 613, Lourdes, CEP: 30170-080
E-mail: isadorapcrabello@hotmail.com

João Pedro Dogakiuti

Acadêmico do curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS)
Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS)
Endereço: Rua das Tangerinas, 631, Vila Clóris, Belo Horizonte - Minas Gerais
E-mail: jpdogakiute@hotmail.com

RESUMO

A hiperplasia prostática benigna é um diagnóstico histológico que se refere à proliferação de tecido epitelial glandular, músculo liso e tecido conjuntivo dentro da zona de transição prostática, a maioria dos homens desenvolverá hiperplasia prostática benigna, que pode estar associada a sintomas do trato urinário inferior. A hiperplasia prostática benigna possui prevalência histológica comprovada em autópsias em todo o mundo começando na idade de 40 a 45 anos, pode ser assintomática. No entanto, a HBP pode levar a um aumento da próstata e resultar em sintomas do trato urinário inferior devido à obstrução ao nível do colo da bexiga. As manifestações clínicas comuns de sintomas do trato urinário inferior e da hiperplasia prostática benigna incluem sintomas de armazenamento e sintomas miccionais, os sintomas variam em gravidade ao longo do tempo e não se correlacionam bem com o tamanho da próstata ou anormalidades fisiológicas. O diagnóstico presuntivo de sintomas do trato urinário inferior é estabelecido pela presença de sintomas de armazenamento e de micção, a presença de uma próstata simetricamente aumentada, lisa e indolor no exame físico corrobora o diagnóstico

Palavras-chave: Hiperplasia prostática benigna, manifestações clínicas, diagnóstico.

ABSTRACT

Benign prostatic hyperplasia is a histological diagnosis that refers to the proliferation of glandular epithelial tissue, smooth muscle, and connective tissue within the prostatic transition zone, most men will develop benign prostatic hyperplasia, which may be associated with lower urinary tract symptoms. Benign prostatic hyperplasia has histologically proven prevalence in autopsies worldwide starting at age 40 to 45 years, it may be asymptomatic. However, BPH can lead to an enlarged prostate and result in lower urinary tract symptoms due to obstruction at the level of the bladder neck. Common clinical manifestations of lower urinary tract symptoms and benign prostatic hyperplasia include storage symptoms and voiding symptoms, symptoms vary in severity over time, and do not correlate well with prostate size or physiological abnormalities. The presumptive diagnosis of lower urinary tract symptoms is established by the presence of storage and micturition symptoms, the presence of a symmetrically enlarged, smooth, and painless prostate on physical examination supports the diagnosis.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, clinical manifestations, diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é um diagnóstico histológico que se refere à proliferação de tecido epitelial glandular, músculo liso e tecido conjuntivo dentro da zona de transição prostática, a HBP é onipresente no envelhecimento masculino, com prevalência histológica comprovada em autópsias em todo o mundo começando na idade de 40 a 45 anos, atingindo 60% aos 60 anos e 80% aos 80 anos. A HPB pode ser assintomática e, nesse caso, não requer tratamento. No entanto, a HBP pode levar a um aumento benigno da próstata e resultar em sintomas do trato urinário inferior devido à obstrução ao nível do colo da bexiga, os sintomas do trato urinário inferior pode ser causado por uma variedade de condições. Os sintomas do trato urinário inferior/HPB será usado para indicar sintomas do trato urinário inferior atribuídos a HBP, de acordo com as diretrizes clínicas de HBP da American Urological Association¹.

O acrônimo HPB (hiperplasia prostática benigna) é muitas vezes incorretamente assumido para representar hipertrofia prostática benigna, que é um termo arcaico que descreve um aumento no tamanho das células em vez do número de células. A HBP resulta em aumento benigno da próstata em alguns, mas não em todos os homens. Esse aumento pode, por sua vez, levar à obstrução prostática benigna e à obstrução da saída da bexiga. Embora a HBP isoladamente não exija tratamento, a aumento benigno da próstata e a obstrução prostática benigna estão frequentemente associadas a sintomas do trato urinário inferior, que podem exigir tratamento².

O presente estudo tem como objetivo revisar sobre as manifestações clínicas e a avaliação diagnóstica da hiperplasia prostática benigna.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em um artigo de revisão sistemática de literatura com meta-análise, realizado de forma descritiva. Para a análise e seleção dos artigos a serem incluídos na revisão, os títulos dos artigos foram inicialmente avaliados com base na estratégia de busca de bases de dados eletrônicos, com uma avaliação subsequente dos resumos de estudos que contemplaram o assunto. Os artigos considerados pertinentes foram lidos na íntegra, a fim de excluir os artigos fora do tópico ou com algum design fora dos critérios estabelecidos de inclusão. Após a escolha dos artigos, as seguintes informações foram extraídas de cada artigo: autor, ano de publicação, número de pacientes submetidos à pesquisa, tempo de seguimento, metodologia aplicada e resultados. Os resultados dos estudos foram analisados de forma descritiva. Como critérios de exclusão, os artigos que abordavam sobre estudos experimentais

e em teste in vitro foram excluídos, artigos como Narrativa, Editorial, Carta ao Editor, Comunicação preliminar ou relato de caso foram excluídos, artigos fora do período de publicação estabelecido e publicações na língua que não inglesa também não foram selecionados. Para realização desse artigo foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Cochrane e Uptodate, na qual foram utilizadas diversas combinações de termos relacionados ao tema, incluindo derivações que foram conectados pelo descritor booleano AND, utilizando os seguintes descritores pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): Benign prostatic hyperplasia; Clinical manifestations; Diagnosis. Considerando os critérios de inclusão da pesquisa, foram analisados 9 artigos, sendo estes limitados a publicação entre os anos de 1990 a 2022, publicados originalmente na língua inglesa, os artigos inclusos poderiam ser ensaios clínicos, estudos de coorte, coortes históricas e estudos de caso controle. Esses artigos foram selecionados por analisarem sobre as manifestações clínicas e a avaliação diagnóstica da hiperplasia prostática benigna.

3 DESENVOLVIMENTO

A hiperplasia prostática benigna (HPB) pode ser assintomática e a correlação entre os sintomas e a presença de aumento prostático no exame físico ou na avaliação ultrassonográfica transretal é ruim, quando sintomática, a HBP apresenta sintomas do trato urinário inferior. As manifestações típicas de sintomas do trato urinário inferior /HPB incluem, sintomas de armazenamento (irritativos), tais como frequência urinária, urgência, noctúria e incontinência e sintomas miccionais, tais como jato urinário lento, esforço para urinar, intermitência urinária (jato iniciando e parando durante a micção) ou hesitação, divisão do jato miccional e gotejamento terminal^{1,2}.

Os sintomas de armazenamento costumam ser mais incômodos do que os sintomas de esvaziamento. A gravidade dos sintomas (na maioria das vezes classificada como leve, moderada ou grave) motiva os pacientes a procurar tratamento relacionado à HBP. Os achados do exame físico incluem uma próstata aumentada e não sensível ao toque retal (DRE), o tamanho da próstata ao exame não se correlaciona bem com a gravidade dos sintomas. Não há achados laboratoriais ou de imagem típicos, exceto que a HPB está associada a níveis mais elevados de antígeno prostático específico (PSA), produzido pelo tecido prostático benigno².

Os sintomas tendem a progredir gradualmente ao longo dos anos, especialmente em pacientes mais velhos; no entanto, eles podem melhorar espontaneamente em uma minoria de pacientes. A história natural da progressão de sintomas do trato urinário inferior/HPB foi descrita no Health Professionals Follow-up Study. Nesta coorte de 9.628 homens que

inicialmente relataram sintomas do trato urinário inferior moderados, cerca de um quarto progrediu para sintomas do trato urinário inferior grave em um acompanhamento médio de 5,9 anos, e as taxas de progressão aumentaram acentuadamente à medida que os homens envelheceram. As complicações potenciais da HBP não tratada incluem retenção urinária aguda. Além disso, a obstrução crônica e a falha em esvaziar completamente a bexiga da urina podem aumentar o risco de infecções do trato urinário (ITUs), cálculos na bexiga, formação de divertículos na bexiga e danos renais. A HPB não é um fator de risco para câncer de próstata. A HPB ocorre principalmente na zona central ou de transição da próstata, enquanto o câncer de próstata se origina principalmente na parte periférica da glândula. Uma análise do braço placebo do Prostate Cancer Prevention Trial, onde foram realizadas biópsias de rotina, não encontrou uma associação entre HBP e câncer de próstata³.

As diversas condições urológicas podem apresentar sintomas do trato urinário inferior. Antes de concluir que sintomas do trato urinário inferior está relacionado à hiperplasia prostática benigna, outros distúrbios que podem causar esses sintomas devem ser excluídos pela história, exame físico e exames laboratoriais e urológicos selecionados, tais como a estenose uretral, contratura do colo da bexiga e câncer de próstata, as infecções urinárias e câncer de bexiga. Outras condições médicas podem coexistir com a HBP causando piora dos sintomas urológicos ou imitar a HBP, como insuficiência cardíaca, doença vascular periférica ou disfunção cardíaca associada a edema periférico podem piorar sintomas do trato urinário inferior devido a mudanças de fluidos induzindo diurese, o uso de diuréticos também pode causar ou exacerbar os sintomas urinários^{3,4}. Os pacientes com doença de Parkinson ou história de acidente vascular cerebral frequentemente desenvolvem disfunção miccional. A micção normal requer uma interação complexa da saída da bexiga, bexiga e centros regulatórios da medula espinhal, e eventos neurológicos podem afetar a função e a estabilidade do detrusor. A diabetes mellitus de longa data e mal controlado leva à diminuição da sensibilidade da bexiga, diminuição da contratilidade do detrusor e esvaziamento incompleto da bexiga. Além disso, o aumento da filtração de glicose na urina leva a uma diurese osmótica e poliúria obrigatória, piorando os sintomas do trato urinário inferior devido ao aumento da produção de urina. Reconhecer essa relação comum em sintomas do trato urinário inferior é fundamental para controlar os sintomas. A diurese obrigatória da polidipsia pode causar sintomas urinários que mimetizam os de sintomas do trato urinário inferior /HPB. Informações sobre o tipo de fluido e o momento da ingestão em relação ao início dos sintomas, o uso de um diário miccional e a ausência de sintomas obstrutivos são úteis para descobrir essa relação⁴.

A avaliação dos sintomas do trato urinário inferior/hiperplasia prostática benigna deve incluir um histórico médico detalhado e exame físico focado, que deve incluir uma breve triagem neurológica, exame abdominal e exame geniturinário, incluindo toque retal. Um pequeno número de exames laboratoriais é necessário para excluir outras etiologias. As metas específicas para o paciente devem ser definidas como parte da avaliação. Se os sintomas não incomodarem significativamente ou não afetarem a saúde do paciente, ou se o paciente não quiser tratamento, nenhuma avaliação adicional é recomendada. Esta abordagem é recomendada pelas diretrizes clínicas da HPB da American Urological Association e é uma prioridade do Programa AUA Choose Wisely. Esses pacientes provavelmente não terão problemas de saúde significativos no futuro devido à sua condição e podem ser vistos novamente, se necessário. A história deve incluir avaliação dos sintomas de armazenamento (irritativos) (frequência, urgência e noctúria) e sintomas miccionais (fluxo urinário com força lenta ou diminuída, esforço para urinar, intermitência, hesitação, divisão do jato miccional) e pós-operatório. nulo de dribble, essas informações são úteis para estimar o impacto e a gravidade dos sintomas iniciais, sintomas de hematúria, incontinência ou retenção urinária devem levar ao encaminhamento ao urologista^{4,5}. Outras características históricas para eliciar incluem história de trauma uretral, uretrite ou instrumentação uretral que pode levar a estenose uretral, hematúria macroscópica ou dor na região da bexiga, que pode ser sugestiva de cálculos ou câncer na bexiga, doença neurológica subjacente, que pode indicar uma bexiga neurogênica, o tabagismo, que é um fator de risco para câncer de bexiga, tratamento com medicamentos ou agentes de venda livre que podem prejudicar a contratilidade da bexiga (por exemplo, agentes anticolinérgicos) ou aumentar a resistência ao fluxo de saída (por exemplo, agentes simpaticomiméticos) e a relação temporal entre o início e a gravidade dos sintomas do trato urinário inferior e o uso de medicamentos (ou seja, diuréticos para hipertensão ou insuficiência cardíaca congestiva)⁵.

Um diário miccional bem conservado ou gráfico de frequência-volume geralmente é obtido em pacientes que têm noctúria como sintoma predominante, mas também pode ser útil em outros pacientes. Ele pode fornecer informações sobre o volume miccional diário total do paciente, frequência urinária diária, fração noturna da urina miccional e capacidade funcional da bexiga, também fornece informações sobre ingestão de líquidos, episódios de incontinência, uso de absorventes para incontinência e/ou frequência de defecação. Os dados são normalmente registrados por três dias para criar uma amostra mais representativa do gerenciamento típico de fluidos. Em pacientes com noctúria, o diário miccional pode fornecer evidências de poliúria noturna, que ocorre quando >33% da produção diária de urina é expelida durante a noite⁶.

O exame físico deve incluir toque retal, além da avaliação do abdome, pelve e períneo. Uma avaliação motora e sensorial da pelve e membros inferiores deve ser realizada. Dada a complexidade da interação motora e neurológica envolvida na saúde pélvica e na manutenção da bexiga, qualquer achado anormal deve levar a uma investigação mais aprofundada. Um exame neurológico mais extenso é indicado para pacientes com possível disfunção neurogênica do trato urinário inferior. O toque retal deve ser realizado para estimar o tamanho da próstata. Uma próstata normal é aproximadamente do tamanho de uma noz (entre 7 a 16 gramas, com uma média de 11 gramas) e firme e não macia. Embora o toque retal não seja uma ferramenta precisa para medir o volume da próstata, exames seriados são úteis para acompanhar o tamanho da próstata, e o exame pode identificar outras anormalidades uma próstata extremamente sensível pode refletir a presença de prostatite, a presença de assimetria ou nódulos levanta a suspeita de malignidade e a presença de tônus esfinteriano diminuído ou ausência de sensibilidade perineal pode sugerir uma etiologia neurológica^{5,6}.

A medição do volume residual pós-miccional em todos os pacientes que apresentam sintomas do trato urinário inferior/HPB para avaliar a retenção conforme recomendado por grupos de especialistas. O volume residual pós-miccional pode ser medida com o auxílio de um “scanner de bexiga” à beira do leito, que utiliza ultrassonografia para estimar o volume da bexiga, ou pelo uso de um cateter reto após a conclusão de um esvaziamento espontâneo. A palpação da bexiga não é um método confiável para estimar o volume residual pós-miccional. sintomas do trato urinário inferior moderado a grave está associado a um aumento da incidência de retenção urinária aguda. Os homens normais têm menos de 12 mL de urina residual, mas a maioria dos urologistas não se preocupa, a menos que o volume do volume residual pós-miccional seja superior a 250 mL. Há variabilidade interpessoal significativa nas medidas de volume residual pós-miccional, e seu maior valor está nas mudanças ao longo do tempo. O aumento do volume residual pós-miccional pode indicar falha no tratamento ou fornecer indicação para intervenção cirúrgica. O volume residual pós-miccional de linha de base alta indica uma maior probabilidade de deterioração sintomática ao longo do tempo⁷.

A ultrassonografia transretal não é necessária para o diagnóstico, é indicado apenas quando a escolha do tratamento de sintomas do trato urinário inferior/HPB depende do volume total da próstata, como no uso de inibidor da 5 alfa redutase, ou na escolha de determinadas técnicas cirúrgicas. É importante lembrar que o tamanho da próstata não se correlaciona com o grau de obstrução nem com a presença ou gravidade de sintomas do trato urinário inferior. O uso rotineiro de tomografia computadorizada ou ressonância magnética com o único propósito de sintomas do trato urinário inferior/HPB é desencorajado, embora o reaproveitamento de

imagens transversais e sagitais médias feitas para outras indicações possa ser útil quando a escolha do tratamento de sintomas do trato urinário inferior/HPB é dependente do volume total da próstata. A cistoscopia ou, mais corretamente, a uretrocistoscopia não é necessária na avaliação de rotina de sintomas do trato urinário inferior/HPB. Deve ser considerada em homens com história sugestiva de estenose uretral ou contratura do colo vesical. Além disso, os urologistas também realizam rotineiramente a uretrocistoscopia para auxiliar no planejamento do tratamento cirúrgico de homens com HBP^{6,7}.

O diagnóstico de sintomas do trato urinário inferior /hiperplasia prostática benigna é estabelecido pela presença de sintomas urinários de armazenamento, micção e/ou irritativos na ausência de história, exame ou achados laboratoriais sugestivos de causas não-HPB de sintomas do trato urinário inferior. O diagnóstico não requer confirmação histológica. Uma biópsia da próstata só é justificada se houver preocupação com câncer de próstata, como uma glândula assimétrica ou nodular no toque retal (DRE) ou um nível de antígeno específico da próstata (PSA) aumentado ou crescente. O encaminhamento para um especialista urológico pode ser apropriado para pacientes com qualquer um dos seguintes, sintomas graves ou dor, homens < 45 anos, anormalidade no toque retal, hematúria, antígeno específico da próstata (PSA) elevado, disúria como um possível sintoma de câncer de bexiga, incontinência, doença neurológica conhecida por afetar os sintomas do trato urinário inferior, retenção urinária (volume de urina residual pós-miccional > 250 mL ou bexiga palpável) e suspeita de outra doença urológica^{5,6,7}.

4 DISCUSSÃO

A urinálise em todos os pacientes avaliados para HPB/sintomas do trato urinário inferior deve ser realizada, o objetivo é identificar piúria, glicosúria, proteinúria, cetonúria ou bacteriúria, que podem ser sinais de diagnósticos alternativos e, portanto, merecem avaliação adicional. Embora hematúria leve possa ocorrer com HBP, o achado de hematúria requer avaliação adicional para outros distúrbios geniturinários, como câncer de próstata ou bexiga, especialmente em homens mais velhos. Outros estudos não são realizados rotineiramente, mas podem ser úteis em certas circunstâncias, como a cultura de urina não é necessária a menos que haja outras evidências que sugiram uma infecção do trato urinário (ITU; ou seja, disúria no cenário de piúria ou bacteriúria no exame de urina). A creatinina sérica não é necessária, a menos que haja evidências que sugiram insuficiência renal (ou seja, alto resíduo pós-miccional) Uma creatinina sérica elevada pode ser o resultado de obstrução da saída da bexiga ou doença renal subjacente. Se a concentração de creatinina sérica estiver alta, a ultrassonografia renal é indicada para avaliar a presença de hidronefrose do trato superior⁸.

O teste do antígeno prostático específico (PSA) não é necessário para o diagnóstico, mas pode ser usado como substituto do volume da próstata ao considerar o uso de um inibidor da 5-alfa redutase, esses medicamentos são úteis apenas em homens cujas próstatas estão acima de 35 gramas, o que se correlaciona com um PSA > 1,5 ng/dL. Além disso, o PSA deve ser medido antes do início do tratamento com 5ARI, pois esse tratamento pode diminuir os níveis de PSA (normalmente em 0,5 ng/dL) e influenciar o rastreamento futuro do câncer de próstata. O uso rotineiro de citologia de urina no cenário de sintomas do trato urinário inferior e uma urinálise normal devem ser evitados. Os questionários validados devem ser utilizados para medir a gravidade dos sintomas, o incômodo dos sintomas e para documentar a resposta a terapias médicas ou cirúrgicas. Os mais comumente usados são o Índice de Sintomas AUA e o Índice Internacional de Sintomas Prostáticos^{7,8}.

Os testes urodinâmicos adicionais, que normalmente são realizados por urologistas, podem ser auxiliares úteis na avaliação de sintomas do trato urinário inferior em alguns pacientes. A urofluxometria é um procedimento de consultório que pode ajudar no diagnóstico de HBP documentando a obstrução; taxas de fluxo <10 mL/s mostraram uma especificidade de 70 por cento, um valor preditivo positivo de 70 por cento e uma sensibilidade de 47 por cento para obstrução. Se a condição do paciente não for sugestiva de obstrução (por exemplo, pico de fluxo urinário [Q_{max}] >10 mL/s), estudos de fluxo de pressão (PFS), que são invasivos (exigindo o uso de um cateter urodinâmico de pequeno calibre), mas mais conclusivos quanto à causa dos sintomas, devem ser considerados. A PFS é útil nesses casos porque as intervenções empíricas correm o risco de falhar na ausência de obstrução. A PFS também pode ser usada na avaliação de pacientes cujas manifestações clínicas são atípicas ou quando há motivos para suspeitar de um diagnóstico alternativo (ou seja, bexiga neurogênica de Parkinson)⁹.

5 CONCLUSÃO

A maioria dos homens desenvolverá hiperplasia prostática benigna, que pode estar associada a sintomas do trato urinário inferior. As manifestações clínicas comuns de sintomas do trato urinário inferior/ hiperplasia prostática benigna incluem sintomas de armazenamento (aumento da frequência diurna, noctúria, urgência e incontinência urinária) e sintomas miccionais (jato urinário lento, divisão ou pulverização do jato urinário, jato urinário intermitente, hesitação, esforço para urinar) . Os sintomas variam em gravidade ao longo do tempo e não se correlacionam bem com o tamanho da próstata ou anormalidades fisiológicas. É importante avaliar a gravidade e o impacto na saúde de sintomas do trato urinário inferior suspeitos de serem causados por HBP. Homens que apresentam sintomas minimamente

incômodos geralmente não precisam de avaliação ou tratamento adicional. O diagnóstico presuntivo de sintomas do trato urinário inferior /HPB é estabelecido pela presença de sintomas de armazenamento e micção na ausência de história sugestiva de causas não HBP de sintomas do trato urinário inferior. A presença de uma próstata simetricamente aumentada, lisa e indolor no exame físico corrobora o diagnóstico. Outras causas potenciais de sintomas do trato urinário inferior incluem estenose uretral, contratura do colo da bexiga, câncer de próstata (menos comum), infecção do trato urinário (ITU) e prostatite aguda, bexiga neurogênica, cálculos na bexiga e câncer de bexiga (menos comum).

A avaliação da HBP/sintomas do trato urinário inferior destina-se a descartar outras causas potenciais. Sugere-se que um exame de urina seja obtido em todos os pacientes avaliados para sintomas do trato urinário inferior/HPB. As anormalidades (por exemplo, hematúria, piúria, glicosúria) sugerem possíveis diagnósticos alternativos que justificam uma avaliação adicional. Deve-se obter uma medida do RVP em todos os pacientes que apresentam sintomas de sintomas do trato urinário inferior/HPB para avaliar a retenção. A RVP pode ser medida com volume residual pós-miccional o auxílio de um “scanner de bexiga” à beira do leito, que utiliza ultrassonografia para estimar o volume da bexiga, ou pelo uso de um cateter reto após a conclusão de um esvaziamento espontâneo. Os homens com um sintoma predominante de noctúria devem preencher um diário miccional para avaliar a poliúria noturna (>33% da produção diária de urina é expelida durante a noite). A poliúria noturna deve levar à busca de causas secundárias além da HBP/ sintomas do trato urinário inferior. O diagnóstico de HBP não requer confirmação histológica, e a biópsia da próstata só é garantida se houver uma preocupação específica com o câncer de próstata.

A American Urologic Association/International Prostate Symptom Score (AUA/IPSS) (avaliação da frequência, noctúria, fluxo urinário fraco, hesitação, intermitência, esvaziamento incompleto e urgência) é útil para quantificar e monitorar sintomas de HPB. Os homens com toque retal anormal, hematúria, sintomas graves ou dor, aqueles com menos de 45 anos de idade, PSA anormal, dor ao urinar (disúria), bexiga palpável ou retenção urinária, incontinência ou doença neurológica conhecida por impactar sintomas do trato urinário inferior (ou seja, parkinsonismo) deve ser encaminhada a um urologista.

REFERÊNCIAS

1. Hoshiyama F, Hirayama A, Tanaka M, et al. The impact of obstructive sleep apnea syndrome on nocturnal urine production in older men with nocturia. *Urology* 2014; 84:892.
2. Welliver C, Sulaver R, Whittington A, et al. Analyzing Why Men Seek Treatment for Lower Urinary Tract Symptoms and Factors Associated With Nonimprovement. *Urology* 2015; 86:862.
3. O'Leary MP. LUTS, ED, QOL: alphabet soup or real concerns to aging men? *Urology* 2000; 56:7.
4. Platz EA, Joshu CE, Mondul AM, et al. Incidence and progression of lower urinary tract symptoms in a large prospective cohort of United States men. *J Urol* 2012; 188:496.
5. Martin S, Lange K, Haren MT, et al. Risk factors for progression or improvement of lower urinary tract symptoms in a prospective cohort of men. *J Urol* 2014; 191:130.
6. Marshall LM, Holton KF, Parsons JK, et al. Lifestyle and health factors associated with progressing and remitting trajectories of untreated lower urinary tract symptoms among elderly men. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2014; 17:265.
7. Isaacs JT. Importance of the natural history of benign prostatic hyperplasia in the evaluation of pharmacologic intervention. *Prostate Suppl* 1990; 3:1.
8. Maserejian NN, Kupelian V, Miyasato G, et al. Are physical activity, smoking and alcohol consumption associated with lower urinary tract symptoms in men or women? Results from a population based observational study. *J Urol* 2012; 188:490.
9. Schenk JM, Kristal AR, Arnold KB, et al. Association of symptomatic benign prostatic hyperplasia and prostate cancer: results from the prostate cancer prevention trial. *Am J Epidemiol* 2011; 173:1419.