



**A.C. Camargo
Cancer Center**

**PROSTATECTOMIA RADICAL:
GUIA DE INFORMAÇÕES SOBRE
A CIRURGIA**



CRÉDITOS

Idealização e Supervisão

Prof. Dr. Stênio de Cássio Zequi

Edição e Coordenação

Phelipe Celestino Santos

Jayme Quirino Caon Nobre

Colaboração

Carlos Alberto Ricetto Sacomani

Eder Silveira Brazão Júnior

Lucas Fornazieri

Maurício Murce Rocha

Rafael Ribeiro Meduna

Rodrigo Sousa Madeira Campos

Thiago Borges Marques Santana

Walter Henriques da Costa

Wilson Bachega Junior

Victor Espinheira dos Santos

Enf. Bruno Almeida de Oliveira

Enf. Cássia da Silva

Enf. Ramiro dos Anjos Mendes

Enf. Soraya Yumi Hashimoto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Z57p Zequi, Stenio de Cássio

Prostatectomia radical: guia de informações sobre a cirurgia / Stênio de Cássio Zequi, Phelipe Celestino Santos, Jayme Quirino Caon Nobre – São Paulo, SP: A.C.Camargo Cancer Center, 2020.

19 p.: il.; 13cm x 23cm.

Inclui referências e índice.

ISBN: 978-65-88820-00-1

1. Medicina. 2. Oncologia. 3. Tratamento Multidisciplinar. 4. Tratamento do Câncer de Próstata. 4. Prostatectomia radical. 5. Tratamento Cirúrgico. I. Santos, Phelipe Celestino II. Nobre, Jayme Quirino Caon. III. Título.

2020-2075

CDD 616

CDU 616

Elaborado por Suely Francisco – CRB-8/2779



Índice para catálogo sistemático:

1. Medicina: Oncologia 616
2. Medicina: Oncologia 616

SUMÁRIO

Introdução	5
A próstata - Anatomia	6
O câncer de próstata	7
Fatores de risco	7
Cirurgia para o câncer de próstata	8
Prostatectomia radical	8
Prostatectomia radical videolaparoscópica.....	8
Prostatectomia radical assistida por robô.....	8
Quais os riscos da cirurgia?	9
Vou ficar com cicatrizes?	9
Posso ficar incontinente?	10
Quais os riscos de disfunção erétil após a cirurgia?	10
Ejaculação e Orgasmo	10
Cirurgia com preservação de nervos.....	11
Preparo pré-operatório e peri-operatório	12
É necessária a mudança da dieta na véspera da cirurgia?	12
Preciso suspender medicações que uso continuamente?.....	12
Por que preciso realizar consulta pré-anestésica?	13
Qual a anestesia realizada para a prostatectomia?.....	13
Quando devo ficar em jejum?	13
Devo fazer tricotomia (retirada dos pêlos)?.....	13
Qual o tempo de cirurgia?.....	13

Cuidados pós-operatórios	14
Cuidados com a sonda vesical de demora.....	14
Cuidados com o dreno abdominal.....	14
Tromboembolismo venoso: o que é e como prevenir	15
Que medicações devo usar ao receber alta?.....	15
Após a alta	16
Dúvidas frequentes	16
Quando posso retornar as relações sexuais?.....	16
Quando posso voltar a dirigir?.....	16
Quando posso voltar a trabalhar?.....	16
O que são os grumos que podem sair pela sonda vesical?.....	16
Quando necessito procurar atendimento em Pronto-Socorro?	16
Preciso usar antibióticos após a alta?	16
Como limpo as feridas e quando devo retirar os curativos?.....	17
Quando devo retirar o dreno e a sonda?	17
Quando devo retirar os pontos?	17
Contato	18
Referências Bibliográficas	19



INTRODUÇÃO

Primeiramente, nós, do núcleo de urologia do AC Camargo Cancer Center, gostaríamos de dar-lhe as boas vindas.

Formulamos este material a fim de descrever a rotina de nosso serviço no tratamento cirúrgico do câncer de próstata, trazendo informações sobre anatomia, comportamento da doença, indicação de tratamento e esclarecimento sobre o procedimento.

Aqui abordaremos também temas relacionados ao pós-operatório e às principais complicações associadas ao procedimento.

Esperamos que esta cartilha forneça informações de maneira didática sobre a prostatectomia radical, os riscos e os benefícios.

Salientamos que este material não possui o intuito de esgotar o tema em questão. Toda a equipe multidisciplinar do núcleo de urologia estará disponível para sanar quaisquer dúvidas que surjam ao longo do tratamento.

ATENÇÃO: Esta cartilha tem o intuito de esclarecer dúvidas e fornecer informações aos pacientes do AC Camargo Cancer Center com indicação de cirurgia de prostatectomia radical.

Deve ser utilizada somente no contexto peri-operatório pelos pacientes do nosso serviço.

A PRÓSTATA – Anatomia

A próstata é uma glândula sexual acessória que pesa aproximadamente 20 gramas e tem o formato semelhante a uma noz. Ela fica localizada na pelve, logo abaixo da bexiga e em íntimo contato com o reto – a parte terminal do intestino grosso (**Figura 1**).

Esta glândula secreta aproximadamente 30% do volume do líquido seminal, além de algumas substâncias que possuem papel na nutrição e ativação dos espermatozoides, além de manter elevado o pH do sêmen⁽¹⁾.

A próstata também é responsável por criar uma câmara de pressão para a emissão do sêmen para o meio externo e por atuar como auxiliar no mecanismo da continência urinária masculina, ou seja, facilitar o armazenamento da urina na bexiga sem que ocorram perdas involuntárias.

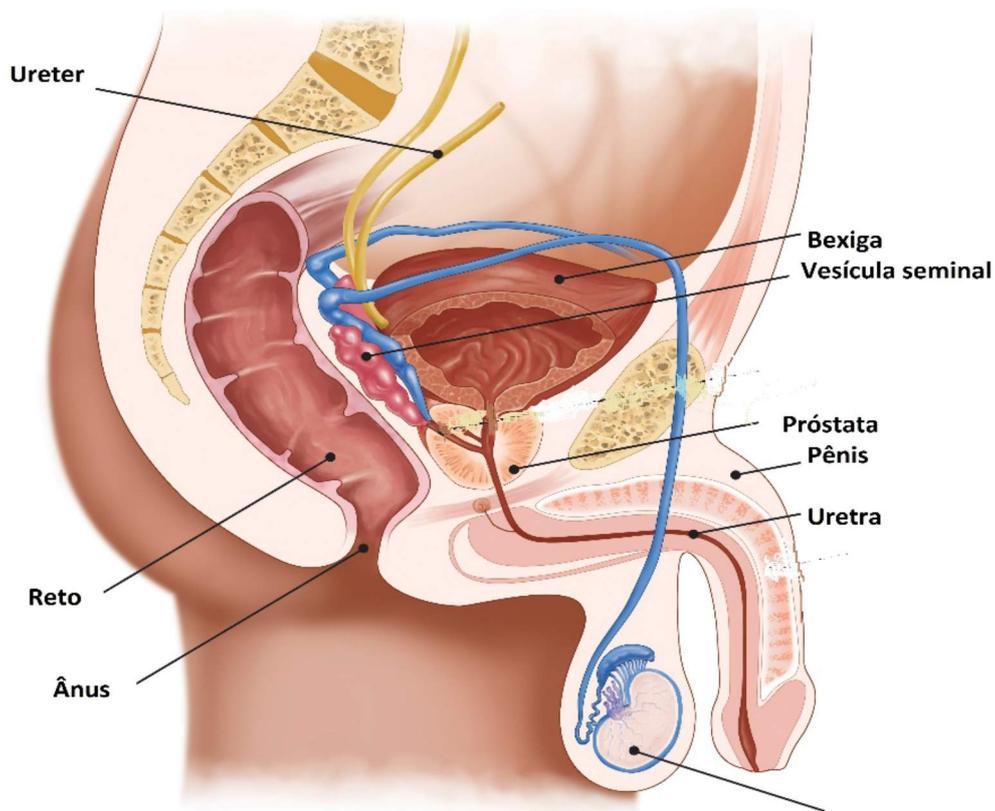


Figura 1 – Anatomia da próstata.

O CÂNCER DE PRÓSTATA

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo tipo de neoplasia mais comum entre os homens, superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), mais de 68 mil novos casos de câncer de próstata foram diagnosticados em 2018⁽²⁾.

O câncer de próstata pode ser diagnosticado em três fases distintas. A primeira delas é quando a lesão está totalmente confinada à glândula (forma localizada), a segunda é quando já ocorreu o crescimento de células tumorais para fora do órgão (forma localmente avançada) e a terceira é quando ocorreu implantação de células tumorais em outros órgãos, como nódulos linfáticos ou esqueleto (forma metastática)⁽³⁾ (**Figura 2**).

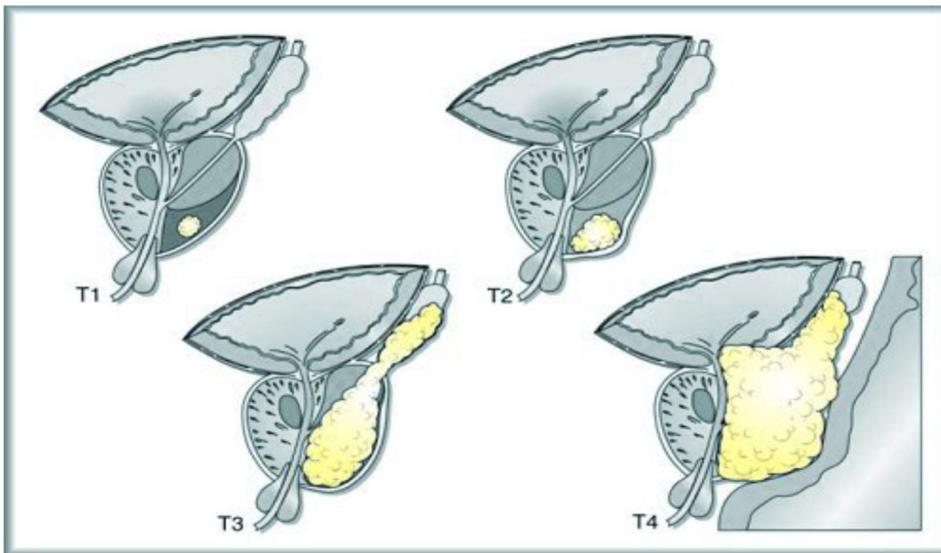


Figura 2 – Estágios do câncer de próstata

FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento do câncer de próstata são história familiar de câncer em parentes de primeiro grau, etnia negra e obesidade⁽⁴⁾. História familiar de câncer de mama em mãe ou irmãs também tem sido reportado como fator de risco para o desenvolvimento da patologia. Dessa forma, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda início da prevenção aos 45 anos para homens com pelo menos um fator de risco e aos 50 anos para os demais (**Figuras 3, 4 e 5**).



Figuras 3, 4 e 5 – Fatores de risco

CIRURGIA PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA

A cirurgia é uma das principais modalidades que pode ser usada para o tratamento das formas localizadas e localmente avançadas. Entretanto, outras modalidades que usam radiação (radioterapia e braquiterapia) ou calor para destruir as células tumorais (o HIFU: Ultrassonografia de Alta Intensidade Focado- do inglês: High Intensity Focused Ultrasound), também podem ser usados para tratamento primário do câncer de próstata.

Em determinados casos, nos quais o câncer de próstata é muito pouco agressivo, há ainda a possibilidade de postergar o tratamento através de uma vigilância realizada através de exames e consultas periódicas. Nestes casos, só indicaremos tratamento caso haja progressão da doença.

A cirurgia pode atualmente ser dividida em três modalidades. A cirurgia convencional ou aberta, a cirurgia videolaparoscópica e a cirurgia assistida por robô (cirurgia robótica).

Em nosso serviço, propomos preferencialmente as vias minimamente invasivas (laparoscópica e robótica) deixando a cirurgia convencional reservada a casos específicos principalmente em que haja contra-indicação às demais técnicas.

PROSTATECTOMIA RADICAL

Esta sessão é reservada a esclarecimentos de questões relativas diretamente à cirurgia de prostatectomia radical.

POR QUE EU PRECISO DESTE TRATAMENTO?

A cirurgia de prostatectomia para o câncer de próstata, bem como a radioterapia, são os principais tratamentos indicados aos pacientes com câncer de próstata não metastático e que não preencham critérios para a vigilância ativa.

A prostatectomia radical, apesar de variar quanto ao acesso (convencional, laparoscópico ou robótico), não varia quanto à proposta cirúrgica, que consiste na retirada da próstata e das vesículas seminais com ou sem a retirada de gânglios linfáticos localizados na pelve.

PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

É realizada através de pequenas incisões abdominais, através das quais as pinças são inseridas e o material cirúrgico é retirado por uma pequena incisão que pode variar de 2 a 4 centímetros e é realizada na região próxima do umbigo.

As vantagens do acesso videolaparoscópico são principalmente o menor índice de sangramento e de transfusão sanguínea durante o procedimento bem como recuperação pós operatória mais rápida, incisões abdominais menores e melhor controle da dor relacionada ao procedimento.

PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÔ-ASSISTIDA

A cirurgia robótica demonstra as mesmas vantagens da cirurgia videolaparoscópica (**Figura 6**). Consiste em uma técnica que pode ser considerada uma “evolução da laparoscopia”, visto que as pinças robóticas são estáveis e possuem a possibilidade de movimentos articulados, facilitando a realização do procedimento e a preservação de estruturas adjacentes à próstata, melhorando a recuperação mais precoce da função erétil e da continência urinária.



Figura 6 – Cirurgia robótica

Quando consideramos o tratamento cirúrgico, nossa maior preocupação é com o controle oncológico.

Entretanto, além do controle do câncer, nos preocupamos também com a recuperação funcional de continência urinária e potência sexual.

Com o avanço das técnicas cirúrgicas, atualmente nossos pacientes apresentam uma menor taxa de incontinência urinária e disfunção erétil.

Isto se deve ao cuidado transoperatório em preservar o feixe vaso-nervoso, o qual está em íntimo contato com a cápsula prostática, sendo este um dos principais responsáveis pelo mecanismo de ereção. Outro importante ponto da cirurgia é a dissecação do ápice prostático com boa preservação do esfíncter urinário, principal responsável pela continência urinária.

QUAIS OS RISCOS DA CIRURGIA?

Quanto ao procedimento cirúrgico, os principais riscos são de sangramento, infecção das feridas operatórias, lesões por imobilidade prolongada, risco de conversão para cirurgia convencional, trombose e tromboembolismo venosos. Ressalta-se que a incidência destas complicações é muito baixa.

Outras complicações podem estar relacionadas ao ato anestésico propriamente dito e a possíveis descompensações de doenças pré-existentes, como hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica ou insuficiência cardíaca.

VOU FICAR COM CICATRIZES?

Sim. As técnicas cirúrgicas demandam a incisão da pele e portanto haverá cicatrizes. As técnicas minimamente invasivas apresentam cicatrizes muito reduzidas (ao redor de 1 a 2 centímetros).

POSSO FICAR INCONTINENTE?

A incontinência urinária pode ser compreendida como a perda involuntária de urina e pode requerer uso de fraldas ou forros após a retirada da sonda vesical. É uma das complicações mais temidas e ao redor dela também costumam ocorrer muitos mitos que podem ser transmitidos de forma equivocada entre pessoas leigas.

Quaisquer dos tratamentos para câncer de próstata tem como objetivo curar ou controlar o crescimento do tumor naqueles casos mais avançados. Entretanto, sabemos que, infelizmente, nenhum desses procedimentos é isento de riscos de complicações.

A qualidade da cirurgia realizada exerce grande papel na obtenção de resultados satisfatórios. Centros que realizam a prostatectomia com excelência assim como o AC Camargo Cancer Center, proporcionam taxas de continência entre 90 a 95% dos pacientes. Ou seja, apenas 5 a 10% terão algum tipo de incontinência permanente.

Nas primeiras semanas após a retirada da sonda, é comum que haja escape de urina, uma vez que o organismo está se readaptando à nova realidade. Esta incontinência, conhecida como transitória, é superada ainda nas primeiras semanas a 6 meses após a cirurgia. Entretanto, a continência total pode ser atingida em até 24 meses após o tratamento cirúrgico.

A fisioterapia pélvica com eletroestimulação por *biofeedback* é uma das principais ferramentas que auxiliam na recuperação da continência. Os exercícios domiciliares também podem ser realizados pelo próprio paciente de maneira fácil e prática e também são de grande auxílio para este processo de reabilitação.

Caso a incontinência persista após o prazo para o qual seria esperada a recuperação completa, o tratamento subsequente dependerá do grau de perdas. Perdas mínimas e que não afetam a qualidade de vida do paciente, muitas vezes podem ser tratadas de forma conservadora, ou seja, não necessitarão de tratamento cirúrgico. Entretanto, nos casos em que há interferência na qualidade de vida, o tratamento cirúrgico para colocação de dispositivos urinários artificiais pode ser realizado com taxas de sucesso acima de 85%.

QUAIS OS RISCOS DE DISFUNÇÃO ERÉTIL APÓS A CIRURGIA?

Os nervos responsáveis pela ereção estão localizados junto à superfície da próstata (**Figura 7**) e isto pode levar à lesão de algumas dessas fibras nervosas durante o ato cirúrgico. Determinados fatores podem influenciar de maneira decisiva a recuperação da ereção após a cirurgia, são eles: função erétil prévia, idade, extensão da doença, tabagismo e doenças crônicas, como o diabetes.

Assim como o processo de continência, a recuperação da ereção pode levar até 24 meses. É importante destacar que o tratamento do câncer de próstata pode diminuir a função erétil, porém não interfere no desejo sexual (libido). Os pacientes inclusive devem ser encorajados a iniciar precocemente os estímulos que induzam a ereção.

É comum a prescrição de medicamentos indutores da ereção para reestabelecimento funcional. Estas drogas não causam dependência nem reduzem sua eficácia quando são utilizados por períodos mais prolongados. Dessa maneira, sempre com indicação do seu urologista, o uso pode ser feito de forma despreocupada. Mesmo com o uso destes medicamentos, uma parcela dos homens pode persistir com disfunção erétil, necessitando eventualmente de tratamentos adicionais.

Caso as medicações utilizadas por via oral não resultem em melhora da ereção, podemos utilizar injeções intracavernosas (aplicadas diretamente no pênis para induzir a ereção). Existem ainda aparelhos para promover a ereção a vácuo. Se todas estas medidas não surtirem efeito, após cerca de 18 meses, pode-se indicar o implante cirúrgico de próteses penianas (meleáveis ou infláveis), que restituem ao paciente a possibilidade de intercurso sexual.

EJACULAÇÃO E ORGASMO

Após a prostatectomia radical, os pacientes mantêm a sensação de prazer durante o clímax sexual ou orgasmo. Entretanto, apesar disso, os pacientes não mais apresentarão ejaculação, que é a emissão do líquido seminal. Isso

ocorre, uma vez que o a produção do sêmen ocorre na próstata e nas vesículas seminais (que são removidas durante a cirurgia). Passa-se a ter um orgasmo “seco”.

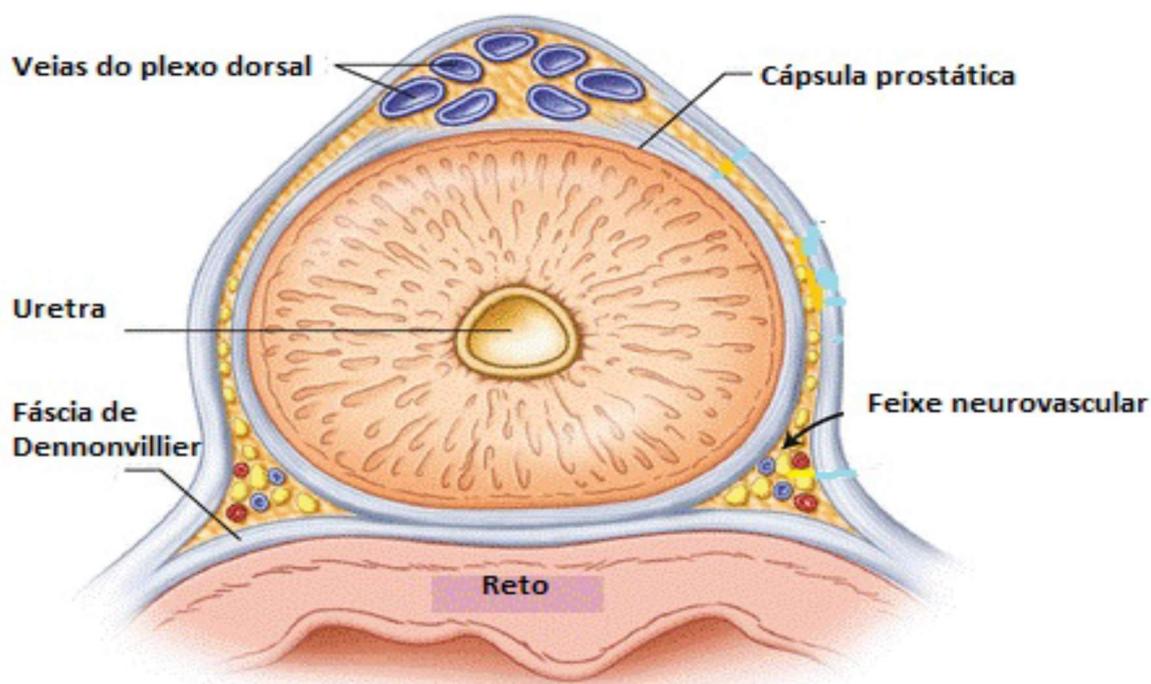


Figura 7. Feixe vasculonervoso da próstata

CIRURGIA COM PRESERVAÇÃO DE NERVOS

Nossos cirurgiões irão propor a realização da cirurgia com a técnica de preservação de nervos sempre que possível. Ela pode aumentar as chances de recuperação da função erétil.

Esta técnica consiste na preservação dos feixes neurovasculares que passam adjacentes e em íntimo contato com a face posterior da próstata (**Figura 8**).

Nem sempre sua realização é possível, visto que ela depende da localização do tumor na próstata e se este acomete ou não o feixe.

Quando necessária, é realizada a ressecção do feixe de um ou de ambos os lados.

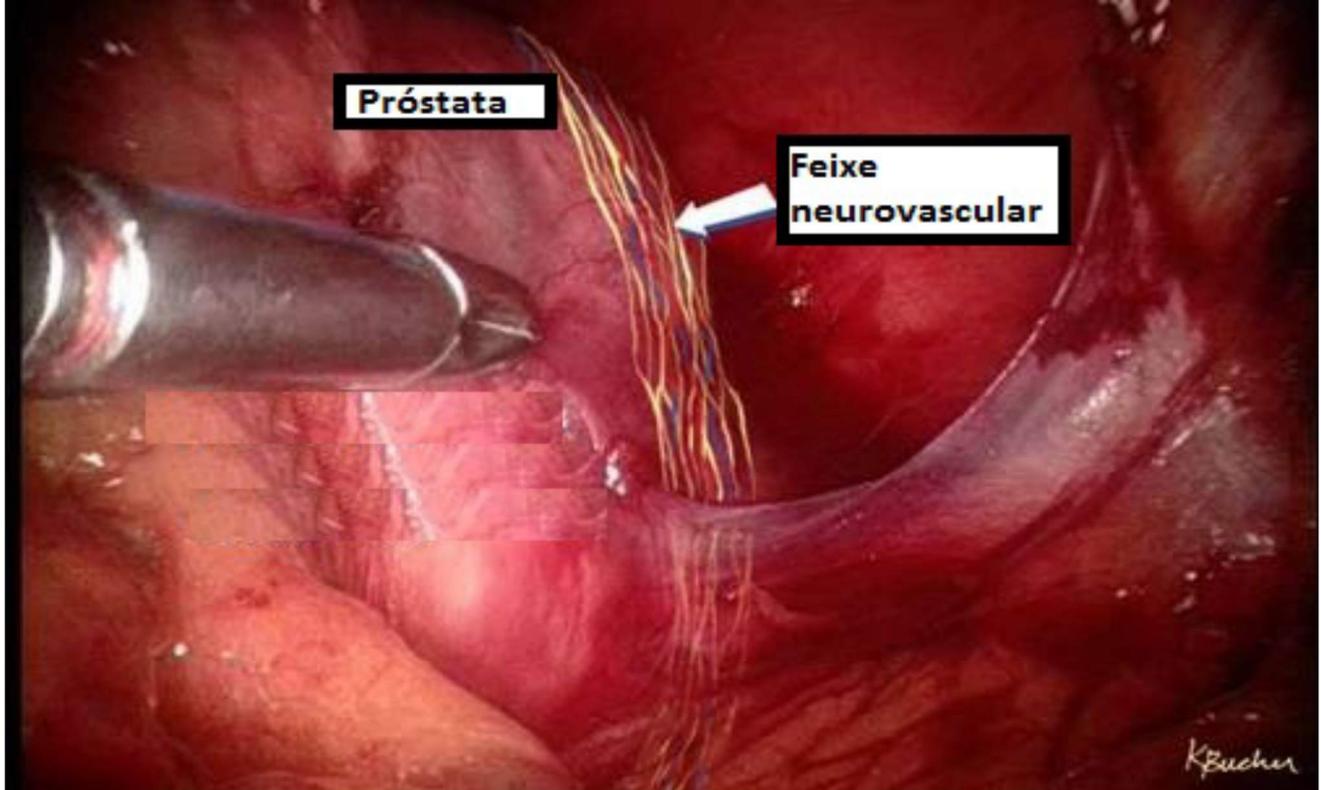


Figura 8 – Preservação dos nervos da ereção

O retorno das ereções, que pode levar até dois anos, é melhor em pacientes mais jovens e com função erétil satisfatória previamente à cirurgia, bem como a ausência de doenças como diabetes, hipertensão, doença aterosclerótica e tabagismo.

Comumente, são indicados medicamentos para melhorar a recuperação da função erétil.

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS E PERI-OPERATÓRIOS

Agora, esclareceremos como normalmente ocorre o período próximo à cirurgia, desde os dias que a precedem, a chegada ao hospital, bem como os dias de internação que a sucedem.

É NECESSÁRIA A MUDANÇA DA DIETA NA VÉSPERA DA CIRURGIA?

Não há necessidade de ser realizada nenhuma mudança na dieta nem procedimentos para preparo intestinal. Recomendamos apenas uma dieta leve no jantar da véspera da cirurgia.

PRECISO SUSPENDER MEDICAÇÕES QUE USO CONTINUAMENTE?

Geralmente, recomenda-se que antiagregantes plaquetários (remédios usados para “afinar o sangue”), como o ácido acetilsalicílico (AAS) e o clopidogrel sejam suspensos com 7 dias de antecedência, enquanto anticoagulantes orais como a varfarina devem ser suspensos com 5 dias. Existe um novo grupo de anticoagulantes orais (rovaroxaban, apixaban) que devem ser suspensos 48 horas antes da cirurgia e só devem ter seu uso retomado por orientação

médica. Já as medicações antihipertensivas e antiarrítmicas comumente não necessitam ser suspensas ⁽⁶⁾. Os hipoglicemiantes orais (medicamentos para controle do diabetes) devem ser suspensos na véspera e no dia da cirurgia.

Você deverá tomar seus demais medicamentos normalmente na véspera da cirurgia e aqueles que você costuma tomar pela manhã, devem ser ingeridos com uma quantidade mínima de água (ao redor de 20ml) na manhã da cirurgia.

POR QUE PRECISO REALIZAR UMA CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA?

A anestesiologia é a especialidade da medicina cuja finalidade mais conhecida é a realização do ato anestésico (anestesia geral, bloqueios espinhais e regionais). Entretanto, o médico anestesista é responsável por diversas outras variáveis que são decisivas para um bom resultado pós-operatório. Isso inclui a compensação de doenças pré-existentes, adequado controle da dor e da ansiedade, fornecimento adequado de oxigênio e controle dos sinais vitais (como pressão arterial e temperatura) durante o procedimento. Isto torna a consulta pré-anestésica um dos grandes pré-requisitos para uma cirurgia bem-sucedida. O anestesista conhecerá o paciente de antemão: suas doenças crônicas, suas alergias, suas eventuais dificuldades para determinados tipos de anestesia e analisará todas as medicações de que você faz uso. Deste modo, ele poderá programar uma anestesia personalizada conforme suas necessidades, resultando em uma maior segurança trans-operatória.

ATENÇÃO: É fundamental comunicar ao anestesista se você apresenta qualquer tipo de alergia. Informar também se você é portador de marcapasso.

QUAL ANESTESIA É REALIZADA PARA A PROSTATECTOMIA?

Quando a técnica minimamente invasiva (ou seja, laparoscópica ou robótica) é empregada, a anestesia mais utilizada é a geral, a qual pode ser associada ou não ao bloqueio espinhal (raquianestesia ou anestesia peridural).

QUANDO DEVO FICAR EM JEJUM?

O tempo mínimo de jejum recomendado é de 8 horas antes do horário planejado para a cirurgia. O jejum é completo, você não deverá ingerir sequer água. Em caso de atrasos para o início da cirurgia ou jejum mais prolongado, a equipe de nutrição poderá oferecer bebidas especiais para uma melhor hidratação. Não coma ou beba nada antes de conversar com a equipe de enfermagem.

DEVO FAZER TRICOTOMIA (RETIRADA DOS PÊLOS) DO ABDOME E DA REGIÃO PUBIANA?

Não. Esse procedimento se necessário será realizado logo após a anestesia pela própria equipe médica ou de enfermagem.

ATENÇÃO: Se você utiliza próteses capilares ou nas unhas, a equipe anestésica deverá ser informada. Eles deverão ser retirados antes do procedimento cirúrgico.

QUAL O TEMPO DE CIRURGIA?

O tempo cirúrgico é muito variável, pois depende de vários fatores, incluindo o tempo para anestesia, anatomia do paciente e volume da próstata. Além disso, inclui-se um determinado tempo para recuperação pós anestésica em sala específica ou, se já indicado previamente, em UTI.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

No pós-operatório imediato, recomenda-se que o paciente permaneça em repouso relativo, ou seja, mantenha-se em posição deitada ou sentada até que se sinta confortável para andar. Não existe um tempo mínimo para deambulação, mas isso deve ser iniciado o mais precocemente possível, tão logo o paciente se sinta confortável e seguro. Na primeira vez em que for se levantar após a cirurgia, faça isso lentamente. Sente-se primeiro, aguarde alguns minutos, e se levante após. Isso evitará reduções bruscas na pressão arterial.

CUIDADOS COM A SONDA VESICAL DE DEMORA

Na prostatectomia radical, é realizada a anastomose (sutura de ligação) da bexiga com a uretra (canal responsável pela eliminação da urina). Independente da técnica que seja adotada, faz-se obrigatório o uso da sonda vesical (inserida através da uretra) (**Figura 9**), pois este é um pré-requisito fundamental para a manutenção da bexiga vazia, o que ajuda na cicatrização e evita o extravasamento de urina através da anastomose. O tempo médio de manutenção da sonda é de 7 a 10 dias, ou seja, o paciente recebe alta com a mesma. Ela sempre deverá permanecer abaixo do nível da cintura. A equipe de enfermagem do AC Camargo Cancer Center foi treinada para orientar o paciente e os familiares acerca de todos os cuidados necessários com este dispositivo bem como do agendamento da data de sua retirada.



Figura 9. Sonda vesical e bolsa coletora de urina.

CUIDADOS COM DRENO ABDOMINAL

Após o término da cirurgia um dreno abdominal (**Figura 10**) é alocado na cavidade pélvica e tem por objetivo drenar líquido linfático ou resíduos de sangue que porventura venham a se acumular na cavidade pélvica. A depender do volume drenado, este dispositivo poderá ser retirado ou pode-se optar por ser mantido. Nesse caso, a equipe médica orientará no momento da alta a data em que o paciente deverá retornar para a retirada.



Figura 10. Dreno abdominal.

TROMBOEMBOLISMO VENOSO: O QUE É E COMO PREVENIR?

Entende-se por tromboembolismo venoso (TEV) como o evento em que ocorre a formação de um coágulo (trombo) no leito venoso. Os locais mais frequentes de formação do trombo são os membros inferiores e a pelve. O maior risco associado à trombose venosa profunda é que haja a embolização (migração) deste coágulo para a circulação dos pulmões, fenômeno conhecido como tromboembolismo pulmonar⁽⁵⁾.

Os principais fatores de risco são: cirurgia recente, neoplasia maligna, mobilidade reduzida, idade avançada, obesidade e passado de tromboembolismo venoso.

Durante a cirurgia, este fenômeno pode ser prevenido pelo uso de meias elásticas de média compressão (**Figura 11**) e uso de botas de compressão intermitente que literalmente massageiam os membros inferiores e ajudam a drenar o sangue venoso. Entretanto, no período pós-operatório, a principal medida para profilaxia do TEV é a deambulação (caminhada) precoce, no mesmo dia ou no dia seguinte à operação. Utilizamos como adjuvante no pós-operatório uma medicação conhecida como enoxaparina que é injetada por via subcutânea (abaixo da pele) por um período de aproximadamente 2 semanas. Você deverá manter o uso das meias elásticas mesmo após a alta, também por um período de 2 semanas.



Figura 11. Profilaxia de TEV: meias elásticas e anticoagulantes subcutâneos.

QUE MEDICAÇÕES DEVO USAR AO RECEBER ALTA?

Considerando o baixo potencial que a cirurgia minimamente invasiva possui para causar dor, usamos principalmente os analgésicos simples como dipirona e paracetamol para um adequado controle da dor. Sugerimos o uso de medicações opóides de baixa potência apenas para os casos em que a dor seja refratária à analgesia simples. Além destes fármacos, sugerimos o uso de medicamentos anti-eméticos (controle de náuseas e vômitos), antifiséticos (controle de gases intestinais) e o uso de dietas e medicações laxativas.

Muitos pacientes se queixam de constipação intestinal (“intestino preso”). Além da dieta laxativa, você poderá usar medicamentos laxativos, e, se necessário, supositórios de glicerina ou mesmo lavagens intestinais (enemas). Estes produtos podem ser facilmente comprados nas farmácias.

APÓS A ALTA

Ao receber a alta, o paciente e os familiares serão informados sobre a data da primeira revisão pós-operatória que geralmente ocorre com uma semana. Nesta ocasião, é retirada a sonda. A segunda consulta, normalmente ocorre por volta do 45º dia. A partir daí, será estipulado pelo seu médico urologista a periodicidade das consultas.

DÚVIDAS FREQUENTES

QUANDO POSSO RETORNAR AS RELAÇÕES SEXUAIS?

As relações sexuais podem ser retomadas a partir de 3 a 4 semanas após a cirurgia desde que o paciente se sinta à vontade para tal.

QUANDO POSSO VOLTAR A DIRIGIR?

Em geral, os pacientes voltam a dirigir a partir de duas semanas, dependendo principalmente da evolução pós-operatória.

QUANDO POSSO VOLTAR A TRABALHAR?

Se seu trabalho não exige esforço físico podem ser retomados a partir de duas semanas. Se a atividade profissional exige esforço físico, pode ser necessário um período de afastamento entre 1 a 3 meses.

O QUE SÃO GRUMOS QUE PODEM SAIR PELA SONDA VESICAL?

Durante o período de uso da sonda vesical e até mesmo após a retirada, o paciente pode observar a saída de pequenos resíduos sólidos. Na maioria das vezes, são formados por produtos de cicatrização ou pequenos coágulos. O paciente deve se preocupar quando há grande quantidade de sangue ou obstrução da sonda vesical. Nestes casos, deve-se procurar atendimento.

QUANDO NECESSITO PROCURAR ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO?

Os principais motivos de procura ao pronto-socorro são: obstrução da sonda que causa parada da eliminação de urina e desconforto abdominal, sangramentos, coágulos volumosos, febre, tosse, falta de ar, aumento da secreção do dreno, dor, edema (inchaço) do membro inferior, hiperemia (vermelhidão) ou saída de secreção turva das feridas operatórias.

PRECISO USAR ANTIBIÓTICOS APÓS A ALTA?

Atualmente, é recomendado o uso de antibióticos apenas na indução anestésica e nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Na grande maioria dos casos, não é necessário o uso de antibióticos em casa. Após a remoção da sonda ou em algumas situações especiais, o médico poderá prescrever-lhe estas medicações.

COMO LIMPO AS FERIDAS E QUANDO DEVO RETIRAR OS CURATIVOS?

Podem-se utilizar água e sabão neutro no banho. Os curativos impermeáveis devem ser retirados após 24-48h, em geral ainda na internação, e as “tirinhas” sobre a pele não necessitam ser retiradas. Pode-se aguardar que caiam sozinhas.

QUANDO DEVO RETIRAR O DRENO E A SONDA?

Normalmente, recomenda-se a retirada destes dispositivos entre 7 a 10 dias. Entretanto, podem ser retirados antes ou após esse prazo, dependendo da recomendação do seu médico.

QUANDO DEVO RETIRAR OS PONTOS?

Utilizamos pontos absorvíveis e desta maneira não necessitam ser removidos.

CONTATO

R. Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade
CEP: 01509-010, São Paulo, SP
Tel.: (11) 2189-5000
Site: www.accamargo.org.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Walz J, Epstein JI, Ganzer R, Graefen M, Guazzoni G, Kaouk Jet al. **A critical analysis of the current knowledge of surgical anatomy of the prostate related to optimisation of cancer control and preservation of continence and erection in candidates for radical prostatectomy: an update.** Eur Urol. 2016;70(2):301-11.
- 2 Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer. Estimativa/2018 Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2TYIv5w>. Acesso em: 2019 jan 12]
- 3 Louis RK, Alan JW, Andrew CN. **Campbell-Walsh urology.** New York: Elsevier; 11st ed. 2016.
- 4 Siegel RL, Miller KD, Jemal A. **Cancer statistics, 2019.** 2019;69(1):7-34.
- 5 Key NS, Khorana AA, Kuderer NM, Bohlke K, Lee AYY, Arcelus JI, et al. **Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update.** J Clin Oncol. 2020;38(5):496-520.
- 6 Gasanova I, Meng J, Minhajuddin A, Melikman E, Alexander JC, Joshi GP. **Preoperative continuation versus interruption of oral hypoglycemics in type 2 diabetic patients undergoing ambulatory surgery: a randomized controlled trial.** Anesth Analg. 2018;127(4):e54-e5.

CRÉDITOS DAS FIGURAS

- FIGURA 1. <https://www.prostateconditions.org/about-prostate-conditions/prostate-cancer>. Acessado em 01/12/2019.
- FIGURA 2. <http://keyholeurology.co.uk/prostatecancer.html>. Acessado em 05/12/2019.
- FIGURA 3. <https://www.iconfinder.com/icons/2091363>. Acessado em 15/12/2019.
- FIGURA 4. <https://www.hiclipart.com/free-transparent-background-png-clipart-bcbtu>. Acessado em 23/12/2019.
- FIGURA 5. https://www.jing.fm/iclip/u2q8a9r5e6r5e6i1_family-tree-clipart-history-shopping-bag-icon-png/. Acessado em 28/12/2019.
- FIGURA 6. <https://astralaparoscopy.com/robotic-surgery/>. Acessado em 03/01/2020.
- FIGURA 7. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-45060-5_18. Acessado em 03/01/2020.
- FIGURA 8. <https://urology.ufl.edu/patient-care/robotic-laparoscopic-urologic-surgery/procedures/robotic-nerve-sparing-radical-prostatectomy/>. Acessado em 05/01/2020.
- FIGURA 9. <https://slideplayer.com.br/slide/7903398/>. Acessado em 05/01/2020.
- FIGURA 10. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-75656-1_11. Acessado em 08/01/2020.
- FIGURA 11. <https://br.pinterest.com/pin/822540319429226043/>. Acessado em 09/01/2020.