



NOTA TÉCNICA NÚMERO 211

Solicitante: Juiz Dr. Francisco Eduardo
Fontenele Batista da 09ª Vara da Fazenda
Pública da Comarca de Fortaleza

Número do processo:
0167828-49.2018.8.06.0001

Data: 31/01/2019

Medicamento	
Material	X
Procedimento	X
Cobertura	

SUMÁRIO

TÓPICO	Pág
1. Tema -----	02
2. Considerações teóricas-----	2-4
3. Eficácia do tratamento-----	4-6
4. Evidências científicas-----	7-9
5. Dos tratamentos disponibilizados pelo SUS-----	09
6. Sobre a liberação na ANVISA-----	09
7. Sobre a incorporação pela CONITEC-----	10
8. Do fornecimento do tratamento pelo SUS-----	10
9. Sobre a presença de diretriz clínica do Ministério da Saúde ou órgão público	10
10. Custo do tratamento-----	11
11. Conclusões-----	11-17
12. Referências-----	17-18

Contato: (85) 98529-2925/996545559 (Yury Trindade)

nat.ceara@tjce.jus.br



NOTA TÉCNICA

1) Tema

Trata-se do paciente A.E. Melo, 65 anos, brasileiro, solteiro, administrador, portador de NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA (CID10 C61) e INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE TENSÃO “STRESS” (CID10 N39.3), necessitando com urgência de IMPLANTE DE ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL – AMS 800 para controle da incontinência urinária.

O paciente submeteu-se à prostatectomia radical + linfadenectomia em 05/07/2017 no serviço do Instituto do Câncer do Ceará (ICC) em Fortaleza por adenocarcinoma de próstata (CID 10 C61)

Vem segundo relatório médico do cirurgião do ICC em acompanhamento ambulatorial com “bom controle da doença, porém com incontinência urinária moderada refratária ao tratamento clínico (Retemic® + Fisioterapia)”.

Segundo relatório do médico urologista do Serviço de Urologia da Santa Casa de Fortaleza “o paciente evoluiu com incontinência urinária grave com necessidade de múltiplas fraldas por dia” refratário ao tratamento clínico.

2) Considerações teóricas

Incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina objetivamente demonstrável que tenha repercussão social, acarretando problemas de saúde adicionais e, por conseguinte, impactando negativamente a qualidade de vida.



Na história clínica da incontinência urinária deve-se informar aspectos relativos ao início dos sintomas, duração, frequência de perdas, gravidade, hábito intestinal, fatores precipitantes, sintomas associados – como urgência miccional, frequência urinária noctúria, hesitância, esvaziamento incompleto, disúria e descrição do impacto sobre a qualidade de vida, que pode ser avaliada de diversas maneiras, mas somente questionários estruturados podem medir a condição e refletir a visão dos pacientes sobre ela, assegurando consistência e objetividade na avaliação. Questionários específicos em avaliar a Qualidade de Vida, em pacientes com incontinência urinária, traduzidos e validados para a língua portuguesa são o “*King’s Heath Questionnaire*” e o “*International Consultation On Incontinence Questionnaire-Short Form*” (ICIQ – SF).

Segundo o relatório médico “o paciente não consegue controlar a micção, tendo necessidade do uso de fraldas, com odor desagradável, repercussões psicológicas e de isolamento social do paciente.” Não há relato do uso dos questionários acima documentando de forma objetiva a condição do paciente.

Numerosas condições exacerbam ou predisõem a ocorrência da IU, e podem estar envolvidas na fisiopatologia da incontinência.

Essas condições incluem:

- Insuficiência cardíaca
- Diabetes
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
- Distúrbios neurológicos
- Doença vascular cerebral (AVC)
- Demência
- Esclerose múltipla



- Distúrbios cognitivos
- Distúrbios do sono, como apneia do sono

Não há relato sobre tais condições associadas no relatório médico.

As definições de incontinência urinária pós-prostatectomia (PPI) são relatadas desde urina gotejando diariamente, a necessidade de usar um “grampo” peniano, absorventes ou ainda de intervenção cirúrgica para incontinência. Em geral, 8-20% dos pacientes sofrem de PPI, com aproximadamente 6% necessitando de tratamento cirúrgico subsequente à prostatectomia.

As formas de tratamento da incontinência pós-prostatectomia incluem tanto abordagens conservadoras quanto cirúrgicas. Abordagens eficazes não-cirúrgicas incluem modificações no estilo de vida e exercícios no assoalho pélvico, que devem ser tentados antes da abordagem cirúrgica. As abordagens cirúrgicas devem ser postergadas por pelo menos 12 meses após a prostatectomia e incluir cintas masculinas para deficiência esfínteriana intrínseca (DSI) leve ou esfíncteres urinários artificiais - o tratamento padrão-ouro e último recurso - para deficiência esfínteriana intrínseca grave.

3) Eficácia do tratamento

O esfíncter urinário artificial (EA) é considerado o tratamento padrão ouro para a incontinência urinária de esforço após uma prostatectomia, oferecendo ao paciente a maior chance de cura. O EA foi desenvolvido por Scott et al, e introduzido pela primeira vez em 1973. Seu projeto básico sofreu várias mudanças e melhorias para se tornar o dispositivo atual, o AMS 800.



Há uma grande quantidade de dados sobre taxas de continência, complicações e satisfação do paciente após a implantação do AMS 800. O maior relatório até o momento examinou 323 pacientes que tiveram o AMS 800 implantado na clínica Mayo. Em um acompanhamento médio de 68,8 meses, as taxas de continência de 79% foram atingidas. 27% dos homens, no entanto, precisaram de reoperação por falha mecânica do dispositivo.

As taxas de satisfação após a implantação de um esfíncter urinário artificial são elevadas. Em um estudo de Litwiller *et al*, 90% dos pacientes relataram satisfação com o EA e 96% afirmaram que recomendariam o esfíncter urinário artificial a um amigo. Em retrospecto, 92% dos pacientes teriam um EA novamente e 90% daqueles submetidos à revisão não relataram mudança na satisfação.

Os problemas relacionados com a implantação de um esfíncter artificial incluem a incapacidade dos pacientes de administrar o mecanismo corretamente, atrofia uretral, perda de fluido do mecanismo, erosão do manguito e falha mecânica do dispositivo. A complicação mais temida é a erosão do manguito (1-3%), necessitando de remoção completa do sistema. A erosão pode ser precipitada por infecção, pressão excessiva do manguito, radioterapia prévia, manguito muito pequeno, resultando em diminuição da vascularização e trauma por cateterização através de um manguito ativado. Taxas de infecção do EA são 2-10%. A taxa de revisão é de 9%, com uma sobrevida de 15 anos do EA estimada em 75%.

Apesar de sua taxa de revisão razoavelmente alta o EA continua sendo o “padrão ouro”. Isto é particularmente verdadeiro em pacientes com IBP significativo, em pacientes com história de radioterapia e naqueles nos quais outros procedimentos anti-incontinência falharam.



O sistema compreende um manguito interconectado, reservatório de fluido e bomba. A colocação é realizada por meio de uma incisão perineal e uma pequena incisão abdominal inferior. O manguito é colocado ao redor da uretra bulbar normalmente através de uma incisão perineal vertical; A bomba é colocada em uma bolsa criada através da incisão abdominal e, usando a mesma incisão o reservatório é colocado no espaço retropúbico. O AUS é um sistema hidráulico pressurizado com o manguito inflado em repouso. Para anular, o paciente esvazia o manguito pressionando a bomba. Devido às partes mecânicas, existe um risco de falha que requer cirurgia de revisão, juntamente com infecção e explantação. Os pacientes normalmente recebem uma semana de antibióticos após a cirurgia para reduzir o risco de infecção. A bomba é deixada desativada e a reativação é realizada na clínica após um período de 6 semanas. Os pacientes necessitam de capacidade mental e destreza manual para usar a bomba. Também é importante enfatizar que, no futuro, os períodos de cateterismo uretral devem ser evitados, pois isso pode aumentar o risco de erosão. Se o trato urinário requer instrumentação, o sistema deve ser desativado para minimizar esse risco. Dados de longo prazo demonstram que o AUS tem taxas de sucesso de até 90% e é bem tolerado.

4) Evidências científicas



Em revisão de literatura por Kretschner e cols de 2016 na avaliação e abordagem da incontinência pós-prostatectomia:

O diagnóstico e o tratamento conservador da incontinência pós-prostatectomia (IPP) são atualmente baseados principalmente em opiniões de especialistas. O treinamento muscular do assoalho pélvico é o tratamento não invasivo de escolha da IPP. Para o tratamento invasivo de IPP moderada a grave, o esfíncter urinário artificial ainda é o tratamento de escolha, mas um número crescente de dispositivos ajustáveis e não-ajustáveis, não-compressivos e compressivos são disponíveis e usados com maior frequência. No entanto, nenhum estudo controlado randomizado ainda investigou o resultado de um tratamento cirúrgico específico ou comparou o resultado de diferentes opções de tratamento cirúrgico.

O nível de evidência que aborda o tratamento cirúrgico do IBP ainda é insatisfatório. Mais pesquisas são necessárias.

Anderson *et al* em revisão da Cochrane (2015) de 50 estudos controlados que avaliaram intervenções conservadoras para continência urinária em homens após prostatectomia descobriram que havia evidências conflitantes sobre o benefício de terapeutas ensinando homens a contrair seus músculos do assoalho pélvico para prevenção ou tratamento de vazamento de urina após cirurgia de próstata radical para câncer. No entanto, informações de um grande estudo sugeriram que os homens não se beneficiam de ver um terapeuta e receber treinamento muscular do assoalho pélvico após a ressecção transuretral (RTU) devido ao aumento benigno da próstata. No geral, houve evidência insuficiente para demonstrar um efeito benéfico do treinamento muscular do assoalho pélvico.

Os autores concluem:



O valor das várias abordagens para o tratamento conservador da incontinência pós-prostatectomia após a prostatectomia radical permanece incerto. As evidências são conflitantes e, portanto, ensaios clínicos randomizados controlados (RCTs) rigorosos e adequadamente conduzidos, que seguem os princípios e recomendações da declaração CONSORT, ainda são necessários para obter uma resposta definitiva. Os ensaios devem ser robusto projetado de forma robusta para responder a perguntas de pesquisa específicas bem construídas e incluir resultados que são importantes do ponto de vista do paciente na tomada de decisão e também que sejam relevantes para os profissionais de saúde. A incontinência a longo prazo pode ser controlada por um grampo externo peniano, mas existem problemas de segurança.

Laercio A. Silva *et al* em Revisão da Cochrane (2014), “Cirurgia para incontinência urinária de esforço devido à deficiência presumida de esfíncter após cirurgia de próstata” relatam:

As evidências disponíveis atualmente eram de qualidade muito baixa porque identificamos apenas um pequeno ensaio clínico randomizado. Embora o resultado tenha sido favorável para o implante de EA(esfíncter artificial) no grupo com incontinência grave, esse resultado deve ser considerado com cautela devido ao pequeno tamanho da amostra e à qualidade metodológica incerta do estudo encontrado.

Existem cinco tipos principais de cirurgia e, apesar de algumas delas estarem em uso desde a década de 1990, encontramos apenas um estudo que atendeu aos critérios de inclusão. Havia evidências de muito baixa qualidade de que o implante de um esfíncter urinário artificial poderia ser mais eficaz do que o tratamento injetável, mas com mais efeitos ad-



versos e custos mais elevados. Não houve evidência sobre os outros tipos de cirurgia

A Associação Européia de Urologistas (EAU) desenvolveu diretrizes, baseadas no consenso ICUD de 2005, para o manejo da incontinência masculina. Após avaliação clínica, considerar na incontinência pós-prostatectomia, estudo urodinâmico e exames de imagem do trato urinário. No diagnóstico de incontinência urinária de stress devido à incompetência do esfíncter ou incontinência mista, o tratamento consiste, se a terapia inicial falhar, no uso do esfíncter artificial urinário (EA).

5) Dos tratamentos disponibilizados pelo SUS

Atualmente, **não** há na tabela do Sistema Único de Saúde – SUS, o custeio do esfíncter artificial para tratamento cirúrgico da incontinência urinária grave pós-prostatectomia radical.

6) Sobre a liberação pela ANVISA

O esfíncter urinário artificial é um dispositivo implantável cirurgicamente com indicação para incontinência urinária grave e registro na ANVISA número: 80219980027

7) Sobre a incorporação pela CONITEC

Contato: (85) 98529-2925/996545559 (Yury Trindade)

nat.ceara@tjce.jus.br



Em Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 61 (2013) a CONITEC deliberou, por unanimidade, **não** recomendar a incorporação do esfíncter urinário artificial para tratamento da incontinência urinária masculina grave pós-prostatectomia. Foi assinado o REGISTRO DE DELIBERAÇÃO Nº 42/2013 – pela **não** incorporação da tecnologia.

O plenário recomendou, concomitantemente, a elaboração de um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT), contemplando toda a linha de cuidado da incontinência urinária masculina.

8) Do fornecimento do tratamento pelo SUS

O dispositivo/produto Esfíncter Uretral Artificial (AMS 800 Boston) não é fornecido pelo SUS.

9) Sobre a presença de diretriz clínica do Ministério da Saúde ou de órgão público

Não há Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica no âmbito do SUS para o tratamento da incontinência urinária, entretanto, o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina apresenta diretriz específica para o tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia. Geralmente, a conduta do tratamento pode ser dividida em medidas gerais, comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas.

10) Custo do tratamento

**PRODUTO**

Esfíncter Uretral Artificial

Acompanhado de todo material necessário para o implante

MARCA/FABRICANTE

AMS 800/BOSTON

QUANTIDADE

01

PREÇO UNITÁRIO

R\$ 72.000,00

CUSTO TOTAL R\$ 72.000,00

11) Conclusões

Em resposta às questões do Magistrado:

- a) **Há protocolos clínicos e terapêuticos, no âmbito do Ministério da Saúde, para o tratamento da enfermidade que acomete a parte autora? Justificar a conclusão à luz da chamada "medicina das evidências".**

Não existe ainda protocolo clínico e terapêutico do MS para o tratamento da incontinência urinária pós prostatectomia.

Com base nos dados de literatura, 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, no entanto, para casos com sintomas graves, o EA parece ter um benefício adicional em melhora dos sintomas

Contato: (85) 98529-2925/996545559 (Yury Trindade)

nat.ceara@tjce.jus.br



e cura. A análise econômica 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. Já a relação custo-efetividade das comparações entre as tecnologias esfíncter urinário e *sling*, parece estar relacionada ao grau de gravidade da incontinência urinária. Nos cenários de incontinência moderada e moderada/grave, o *sling* foi dominante, sendo mais efetivo e de menor custo do que o esfíncter artificial. Para o cenário de incontinência grave, não houve dominância, porém a RCEI do esfíncter quando comparado ao *sling* foi bastante alta.

b) Quais as diretrizes nacional e internacional quanto ao uso do tratamento requerido pela parte autora?

A Diretriz da Associação Européia de Urologistas (EAU) recomenda no manejo da incontinência urinária masculina que após avaliação clínica considerar na incontinência pós-prostatectomia a realização de estudo urodinâmico e exames de imagem do trato urinário. No diagnóstico de incontinência urinária de stress devido à incompetência do esfíncter ou incontinência mista o tratamento consiste, se a terapia inicial falhar, no uso do esfíncter artificial urinário (EA).

A Diretriz da Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que quando a incontinência persiste após o tratamento conservador, não invasivo, está indicada uma terapêutica invasiva. Recomenda ainda que o tratamento invasivo não deve ser precoce, sendo aconselhado um mínimo de seis meses entre a prostatectomia e a sua instituição. Atualmente, o tratamento cirúrgico baseia-se em três procedimentos: injeções de agentes periuretrais, procedimentos de compressão uretral



e implante de um esfíncter artificial. Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Urologia o padrão-ouro de tratamento da IUPP é o esfíncter artificial, principalmente com as modificações que foram feitas sobre a cinta, as quais diminuíram a incidência de complicações importantes como atrofia e ou erosão uretral. Alguns ensaios clínicos mostram índices de continência de 80% e de satisfação de 90%. Os resultados em longo prazo são bons, com apenas 12% de reoperações em um seguimento de sete anos, em 113 pacientes.

- c) **O protocolo nacional para o tratamento da moléstia da parte autora está em consonância com a diretriz/protocolo internacional? Sendo negativa a resposta, informar o motivo?**

Sim, não existe divergência entre as diretrizes brasileira e internacionais no que se refere ao uso do esfíncter urinário artificial.

- d) **Considerando a resposta dada ao quesito anterior, na opinião do Órgão consultado, levando em conta a relação custo-benefício (montante dos gastos dispendidos com o protocolo atual x benefícios da atualização desse, inclusive os de caráter preventivo), seria recomendável a alteração da diretriz praticada como forma de atender adequadamente demandas de igual natureza, ou de promover a realização eficiente da correlata despesa pública?**

A CONITEC por considerar a necessidade prévia de elaboração de um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para a linha de cuidado da incontinência urinária antes da incorporação isolada de tecnologias para essa condição recomendou, por unanimidade, a não incorporação



no SUS do esfíncter urinário artificial para tratamento da incontinência urinária masculina grave pós-prostatectomia.

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) sugeriu utilizar para o SUS o mesmo protocolo existente no Projeto Diretrizes para Incontinência Urinária Grave Pós-Prostatectomia, que já contempla o esfíncter urinário artificial como alternativa de tratamento. Entretanto, a própria SBU está desenvolvendo em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, um programa de atenção global à saúde do homem, tendo as doenças de próstata como alvo principal. Esse programa, segundo a SBU, contempla processos assistenciais e diretrizes médicas para todas as etapas da prevenção à reabilitação, em toda a linha de cuidado do transtorno. A SBU afirma ainda que a incorporação do esfíncter urinário artificial poderá reduzir a resistência dos homens ao tratamento do câncer de próstata pelo temor à incontinência urinária e consequente perda na qualidade de vida.

Há um projeto de Lei de 2013 do Deputado Dr. Jorge Silva no Congresso Nacional que obriga o Sistema Único de Saúde – SUS e os planos e seguros privados de assistência à saúde a fornecerem aos seus pacientes o tratamento integral e adequado da incontinência urinária:

Art. 2º. Os homens que apresentarem situações de incontinência urinária complexas, decorrentes de lesão, prostatectomia, traumatismo pélvico, malformações congênitas, doenças neurológicas, entre outras, têm o direito de receber o tratamento adequado para a melhoria e recuperação do seu quadro clínico.

Parágrafo único. O tratamento de que trata o caput deverá, conforme a gravidade do quadro clínico, incluir:

I – medidas para o bem-estar geral do paciente;



- II – terapêutica comportamental;
- III – intervenções farmacológicas;
- IV – intervenções cirúrgicas;
- V – terapêutica fisioterápica;
- VI – implantação de dispositivos de compressão uretral e esfíncter urinário artificial.

Existem, portanto, iniciativas de reavaliação das recomendações atuais do tratamento.

e) **O medicamento/tratamento requerido pela parte autora possui aprovação pela ANVISA?**

Sim. Vide item 06 (página 09)

f) **Conforme o quadro de saúde apresentado pela parte autora, sendo positiva a resposta ao quesito “a”, indaga-se, no caso de estar referida parte submetida ao citado protocolo, se esta estaria a sofrer algum prejuízo no resguardo a seu direito à saúde caso se valesse do tratamento disponibilizado pelo setor público? Se a resposta for afirmativa, esclarecer e justificar.**

O SUS não disponibiliza o tratamento cirúrgico com o esfíncter urinário artificial. Segundo relatório médico o paciente apresenta incontinência urinária grave com “necessidade de múltiplas fraldas por dia” e sem resposta ao tratamento clínico. Segundo ainda o relatório médico “o paciente não consegue controlar a micção, tendo necessidade do uso de fraldas, com odor desagradável, repercussões psicológicas e de isolamento social do paciente”.



Diante do exposto, o paciente em questão sofre de incontinência urinária que impacta a sua qualidade de vida de forma negativa e apresenta refratariedade ao tratamento oferecido até o momento.

- g) **Considerando as respostas aos quesitos anteriores, pode-se afirmar que o tratamento/medicamento requerido na inicial é de fato imprescindível à garantia da saúde ou da dignidade da parte requerente?**

O esfíncter urinário artificial (EA) é considerado o tratamento “padrão ouro” para a incontinência urinária de esforço após uma prostatectomia, segundo recomendações das Sociedades de Urologia Brasileira e Internacionais.

Com base nos dados de literatura, o esfíncter artificial parece ser terapia efetiva no manejo de incontinência urinária moderada a grave pós-prostatectomia radical para o tratamento do câncer de próstata. Em pacientes com sintomas graves, o EA parece ter um benefício adicional na melhora dos sintomas e cura. A análise econômica demonstrou que a alternativa de tratamento usual para incontinência urinária (medidas comportamentais e medicamentos como os quais o paciente em questão já utiliza segundo relatório médico) apresentou-se como a tecnologia menos custosa, mas também menos efetiva. O EA embora com custos elevados continua sendo indicado em pacientes com disfunção grave, sendo particularmente verdadeiro em pacientes com incontinência urinária significativa, em pacientes com história de radioterapia e naqueles nos quais outros procedimentos anti-incontinência falharam como no caso do paciente em questão.

12) Referências

Contato: (85) 98529-2925/996545559 (Yury Trindade)

nat.ceara@tjce.jus.br



Management of incontinence after prostate surgery. TRENDS IN UROLOGY
& MEN'S HEALTH NOVEMBER/DECEMBER 2014.
www.trendsinsenhealth.com

Evaluation and Management of Postprostatectomy Incontinence: A
Systematic Review of Current Literature. Kretschmer, Alexander et al.
European Urology Focus, Volume 2 , Issue 3 , 245 – 259. August, 2016.

Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CMA.
Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.:
CD001843. DOI: 10.1002/14651858. CD001843.pub5.

D'Ancona CAL, Castro N, Sabaneff J, Querne FAO. Incontinência Urinária:
Propedêutica. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho
Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Urologia. 27 de junho de 2006.

Lima CLM, Vaz FP, Müller V. Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia:
Tratamento. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho
Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Urologia. 28 de junho de 2006.

Silva LA, Andriolo RB, Atallah ÁN, da Silva EMK. Surgery for stress urinary
incontinence due to presumed sphincter deficiency after prostate
surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.:
CD008306. DOI: 10.1002/14651858. CD008306.pub3



Elliott DS, Barrett DM. Mayo Clinic long term analysis of the functional durability of the AMS 800 artificial urinary sphincter: A review of 323 cases. *J Urol.* 1998; 159:1206–8.

Litwiller SE, Kim KB, Fone PD, Devere White RW, Stone AR. Post-prostatectomy incontinence and the artificial urinary sphincter: A long term study of patient satisfaction and criteria for success. *J Urol.* 1996; 156:1975–80.

Esfínter urinário artificial na incontinência urinária masculina grave pós-prostatectomia. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 61. Maio, 2013.

Jaspreet S. Sandhu. Treatment Options for Post-Prostatectomy Incontinence. *Urology Practice* Vol. 1, 194-197, November 2014.