

DIRETRIZES PARA OS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR MASCULINO

(Texto atualizado em Fevereiro de 2012)

M. Oelke (presidente), A. Bachmann, A. Descazeaud, M. Emberton, S. Gravas, M.C. Michel, J. N'Dow, J. Nordling, J.J. de la Rosette

A diretriz relacionada aos Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) Masculino compõe uma orientação baseada em sintomas, que analisa principalmente os STUI secundários à hiperplasia prostática benigna (HPB) ou obstrução infravesical (OIV), hiperatividade do detrusor ou bexiga hiperativa, e noctúria secundária à poliúria noturna em homens com 40 anos ou mais. A etiologia multifatorial dos STUI encontra-se ilustrada na Figura 1.

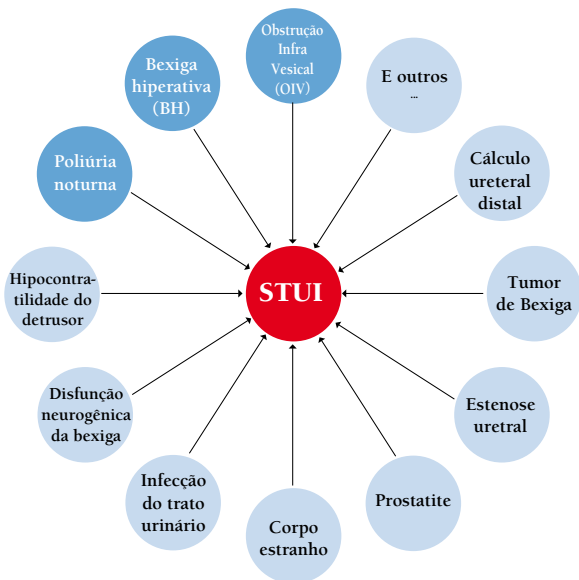


Figura 1: Causas de sintomas do trato urinário inferior (STUI) masculino

Avaliação

Recomenda-se um acompanhamento diagnóstico sistemático (Figura 2). Sugere-se para todos os pacientes a verificação do histórico, sintomas e questionário de qualidade de vida, exame físico, exame de urina, exame de sangue, ultrassonografia da próstata, bexiga e rins, bem como urofluxometria e mensuração do resíduo urinário pós miccional. Diário miccional em homens com frequência urinária aumentada ou noctúria é opcional. A avaliação urodinâmica antes do tratamento cirúrgico deve ser realizada em homens que:

- não conseguem urinar > 150 ml;
- apresentam fluxo máximo > 15 ml/s;
- têm < 50 ou > 80 anos;
- conseguem urinar, mas apresentam resíduo pós-miccional (RPM) > 300 ml;
- apresentam suspeita de disfunção neurogênica da bexiga;
- apresentam hidronefrose bilateral;
- foram submetidos à cirurgia pélvica radical; ou
- tiveram tratamento anterior (invasivo) malsucedido.

É importante ressaltar que apenas o diagnóstico de poliúria noturna (> 33% da excreção urinária de 24 horas durante a noite) pode ser feita pelo diário da bexiga, enquanto que o diagnóstico de todas as outras formas não-neurogênicas benignas de STUI em homens com 40 anos ou mais é feito, principalmente, por exclusão.

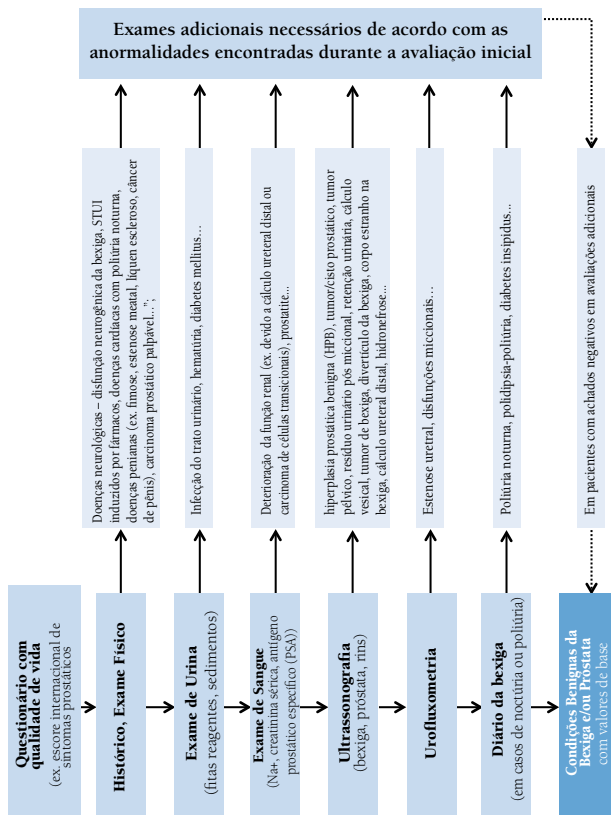


Figura 2: Algoritmo de avaliação de STUI em homens com 40 anos ou mais

Tratamento

O nível de evidência e o grau de recomendação (de acordo com o sistema de classificação de Oxford; 2001) para cada opção de tratamento estão resumidos na Tabela 1.

Tratamento conservador

A conduta expectante (CE) é apropriada para STUI leve a moderado e sem complicações. Inclui a educação, a segurança, aconselhamentos para o estilo de vida do paciente e o monitoramento periódico.

Tratamento farmacológico

Os fármacos utilizados para o tratamento de diversas formas de STUI masculino estão listados na Tabela 2.

Tabela 2: Principais propriedades farmacocinéticas e doses padrão de medicamentos licenciados para o tratamento de STUI na Europa.

Fármaco (classe)	$t_{\text{máx}}$ [horas]	$t_{1/2}$ [horas]	Dose diária recomendada
Antagonistas α_1 -adrenérgicos (para tratar os sintomas de "HPB")			
Alfuzosina LI	1,5	4-6	3 x 2,5 mg
Alfuzosina LC	3	8	2 x 5 mg
Alfuzosina LP	9	11	1 x 10 mg
Doxazosina LI	2-3	20	1 x 2-8 mg
Doxazosina GITS	8-12	20	1 x 4-8 mg
Silodosina	2,5	11-18	1 x 4-8 mg
Tansulosina LM	6	10-13	1 x 0,4 mg

Tansulosina SAOC	4-6	14-15	1 x 0,4 mg
Terazosina	1-2	8-14	1 x 5-10 mg
Inibidores da 5α-redutase (para o tratamento do aumento prostático benigno devido à HPB)			
Dutasterida	1-3	3-5 semanas	1 x 0,5 mg
Finasterida	2	6-8 semanas	1 x 5 mg
Fármacos antimuscarínicos (para o tratamento da BH/ sintomas de armazenamento)			
Darifenacina	7	13 - 19	1 x 7,5-15 mg
Fesoterodina	5	7	1 x 4-8 mg
Oxibutinina LI	0,5 - 1	2 - 4	3-4 x 2,5-5 mg
Oxibutinina LP	5	16	2-3 x 5 mg
Propiverina	2,5	13 - 20	2-3 x 15 mg
Propiverina LP	7	20	1 x 30 mg
Solifenacina	4 - 6	45 - 68	1 x 5-10 mg
Tolterodina LI	1 - 3	2-10	2 x 1-2 mg

Tolterodina LP	4	6 - 10	1 x 4 mg
Cloreto de tróspio	4 - 6	5 - 15	3 x 10-15 mg ou 2 x 10-20 mg
Antidiurético (para o tratamento da poliúria noturna)			
Desmopressina	1-2	3	1 x 0,1-0,4 mg via oral, antes de dormir
Inibidores da fosfodiesterase 5 (para o tratamento da disfunção erétil ± STUI masculino [experimental])			
Sildenafil	1 (0,5-2) *	3-5	1 x 25-100 mg
Tadalafil	2 (0,5-12)	17,5	1 x 2,5-20 mg
Vardenafil	1 (0,5-2) *	4-5	2 x 10 mg

LP: liberação prolongada; GITS: sistema terapêutico gastrointestinal; LI: liberação imediata; LM: liberação modificada; SAOC: sistema de absorção oral controlada; LC: liberação controlada; $t_{máx}$: tempo para atingir concentração plasmática máxima; $t_{1/2}$: meia-vida de eliminação.

* Dependente de ingestão de alimentos (ou seja, reabsorção mais lenta do fármaco e um aumento na $t_{máx}$ de aproximadamente 1 hora após uma refeição gordurosa).

Antagonistas α_1 -adrenoceptores (bloqueadores α_1) constituem comumente a primeira linha de tratamento para STUI masculino, devido a sua rápida ação e boa eficácia. São também utilizados de forma intermitente para STUI de intensidades variáveis. Os principais bloqueadores α_1 são alfuzosina, doxazosina, tansulosina e terazosina. Todos os bloqueadores

α_1 apresentam eficácia semelhante na STUI leve, moderada ou grave, e em diferentes faixas etárias. A eficácia pode ser melhor em próstatas menores (< 40 ml). Alguns pacientes ainda necessitam de tratamento cirúrgico, pois os bloqueadores α_1 não reduzem o tamanho da próstata nem evitam a retenção urinária aguda. A eficácia do bloqueador α_1 é mantida por, pelo menos, 4 anos. Os efeitos colaterais mais comuns de bloqueadores α_1 são: astenia, tontura e hipotensão (ortostática).

Inibidores da 5 α -redutase devem ser considerados apenas para homens com incômodo de STUI moderado a grave e próstata aumentada (volume prostático > 40 ml) ou concentração de PSA elevada (> 1,4-1,6 $\mu\text{g/l}$). Inibidores da 5 α -redutase são adequados apenas para tratamentos de longo prazo (por muitos anos), devido ao seu início de ação lento. Dutasterida e finasterida são igualmente eficazes. A diminuição dos sintomas pode não ser melhor do que o placebo em pacientes com próstatas < 40 ml. Inibidores da 5 α -redutase diminuem os STUI mais lentamente que os bloqueadores α_1 e, no caso da finasterida, com menor eficiência. Quanto maior o volume prostático de base (ou a concentração sérica de PSA), mais rápido e mais acentuado será o benefício sintomático da dutasterida. Ao contrário dos bloqueadores α_1 , os inibidores da 5 α -redutase reduzem o risco a longo prazo (> 1 ano) de retenção urinária aguda ou necessidade de cirurgia. Os efeitos adversos mais relevantes incluem a diminuição da libido, disfunção erétil e desordens de ejaculação. Cerca de 1-2% dos pacientes desenvolvem ginecomastia (aumento das mamas com sensibilidade na mama ou mamilo).

Antagonistas de receptores muscarínicos podem beneficiar homens com níveis mais baixos de PSA (próstatas menores). A tolterodina reduziu significativamente a incontinência de urgência, durante o dia ou frequência de 24 horas, e urgência miccional, quando comparado ao placebo. Noctúria, urgência e Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS) também foram reduzidos, embora sem significância estatística. Apesar de os estudos terem sido realizados com tolterodina ou fesoterodina, outros agentes antimuscarínicos provavelmente apresentarão efeitos semelhantes. Antagonistas de receptores muscarínicos são geralmente bem tolerados. Os efeitos adversos incluem boca seca, constipação, dificuldades de micção, nasofaringite e tontura. O aumento do RPM em homens sem obstrução infravesical (OIV) é mínimo. Fármacos antimuscarínicos não são recomendados para homens com OIV, devido a uma diminuição teórica na força da bexiga, que pode estar associada a RPM ou retenção urinária. No entanto, a curto prazo, o tratamento com antimuscarínicos é seguro em homens com OIV. Não há estudos de longo prazo avaliando a sua eficácia. Dessa forma, fármacos antimuscarínicos devem ser prescritos com cautela, e reavaliações regulares de IPSS e RPM são aconselhadas, principalmente em homens com OIV.

Extratos vegetais (fitoterapia): nenhuma recomendação específica pode ser feita sobre a fitoterapia para STUI masculino, devido à heterogeneidade do produto, ausência de quadro regulatório e problemas de metodologia experimental.

A **desmopressina** é um análogo sintético do hormônio anti-diurético, argenina vasopressina, que desempenha um papel

fundamental na homeostase da água corporal e da produção urinária. A desmopressina é utilizada para tratar noctúria devido à poliúria noturna em adultos. Os efeitos clínicos (diminuição do volume urinário, aumento de osmolalidade urinária) duram, aproximadamente, 8-12 horas. Os efeitos adversos mais comuns são: dores de cabeça, náusea, diarreia, dor abdominal, tontura, boca seca e hiponatremia (concentração sérica de sódio < 130 mmol/l). Edema periférico e hipertensão foram relatados com tratamento a longo prazo. A concentração sérica de sódio deve ser regularmente monitorada para detecção de hiponatremia. O risco de hiponatremia aumenta com a idade, menor concentração sérica de sódio basal e maior volume urinário de 24 horas por peso corporal basal.

Terapias combinadas

Bloqueador α_1 + inibidor da 5 α -redutase são melhores se prescritos a longo prazo (> 12 meses) para homens com STUI moderado a grave, com risco de progressão da doença (ex. maior volume prostático, maior concentração de PSA, idade avançada). A terapia combinada é melhor que a monoterapia para redução de sintomas e melhora da Q_{máx}, e melhor que bloqueadores α_1 na redução do risco de retenção urinária aguda e necessidade de cirurgia. O uso do bloqueador α_1 pode ser interrompido após 6 meses em homens com STUI moderada, porém uma terapia combinada mais longa é benéfica, em casos de STUI grave (IPSS > 20). Efeitos adversos de ambas as classes de fármacos foram relatados.

Bloqueador α_1 + antagonista de receptor muscarínico são mais eficazes na redução da frequência de micção, noctúria ou IPSS quando comparados ao uso isolado de bloqueadores

α_1 ou placebo. Além disso, o tratamento combinado reduziu significativamente os episódios de incontinência urinária de urgência e aumentou a qualidade de vida. Os STUI persistentes durante o tratamento com bloqueador α_1 podem ser reduzidos ao adicionar um antagonista de receptores muscarínicos (tolterodina), principalmente se houver hiperatividade do detrusor. Efeitos adversos de ambas as classes de fármacos foram relatados. Recomenda-se a mensuração de RPM durante a terapia combinada, para avaliar o aumento do RPM ou retenção urinária.

Inibidores da 5 fosfodiesterase (FDE) ainda são de uso experimental e não devem ser utilizados na rotina clínica.

Resumo do tratamento conservador e/ou médico

O tratamento comportamental com ou sem tratamento médico é geralmente a primeira escolha para terapia. A Figura 3 mostra um fluxograma ilustrando as opções de tratamento conservador e médico, de acordo com medicina baseada em evidências e perfil dos pacientes.

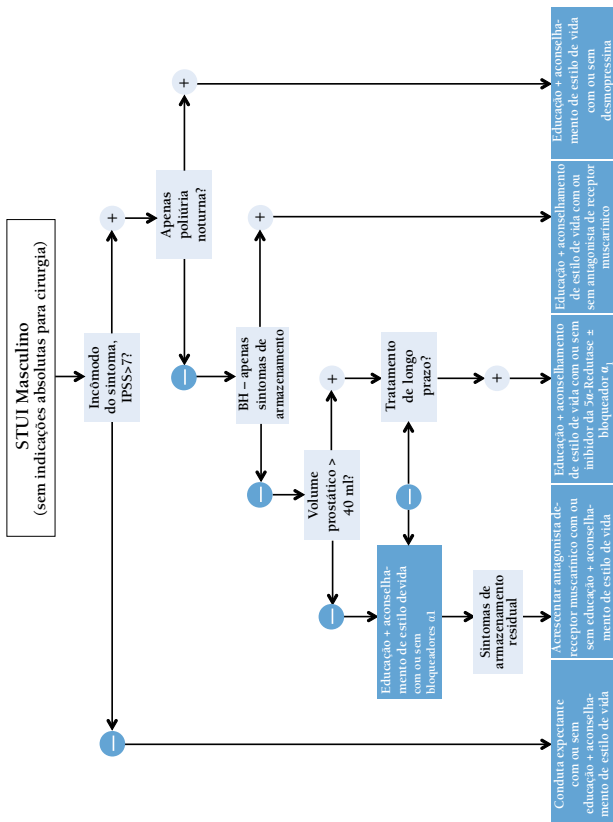


Figura 3: Algoritmo do tratamento dos sintomas do trato urinário inferior (STUI) masculino, utilizando opções de tratamento médico e/ou conservador. As decisões de tratamento dependem dos resultados avaliados durante a avaliação inicial (◇). A ausência (“-”) ou presença (“+”) da condição são indicadas em círculos (o).

Tratamento cirúrgico

A cirurgia prostática é geralmente necessária para pacientes que apresentaram retenção urinária recorrente ou refratária, incontinência por transbordamento, infecções recorrentes do trato urinário, cálculos ou divertículos na bexiga, hematúria macroscópica devido à HPB/aumento prostático benigno (APB) resistente ao tratamento, ou dilatação do trato urinário superior devido à OIV, com ou sem insuficiência renal (indicações absolutas de cirurgia, necessidade de cirurgia). Além disso, a cirurgia é geralmente necessária quando os pacientes obtiveram alívio insuficiente dos STUI ou RPM após a instituição dos tratamentos conservadores ou médicos (indicações relativas de cirurgia).

Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP) ou Incisão

Transuretral da Próstata (ITUP): a ITUP reduz a OIV pela divisão da saída da bexiga sem remoção de tecido, enquanto a RTUP remove tecido da zona de transição da próstata para reduzir a OIV e, conseqüentemente, os STUI. A escolha entre a RTUP e a ITUP é baseada no volume prostático, de modo que próstatas < 30 ml são adequadas para ITUP e aquelas com volume de 30-80 ml são adequadas para RTUP. Infecções do trato urinário devem ser tratadas antes da cirurgia. A RTUP bipolar é uma alternativa à RTUP monopolar para STUI moderado a grave, em conseqüência à OIV. A técnica apresenta eficácia semelhante, porém com menor morbidade.

A Prostatectomia aberta é a modalidade mais antiga de tratamento cirúrgico para STUI moderado a grave, devido

à OIV. A remoção de tecido prostático resolve a OIV e, consequentemente, os STUI. A eficácia é mantida por > 5 anos. Complicações perioperatórias incluem mortalidade e transfusão sanguínea. As complicações de longo prazo são a incontinência urinária e estenose do colo vesical ou uretral. A prostatectomia aberta é o procedimento mais invasivo, porém o mais eficaz e duradouro para o tratamento de STUI/OIV. Apenas a enucleação com Holmium laser (HoLEP) proporciona resultados semelhantes, porém com menor morbidade. Na ausência de um Holmium laser, a prostatectomia aberta é o tratamento cirúrgico de escolha para homens com próstatas > 80 ml.

A Termoterapia Transuretral por Microondas (TTUM): emite radiação de microondas através de uma antena intra-uretral, proporcionando calor para o interior da próstata, o que leva à destruição tecidual, apoptose e denervação de receptores α , reduzindo assim a OIV e STUI. O tratamento é bem tolerado, embora a maioria dos pacientes apresente desconforto perineal e urgência urinária, necessitando de medicação para dor antes ou durante o tratamento. A TTUM é um procedimento ambulatorial e uma alternativa para pacientes idosos com comorbidades e aqueles apresentando risco anestésico, ou inaptos ao tratamento invasivo. Parâmetros basais que preveem um resultado desfavorável incluem próstatas pequenas, obstrução infravesical (OIV) leve a moderada e baixa energia empregada durante o tratamento.

A Ablação Prostática através de Agulha Transuretral (TUNA™) fornece baixo nível de energia de radiofrequência para a próstata, através de agulhas transuretrais inseridas até

o parênquima prostático. A energia induz necrose de coagulação na zona de transição da próstata, resultando em redução do volume prostático e resolução da OIV. A TUNA™ é adequada para próstatas > 75 ml ou para obstrução somente do colo da bexiga. O procedimento de TUNA™ pode ser realizado como um procedimento de internação hospitalar de meio dia e está associado a menos efeitos adversos, quando comparado a RTUP (ex. sangramento, disfunção erétil, incontinência urinária).

Enucleação da Próstata com Holmium Laser (HoLEP) ou Ressecção da Próstata com Holmium Laser (HoLRP): o holmium laser: Ítrio-Alumínio-Granada (Ho: YAG), com comprimento de onda de 2140 nm é um laser pulsado de estado sólido. A ressecção é normalmente realizada em próstatas < 60 ml, enquanto a enucleação é utilizada para glândulas maiores. Pacientes em tratamento com medicações anticoagulantes e aqueles com retenção urinária podem ser tratados com segurança. A disúria é a complicação perioperatória mais comum.

A vaporização fotosseletiva da próstata leva à remoção imediata de tecido prostático, alívio da OIV e consequente redução dos STUI. Uma vez que não se pode colher tecido para exame patológico por esta técnica, a triagem para o câncer de próstata, se indicado, deve ser realizada antes da operação a laser. A escolha do tratamento de ablação do tecido depende da disponibilidade do arsenal, a escolha do paciente, a morbidade ou o uso de drogas concomitante e a experiência do cirurgião.

Stents prostáticos são uma alternativa ao cateterismo em homens inaptos ao procedimento cirúrgico. Stents requerem um detrusor com bom funcionamento. A inserção é normalmente realizada em ambiente ambulatorial, sob anestesia local. A colocação é confirmada por ultrassonografia abdominal ou cistoscopia. A antibioticoterapia profilática é necessária apenas em caso de cultura de urina positiva.

Injeções de etanol ou toxina botulínica na próstata ainda são experimentais.

Resumo do tratamento cirúrgico

A escolha da técnica cirúrgica depende, principalmente, do tamanho da próstata, das comorbidades do paciente, e da capacidade de ser submetido à anestesia, além das preferências do paciente, de sua disposição para aceitar os efeitos adversos associados à cirurgia, da disponibilidade do arsenal cirúrgico e da experiência do cirurgião com estas técnicas cirúrgicas. A Figura 4 mostra um fluxograma ilustrando as opções de tratamento cirúrgico, de acordo com o perfil dos pacientes.

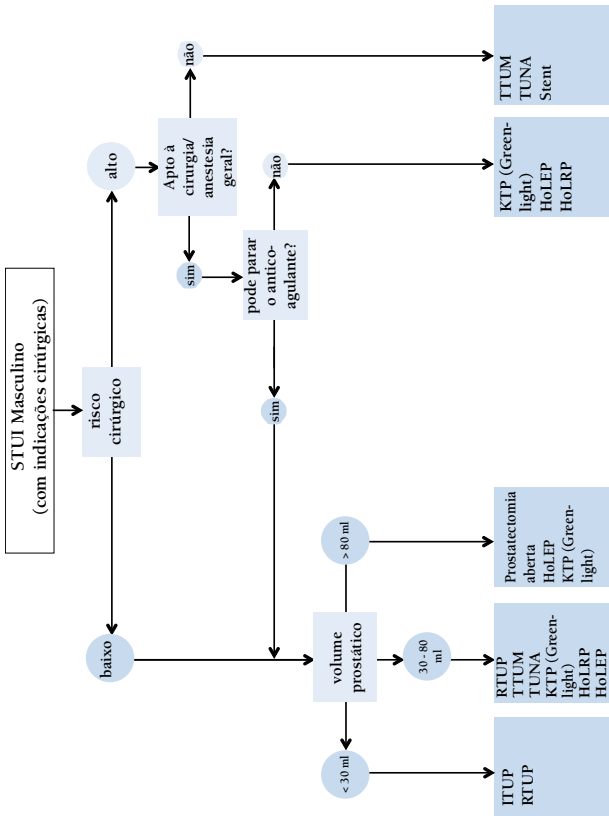


Figura 4: Algoritmo de tratamento do incômodo dos sintomas do trato urinário inferior (STUI) refratário ao tratamento conservador / médico ou em casos de indicações absolutas de cirurgia. O fluxograma foi estratificado pela capacidade do paciente em ser submetido à anestesia, risco cardiovascular e tamanho prostático.

Acompanhamento

Recomenda-se a estratégia de acompanhamento descrita abaixo:

- Pacientes com conduta expectante devem ser monitorados após 6 meses e, posteriormente, a cada ano, desde que os sintomas não piorem e não desenvolvam indicação absoluta para o tratamento cirúrgico.
- Pacientes em tratamento com bloqueadores α^1 , antagonistas de receptores muscarínicos ou uma combinação de bloqueadores α^1 e inibidores da 5α -redutase ou antagonistas de receptores muscarínicos devem ser reavaliados 4-6 semanas após o início do tratamento. A terapia medicamentosa pode ser mantida, caso o paciente tenha obtido alívio sintomático na ausência de efeitos adversos problemáticos. Os pacientes devem ser reavaliados após 6 meses e anualmente, desde que os sintomas não piorem e não desenvolvam indicação absoluta para o tratamento cirúrgico.
- Pacientes em tratamento com inibidor da 5α -redutase em monoterapia devem ser reavaliados após 12 semanas e 6 meses, para determinar sua resposta e a presença de efeitos adversos.
- A concentração sérica de sódio deve ser mensurada em pacientes tratados com desmopressina no 3º e 7º dias de tratamento, assim como 1 mês após o início do tratamento e, posteriormente, a cada 3 meses, caso a concentração sérica se mantenha normal; a sequência de acompanhamento deve ser reiniciada após um aumento de dose.

- Pacientes submetidos à cirurgia prostática devem ser reavaliados 4-6 semanas após a remoção do cateter para determinar a resposta ao tratamento e a presença de efeitos adversos. Novas reavaliações não serão necessárias caso o paciente apresente alívio sintomático e nenhum efeito adverso.

Tabela 1: Nível de evidência (NE) e grau de recomendação (GR) de diversos tratamentos para STUI masculino e acompanhamento

		NE	GR
Tratamento conservador – conduta expectante			
	A conduta expectante é adequada para homens com sintomas leves.	1b	A
	Homens com STUI devem receber aconselhamentos de estilo de vida antes ou durante o tratamento.	1b	A
Tratamento medicamentoso			
1.	Bloqueadores α_1 devem ser utilizados em homens com STUI moderado a grave.	1a	A

2.	Inibidores da 5 α -redutase devem ser utilizados em homens com STUI moderado a grave e aumento prostático (> 40 ml). Os inibidores da 5 α -redutase podem prevenir a progressão da doença em relação à retenção urinária aguda e necessidade de cirurgia.	1b	A
3.	Antagonistas de receptores muscarínicos podem ser considerados para homens com STUI moderado a grave, apresentando predominantemente sintomas de armazenamento de bexiga. Recomenda-se precaução em homens com obstrução infra-vesical (OIV).	1b 4	B C
4.	A desmopressina pode ser utilizada para o tratamento da noctúria devido à poliúria noturna.	1b	A

5.	O tratamento combinado com um bloqueador α_1 e um inibidor da 5 α -redutase deve ser utilizado em homens com incômodo de STUI moderado a grave, aumento prostático, e $Q_{\text{máx}}$ reduzida (homens propensos a desenvolver progressão da doença). O tratamento combinado não é recomendado para terapia a curto prazo (< 1 ano).	1b	A
6.	A terapia combinada com um bloqueador α_1 e um antagonista de receptores muscarínicos pode ser considerada em pacientes com incômodo de STUI moderado a grave, caso o alívio dos sintomas tenha sido insuficiente com a monoterapia de qualquer um dos fármacos. A terapia combinada deve ser prescrita com cautela em homens com suspeita de OIV.	1b 2b	B B

7.	Os inibidores da FDE5 reduzem STUI moderado a grave, porém ainda são experimentais e restritos a homens com disfunção erétil, hipertensão arterial pulmonar ou àqueles com incômodo de STUI em ensaios clínicos.	1b	A
Tratamento cirúrgico			
1.	A RTUP monopolar é o procedimento cirúrgico padrão atualmente usado para homens com tamanhos de próstatas entre 30 e 80 ml, e incômodo de STUI moderado a grave devido a OIV. A RTUP monopolar proporciona melhoras subjetivas e objetivas superiores aos tratamentos médicos ou minimamente invasivos.	1a	A
	A RTUP bipolar obtém resultados a curto prazo comparáveis aos da RTUP monopolar.	1a	A

	A ITUP é o tratamento cirúrgico de escolha para homens com próstatas < 30 ml, sem lobo médio, e incômodo de STUI moderado a grave, devido à OIV.	1a	A
2.	A prostatectomia aberta é a primeira escolha de tratamento cirúrgico em homens com próstatas > 80 ml, incômodo de STUI moderado a grave devido à OIV, e STUI refratário a medicamentos na ausência de holmium laser.	1b	A
	A prostatectomia aberta é o procedimento cirúrgico mais invasivo com morbidade significativa.	1b	A
3.	A TTUM promove melhora dos sintomas comparável à RTUP, mas está associada à menor morbidade e menor melhora de fluxo. A durabilidade está a favor da RTUP, com menores taxas de retratamento quando comparada à TTUM.	1a 1a	A A

4.	A TUNA™ é uma alternativa ao RTUP para pacientes que desejam adiar/evitar (complicações da) RTUP. No entanto, os pacientes devem estar cientes das significativas taxas de retratamento e menor melhora dos sintomas e qualidade de vida.	1a	A
5.	A HoLEP e vaporização fotosseletiva da próstata com laser são alternativas minimamente invasivas à RTUP para homens com STUI moderado a grave, devido a OIV. As cirurgias à laser promovem melhoras imediatas objetivas e subjetivas, comparáveis a RTUP.	1b	A
	Com relação à segurança intraoperatória, a vaporização a laser é superior a RTUP e deve ser considerada para pacientes tratados com medicamentos anticoagulantes ou de alto risco cardiovascular.	3	B

	Com relação à taxa de complicações a longo prazo, só existem resultados disponíveis para a HoLEP, e estes são comparáveis a RTUP.	1b	A
6.	Os stents prostáticos são uma alternativa ao cateterismo em homens não aptos à cirurgia. Os stents podem ter uma função no alívio temporário de STUI/OIV, após o tratamento minimamente invasivo.	3	C
7.	Injeções intraprostáticas de etanol para homens com STUI moderado a grave, devido a OIV, ainda estão em fase experimental e devem ser realizadas somente em ensaios clínicos.	3	C
8.	Injeções intraprostáticas de Botox para homens com incômodos de STUI moderado a grave, devido à OIV, ou homens com retenção urinária, ainda são experimentais e devem ser realizadas apenas em ensaios clínicos.	3	C

Acompanhamento			
	O acompanhamento para todas as modalidades conservadora de tratamento, médicos ou cirúrgicos, é baseado em dados empíricos ou em considerações teóricas, mas não em estudos baseados em evidências.	3-4	C

Tradução autorizada para a língua portuguesa:

Prof. Dr. João Pádua Manzano

Prof. Afiliado da Disciplina de Urologia

Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

O processo de tradução para a Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

Este texto resumido está baseado nas recomendações da EAU (ISBN 978-90-79754-96-0), disponíveis aos membros da Associação Europeia de Urologia no seu website, <http://www.uroweb.org>.