

Nota Técnica 24370

Data de criação: 24/12/2020 11:34:55

Data de conclusão: 24/12/2020 11:42:24

Paciente

Idade:

74 anos

Sexo:

Masculino

Cidade:

Canoas/RS

Dados do Processo

Vara/Serventia:

5ª Vara Federal de Porto Alegre

Diagnóstico

Diagnóstico:

Incontinência urinária não especificada.

CID:

R32 - Incontinência urinária não especificada

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):

Laudos médicos e fisioterápicos, com descrição de eletroneuromiografia e outros testes diagnósticos.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia:

Produto

Descrição:

IMPLANTE DE ESFÍNCTER URINÁRIO ARTIFICIAL (Esfíncter urinário artificial AMS800)

Registro na ANVISA?

Sim

Situação do registro:

Ativo

O produto está disponível no SUS?

Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia:

IMPLANTE DE ESFÍNCTER URINÁRIO ARTIFICIAL (Esfíncter urinário artificial AMS800)

Descrever as opções disponíveis no SUS/Saúde Suplementar:

As alternativas disponíveis no SUS são o tratamento conservador (já realizado pelo paciente) e o tratamento cirúrgico sem o uso do dispositivo (4).

Custo da Tecnologia

Tecnologia:

IMPLANTE DE ESFÍNCTER URINÁRIO ARTIFICIAL (Esfíncter urinário artificial AMS800)

Custo da tecnologia:

O esfíncter urinário artificial não está padronizado no SUS e, desta forma, não possui preço especificado na Sigtap. Em consulta ao Banco de Preços em Saúde de registros de aquisição ocorridos nos últimos 12 meses pela Administração Pública, o preço médio foi de R\$ 79.365,78 por unidade.

No seu relatório, a CONITEC realizou análise econômica que demonstrou que a alternativa de tratamento usual para incontinência urinária (medidas comportamentais e medicamentos) apresentou-se como a tecnologia menos custosa, mas também menos efetiva. A relação de custo-efetividade incremental (RCEI) da comparação esfíncter artificial versus cuidado usual oscilou entre R\$ 17.285 e R\$ 24.142 por QALY nos diferentes cenários. Por sua vez, na comparação do sling com o cuidado usual, esta variação foi de R\$ 4.428 a R\$ 5.707 por QALY (3). Cabe ressaltar aqui que o valor do esfíncter artificial utilizado para estas estimativas foi de R\$ 29.000 (cerca de 36% do valor atual).

Em documento do Instituto Nacional de Saúde e Cuidados de Excelência (do inglês, National Institute for Health and Care Excellence ou NICE), do governo britânico, sobre manejo de sintomas do trato urinário inferior em homens a respeito do manejo da incontinência urinária de esforço sugere que o tratamento cirúrgico com implante de esfíncter urinário artificial seja considerado somente para casos não responsivos ao tratamento conservador e medicamentoso (8).

Fonte do custo da tecnologia:

Banco de Preços em Saúde (BPS)

Evidências e resultados esperados

Tecnologia:

IMPLANTE DE ESFÍNCTER URINÁRIO ARTIFICIAL (Esfíncter urinário artificial AMS800)

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:

O esfíncter urinário artificial é um dispositivo composto por um manguito uretral circunferencial, um reservatório de balão regulador de pressão e uma bomba escrotal. O manguito abre após compressão manual da bomba escrotal permitindo que o paciente urine a intervalos

programados e fecha automaticamente após um período de dois a três minutos, o que confere a continência urinária. O paciente deve ter capacidade cognitiva e destreza suficientes para operar o dispositivo de forma correta (1,5).

A comparação das duas técnicas cirúrgicas (sling masculino e esfíncter artificial) foi alvo de uma revisão sistemática com metanálise publicada em 2017 (6). O desfecho primário foi o uso diário de absorventes antes e após a cirurgia e os desfechos secundários foram qualidade de vida antes e após a cirurgia e frequência de cura (sem necessidade de uso de absorvente por pelo menos 1 dia) e melhora (diminuição do uso de absorvente) na incontinência depois da cirurgia. Foram incluídos 34 estudos e os resultados mostraram que tanto o sling masculino quanto o esfíncter urinário artificial diminuíram significativamente o número de absorventes usados por dia em cerca de 3 (valores $P < 0,001$) e aumentaram a qualidade de vida em comparação com antes da intervenção (valores $P < 0,001$). Além disso, o índice de cura ficou em 60% (IC95% 51 a 67%) nos pacientes submetidos a intervenção com sling e 56% nos pacientes em que foi utilizado o esfíncter artificial (IC95% 44 a 68%). Os autores concluíram que ambas as intervenções são eficazes na redução da incontinência e na melhoria da qualidade de vida do paciente.

Uma segunda revisão sistemática demonstrou resultados semelhantes (7). Foram incluídos estudos com pacientes com mais de 18 anos de idade com IUE pós prostatectomia submetidos a cirurgia com sling ou com ou intervenção com esfíncter artificial e monitorados por mais de 12 meses. Sete estudos foram incluídos, resultando em um tamanho de amostra de 420 pacientes. O pad test mostrou resolução da IUE ou melhora em 70% dos pacientes do grupo sling e em 74% dos pacientes do grupo esfíncter artificial. A qualidade de vida foi avaliada pela escala de sintomas incontinence impact questionnaire, short form e mostrou melhora, com uma pontuação de 82,8% no grupo esfíncter artificial em comparação com 86,1% no grupo sling. Ao comparar intervenções com não intervenção, os riscos relativos (RRs) para melhora foram de 35,37 (IC95% 7,17 a 174,35) e 45,14 (IC95% 11,09 a 183,70) respectivamente para sling e esfíncter artificial. Não foram encontradas diferenças significativas quando os dois métodos foram comparados com um RR de 0,78 (IC95% 0,09 a 6,56). A maioria dos estudos foi classificado como baixo risco de viés. Os autores concluíram que ambas as intervenções podem reduzir a incontinência e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com IUE pós prostatectomia. Apesar disso, também foi reconhecido que a literatura é limitada, pois não há ensaios clínicos randomizados disponíveis e existe uma heterogeneidade considerável nas variáveis de desfecho medidas.

A CONITEC já avaliou também esta questão e em seu relatório a análise da evidência disponível sobre o implante de esfíncter urinário artificial e opções terapêuticas como slings e injeções, para o manejo de incontinência urinária moderada a grave, permitem uma abordagem indireta da efetividade comparativa dessas técnicas. Em relação ao uso de injeções de preenchimento, não parece ser uma terapia adequada para incontinência moderada a grave, pois praticamente não foi estudada e, no único estudo, teve efetividade baixa. Com base nas informações disponíveis, o esfíncter artificial e os slings parecem ser terapias efetivas no manejo de incontinência urinária moderada a grave pós-prostatectomia radical para o tratamento do câncer de próstata. Em pacientes com sintomas moderados, ambas as estratégias parecem ter efetividade similar, tendo em vista a sobreposição dos intervalos de confiança das estimativas da meta-análise de cada terapia. Por outro lado, para casos com sintomas graves, o esfíncter artificial parece ter um benefício adicional em melhora dos sintomas e cura (intervalos de confiança não se cruzam) (3).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:

Ver benefícios no item anterior.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante:

Desfavorável

Conclusão

Conclusão Justificada:

Não favorável

Conclusão:

O tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço após prostatectomia pode ser feito com sling (disponível no SUS) ou implante de esfíncter urinário artificial (não disponível no SUS). As evidências avaliadas até o momento, apesar de limitadas, apontam para equivalência destas duas técnicas. Já em relação ao custo, análise apresentada pela CONITEC aponta que o esfíncter urinário artificial é a menos custo-efetiva.

Há evidências científicas?

Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM?

Não

Referências bibliográficas:

1. Comiter CV, Speed J. Urinary incontinence after prostate treatment. UpToDate. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-after-prostate-treatment>>. Acesso em: 18/11/2020
2. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T1567107966710 , Surgery for Urinary Incontinence in Men; [updated {19 nov 2019}, acesso em 18/11/2020]. Available from <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1567107966710> . Registration and login required.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Esfíncter urinário artificial na incontinência urinária masculina grave pós prostatectomia. Maio de 2013. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/EsfíncterUrinario-final.pdf>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Portaria-Conjunta-PCDT-Incontinencia-Urinaria-NN-13.01.2020.pdf>
5. Truzzi JC, Sacomani CR, Prezotti J, Silvinato A, Bernardo WM. Male urinary incontinence: Artificial sphincter. Rev Assoc Med Bras 2017, 63 (8):664-680.
6. Chen YC, Lin PH, Jou YY, Lin VC. Surgical treatment for urinary incontinence after prostatectomy: A meta-analysis and systematic review. PLoS One. 2017 May

3;12(5):e0130867.

7. Guachetá Bomba PL, Ocampo Flórez GM, Echeverría García F, García-Perdomo HA. Effectiveness of surgical management with an adjustable sling versus an artificial urinary sphincter in patients with severe urinary postprostatectomy incontinence: a systematic review and network meta-analysis. *Ther Adv Urol*. 2019 Sep 29;11:1756287219875581.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Lower urinary tract symptoms in men: management. Clinical guideline [CG97]. Published date: 23 May 2010. Last updated: 03 June 2015. Disponível <https://www.nice.org.uk/guidance/cg97/chapter/1-Recommendations#surgery-for-voiding-symptoms-2>

NATS/NAT-Jus Responsável:

NAT-jus/JFRS

Instituição Responsável:

TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria?

Não

Outras Informações:

A parte autora apresenta laudos médico e fisioterápico que informam que o paciente foi submetido a prostatectomia radical em 2017 para tratamento de neoplasia de próstata. Após a cirurgia, passou a apresentar incontinência urinária aos esforços. Realizou exames diagnósticos e foi avaliado para gravidade do quadro pelo “pad test” de uma hora. Inicialmente este teste teve como resultado 181 gramas. Foi tratado, então, com 20 sessões de fisioterapia pélvica no período entre junho de 2020 e outubro de 2020. Após este tratamento, apresentou melhora em parâmetros da eletroneuromiografia e também do “pad test” (nas últimas três semanas com resultados variando de 64 a 73 gramas). Ainda conforme os laudos supracitados, o paciente apresentou melhora subjetiva e objetiva, porém o tratamento fisioterápico “não é capaz de devolver a cura ao paciente, tendo caráter apenas paliativo” e atualmente o paciente apresenta indicação cirúrgica. Para realização do procedimento cirúrgico é pleiteado o implante de esfíncter urinário artificial.

A incontinência urinária é uma complicação tardia conhecida após tratamentos cirúrgicos e radioterápicos de doenças da próstata. Trata-se de uma condição dinâmica e pode apresentar melhora até dois anos após procedimento com terapias conservadoras (por exemplo fisioterapia de reabilitação do assoalho pélvico) (1). Deficiência esfíncteriana intrínseca é a causa mais comum de incontinência pós cirurgia prostática. Após prostatectomia radical, por exemplo, 88 a 100% dos homens incontinentes apresentam deficiência esfíncteriana intrínseca como a principal causa de sua incontinência (1). Especificamente, a perda urinária que ocorre com tosse, risada, espirro, caminhada ou outra atividade extenuante é sugestiva de incontinência urinária de esforço (IUE). Uma história de IUE tem um valor preditivo positivo de 95% e valor preditivo negativo de 100% para a presença de IUE em estudos urodinâmicos (1). A classificação de gravidade da incontinência pós prostatectomia radical é clínica e a medida mais utilizada é o “pad test” ou teste do absorvente. Esta avaliação consiste na aferição do peso da incontinência em 1 ou 24h e é considerado o padrão ouro para a quantificação do grau

de incontinência. O teste do absorvente de uma hora foi descrito como uma ferramenta de triagem para determinar a presença de incontinência, enquanto o teste do absorvente de 24 horas é mais útil para quantificar o volume de vazamento. Durante o teste de absorvente de uma hora, o paciente ingere 500 ml de líquido e, em seguida, realiza várias manobras de esforço (caminhar, levantar da posição sentada, correr no lugar, dobrar-se). Um peso de perda superior a 50 gramas no teste de 1h (ou superior a 200 gramas em 24h) é considerado indicativo de incontinência urinária grave (1). Pelos valores descritos nos laudos juntados ao processo podemos classificar a condição do paciente como grave.

O tratamento da IUE é realizado inicialmente com medidas conservadoras que incluem fisioterapia de reabilitação do assoalho pélvico, medidas comportamentais que incluem treinamento vesical e orientações de ingestão hídrica (1). Não há tratamento farmacológico para IUE, restando como opção para aqueles pacientes sem resposta ao manejo inicial e persistente após um ano o tratamento cirúrgico. Dentre os tratamentos cirúrgicos estão incluídos slings masculinos e o dispositivo pleiteado no caso em tela (1,2).