

JULIANO RODRIGUES DE OLIVEIRA

**PERFIL ANATOMOCLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A
BIÓPSIAS DE PRÓSTATA GUIADAS POR ULTRA-SOM
TRANSRETAL REALIZADAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
PARA CÂNCER DE PRÓSTATA EM MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE
2010
JULIANO RODRIGUES DE OLIVEIRA

**PERFIL ANATOMOCLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A
BIÓPSIAS DE PRÓSTATA GUIADAS POR ULTRA-SOM
TRANSRETAL REALIZADAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
PARA CÂNCER DE PRÓSTATA EM MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de mestre

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos

CAMPO GRANDE
2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, responsável por tudo que sou e por me conceder esta oportunidade de aprimorar meus conhecimentos e poder compartilhá-los com pessoas maravilhosas, sábias e de uma doação pessoal incontestável que tive a oportunidade de conhecer nesta jornada.

A toda minha família, que nos momentos bons e difíceis, esteve sempre ao meu lado, apoiando-me incondicionalmente e provendo-me de alicerce e sustentação para que não fraquejasse em nenhum momento frente às adversidades.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, que não mediram esforços para me ajudar, compreender, apoiar ou somente dar-me um minuto de seus preciosos tempo, nos momento em que atravessamos dificuldades e que, com sabedoria, encaminharam-me ao rumo correto.

A Deus, grande responsável por toda nossa existência, o agradecimento por sempre colocar em nossos caminhos pessoas sabias e amigas que nos contemplam, sempre, com ensinamentos de vida e exemplos de caráter.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste pela oportunidade de desenvolver e ampliar meus horizontes de conhecimentos.

A todos os meus amigos que estiveram presentes nesta jornada meus sinceros agradecimentos.

Ao meu amigo e orientador Prof. Dr Ricardo Dutra Aydos pela paciência, sabedoria e privação de momentos de seu trabalho ou familiares, dispendidos com nosso trabalho de modo que conseguíssemos desenvolver esta dissertação da melhor forma possível.

Aos professores do Programa de Pós-graduação, pela contribuição e ensinamentos valiosos

A Profa. Iandara Shettert Silva pela valiosa contribuição

A Dra. Luciana Nakao Odashiro Miiji pela atenção dispensada

“Quanto mais nos elevamos, menores parecemos

aos olhos daqueles que não sabem voar. ”

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

Oliveira JR. Perfil anatomoclínico dos pacientes submetidos a biópsias de próstata guiadas por ultra-som transretal realizadas em hospital de referência para câncer de próstata em Mato Grosso do Sul. Campo Grande; (Dissertação – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul).

O objetivo deste trabalho foi verificar a ocorrência de câncer de próstata em pacientes encaminhados ao Hospital Alfredo Abraão pela Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande, MS para se submeterem a biópsia de próstata. Foram inclusos 111 pacientes os quais passaram por uma entrevista onde dados pessoais e exigências como: preparo para o exame, coagulograma, uso de antibiótico profilático bem como solicitação do exame feito por um urologista com descrição do toque retal e indicação da biópsia. Deste universo 69 (62,16%) eram brancos, 33 (29,72%) eram pardos e 09 (8,12%) eram negros. A ocorrência de câncer de próstata foi de 45 pacientes do total de 111 com percentil de 40,54% dos pacientes submetidos ao exame. A média de idade foi de 69,4 anos entre todos os pacientes submetidos ao exame e de 72,7 anos entre os pacientes com câncer de próstata. Notou-se uma grande variação nos valores do PSA total de 3,00 a 235,00 com média geral de 21,63, enquanto que os pacientes com adenocarcinoma de próstata tiveram média de antígeno prostático específico de 45,55. Observamos também uma contagem dos critério de Gleason variando de 5 a 9 com média 7 e que o exame digital retal estava alterado em 86,7% dos pacientes com câncer levando-se em consideração consistência, superfície, presença de nódulos ou alterações dos limites. Dentre os pacientes com CaP houve diferença na distribuição quanto a raça/cor da pele, ficando os brancos com 42%, os pardos com 45% e os negros com 65%. Verificou-se que existem pacientes provenientes de cidades ou regiões que não possuem urologistas e onde o primeiro atendimento era realizado por médicos generalistas os quais encaminhavam tais pacientes para centros de referência e que a média de Gleason e etária destes pacientes foi maior que os demais, sugerindo um diagnóstico mais tardio do câncer neste universo.

Descritores: câncer de próstata, biópsia guiada por ultra-som transretal.

ABSTRACT

Oliveira JR. Anatomoclinical profile of patients undergoing transrectal ultrasound-guided prostate biopsy at a referral hospital for prostate cancer in Mato Grosso do Sul, Brazil. Campo Grande, MS, Brazil. (Master's thesis – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul).

The purpose of this study was to investigate the occurrence of prostate cancer in patients referred to the government-run Alfredo Abraão Hospital in Campo Grande, the capital city of Mato Grosso do Sul state, in Brazil, by the city's Department of Health to undergo prostate biopsy. The study included 111 patients. Personal data were collected using interviews and the patients underwent the required procedures—namely, pre-examination preparation, coagulogram, prophylactic administration of antibiotic, and digital rectal examination (carried out by a urologist) with biopsy indication. Sixty-nine patients (62.16%) were white, 33 (29.72%) were of mixed ancestry, and 9 (8.12%) were black. Prostate cancer was detected in 45 patients (40.54%). Mean age was 69.4 years overall and 72.7 years among patients with prostate cancer. Overall, total prostate-specific antigen (PSA) values ranged widely, from 3.00 to 235.00 (mean, 21.63). Among patients with prostate adenocarcinoma, however, mean PSA value was 45.55. Gleason scores ranged from 5 to 9 (mean, 7). In 86.7% of patients with prostate cancer, rectal examination yielded abnormal results in terms of consistency, surface, presence of lumps, or boundary changes. Differences were found in the distribution of cancer cases across ethnic groups (42% among whites, 45% among patients of mixed ancestry, 65% among blacks). Some of the subjects had been referred by general practitioners, since they resided in cities or regions where no practicing urologists were available. Both mean Gleason score and mean age were higher among these patients than among the others—findings that suggest the occurrence of late diagnosis of cancer among the former.

Keywords: prostate cancer, transrectal ultrasound-guided prostate biopsy.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Classificação e definição das categorias de prostatites

QUADRO 2 – Sintomas clínicos de prostatites

QUADRO 3 – Escore internacional de sintomas prostáticos

QUADRO 4 – Estadiamento T da Classificação TNM

QUADRO 5 – Estagio T1

QUADRO 6 – Estagio T2

QUADRO 7 – Estagio T3

QUADRO 8 – Estagio T4

QUADRO 9 – Estadiamento N

QUADRO 10 – Estadiamento M

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CaP = Câncer de próstata

HPB= Hiperplasia prostática benigna

ITU = Infecção do trato urinário

EDR = Exame digital retal ou toque retal

Luts = Sintomas urinários do trato baixo

SDPC = Síndrome de dor pélvica crônica

SPE = Secreção prostática após expressão

EUA = Estados Unidos da América

INCA = Instituto Nacional do Câncer

Mn = milímetros

UFMS = Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

G = grama

cm = centímetros

ml = mililitros

HE = hematoxilina e eosina

USTR = Ultra-som transretal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 ANATOMIA PROSTÁTICA.....	15
2.2 DOENÇAS DA PRÓSTATA.....	19
2.3 CÂNCER DE PRÓSTATA.....	23
2.3.1 EPIDEMIOLOGIA E HISTÓRIA NATURAL.....	23
2.3.2 FATORES DE RISCO.....	24
2.3.3 RASTREAMENTO E DIAGNOSTICO.....	25
2.3.4 BIÓPSIA DE PRÓSTATA.....	26
2.3.5 FATORES PROGNÓSTICOS.....	29
2.3.6 TRATAMENTO.....	36
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 GERAL.....	38
3.2 ESPECÍFICOS.....	38
4 METODOLOGIA.....	39
5 RESULTADOS.....	52
6 DISCUSSÃO.....	66
7 CONCLUSÕES.....	68
8 REFERÊNCIAS.....	69

INTRODUÇÃO:

O câncer de próstata (CaP) vem se tornando ao longo dos tempos um grande desafio para urologistas no mundo todo, pois seu número tem aumentado gradativamente a medida que aumenta a sobrevivência dos homens.

Dados do censo brasileiro do IBGE de 2000 revelam que a população masculina girava em torno de 84.000.000 indivíduos de um total de 170.000.000 de habitantes. Destes aproximadamente 28.000.000 de homens encontravam-se na faixa etária acima de 40 anos e, portanto, necessitando de rastreamento (‘‘screening’’, preventivo ou check up) anual para CaP demandando um grande impacto socioeconômico desta doença. No Brasil o número de óbitos por CaP é em torno de 8.200/ano, porém, estima-se que seu número real seja o dobro devido a doença não ser de notificação compulsória em nosso país segundo INCA.

O CaP é o tumor mais frequente em homens apresentando uma incidência estimada em 180.000 casos em 1999 nos Estados Unidos da América (EUA) (GEOVANNE F, SOUZA, 2001; LANDIS SH, MURRAY, 1999).

O diagnóstico histológico, na maioria dos casos é feito através da biópsia prostática transretal com agulha guiada por ultra-som sendo a técnica randomizada em sextante a mais utilizada(LANDIS SH, MURRAY,1999; HODGE,KK e cols, 1989. No entanto, o escore de Gleason da biópsia é frequentemente diferente daquele observado na peça cirúrgica o que pode resultar em inadequações na avaliação da doença e do tratamento segundo IOANNIS M e cols, brazilian J Urol 2000 .

Esta doença representa o tumor sólido não-cutâneo de maior incidência em homens acima de 50 anos de idade, representando quase a metade dos tumores que atingem o sexo masculino nessa faixa etária.

IOANNIS M. e cols 2000 fala que a próstata é acometida pela neoplasia maligna sob uma grande influência de raça, localização geográfica e hábitos de vida. No Canadá existe a maior incidência mundial de CaP assim como nos países escandinavos, enquanto que nos países orientais esta frequência é 25 vezes menor que no Canadá. No entanto, alguns estudos no Brasil não demonstraram significativas diferenças entre a incidência de CaP entre brancos e negros .

A incidência começa a aumentar após os 55 anos e atinge o máximo com meados da sétima década, sendo que os afro-americanos correm um risco superior a 60% maior de apresentarem a doença em relação aos caucasianos, com mortalidade duas vezes maior na mesma faixa etária KLEIN EA, THOMPSON IM, LIPPMAN IM e cols 2003.

No Brasil as estatísticas não demonstram diferenças entre brancos e negros, fato este não reproduzido nos Estados Unidos onde a proporção entre brancos e negros é de 1:2 e onde Thomas e colegas afirmaram que quanto a incidência do tumor em homens mais jovens, os negros tem 60% mais câncer que os brancos e com 200% mais de mortalidade. Segundo o WROKLAWSKI ER e cols 2003, os únicos fatores de risco para doença já estabelecidos são idade, etnia e historia familiar.

Existem ainda, vários fatores de risco e proteção sob investigação: fatores ambientais, dieta, fatores antropométricos, atividade física, perfil hormonal, doenças clinicas concomitantes marcadores histológicos.

Fatores ambientais seriam importantes, determinando que algumas regiões apresentem incidências bastante diferentes entre si, e que os migrantes de uma região com maior incidência ao migrarem para regiões de menor incidência tem diminuição do número de casos da doença quando se estabelecem nestas regiões em comparação aos que permanecem naquelas.

O consumo de gorduras e calorias era considerado fator risco ao desenvolvimento do CaP no passado de uma forma bastante forte, onde se correlacionava consumo de gordura per capita com incidência do câncer porém, agora, existem outros fatores de maior correlação onde o principal responsável detectado foi o cálcio.

Esta doença é oligossintomática e segundo JEMAL A, TOMAS A, MURRAY T, 2002 o tempo de duplicação tumoral é lento, variando entre dois e quatro anos. Este tumor localiza-se na zona periférica da próstata em torno de 85% dos pacientes e portanto, acessível ao exame digital retal e somente em 15% nas outras zonas desta glândula o que dificulta o diagnóstico nas fases iniciais onde o índice de cura seria maior.

Os tumores que acometem a zona transicional produzem quatro vezes mais PSA do que os que acometem a zona periférica os quais não promovem grandes variações nos valores deste antígeno fazendo com que 20% dos pacientes apresentem metástases no momento do diagnóstico do câncer. A pequena variação nestes valores associado a não realização de exames periódicos, são alguns dos responsáveis pelo diagnóstico não ser feito em estádios mais precoces .

O grau histológico, o volume tumoral e o estágio na ocasião do diagnóstico influenciaram na evolução do câncer prostático, determinando que a expressão clínica seja pequena em relação a doença.

O câncer de próstata está presente em 30% das necropsias e deste percentual somente 1 a 2% manifesta a doença, enquanto que em torno de 40% dos homens entre 60 e 80 anos tem foco microscópico de adenocarcinoma bem diferenciado com menos 0,5 centímetros cúbicos e que são pouco agressivos e são chamados de latentes. Quando o volume do tumor primário é menor que três centímetros cúbicos as metástases

raramente acontecerão, enquanto com volume maior que doze centímetros cúbicos quase sempre ocorrerão.

O CaP tornou-se o maior problema de saúde pública do mundo desde que se tornou a maior causa de neoplasia maligna no homem. A estimativa de incidência e mortalidade no Brasil por CaP no ano de 2002 foi de 29,7 e 9,1 por 100.000 habitantes segundo o INCA.

O estadiamento é realizado na peça cirúrgica com maior precisão pela classificação de tumor, metástases linfáticas e metástases a distância segundo a classificação TNM.

Desta forma por apresentar influências multifatoriais e sabermos que estudos populacionais regionais são importantes para determinar incidência e características da doença em nossa região, decidimos estudar o comportamento desta doença de grande distribuição geográfica e repercussão sócio-econômica pelo mundo afora, com o intuito de sabermos sua incidência, diferenças em raças, grau histológico e idade do diagnóstico, bem como tentar estabelecer relação entre acesso ao urologista e precocidade no diagnóstico.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ANATOMIA DA PRÓSTATA

A próstata é a glândula responsável pela produção do líquido prostático o qual se junta aos espermatozoides provenientes dos testículos, ao líquido seminal proveniente das vesículas seminais e ao líquido uretral proveniente das glândulas bulbouretrais, formando o esperma.

Esta glândula impulsiona o esperma no momento do orgasmo, tendo, portanto, uma função direta na reprodução.

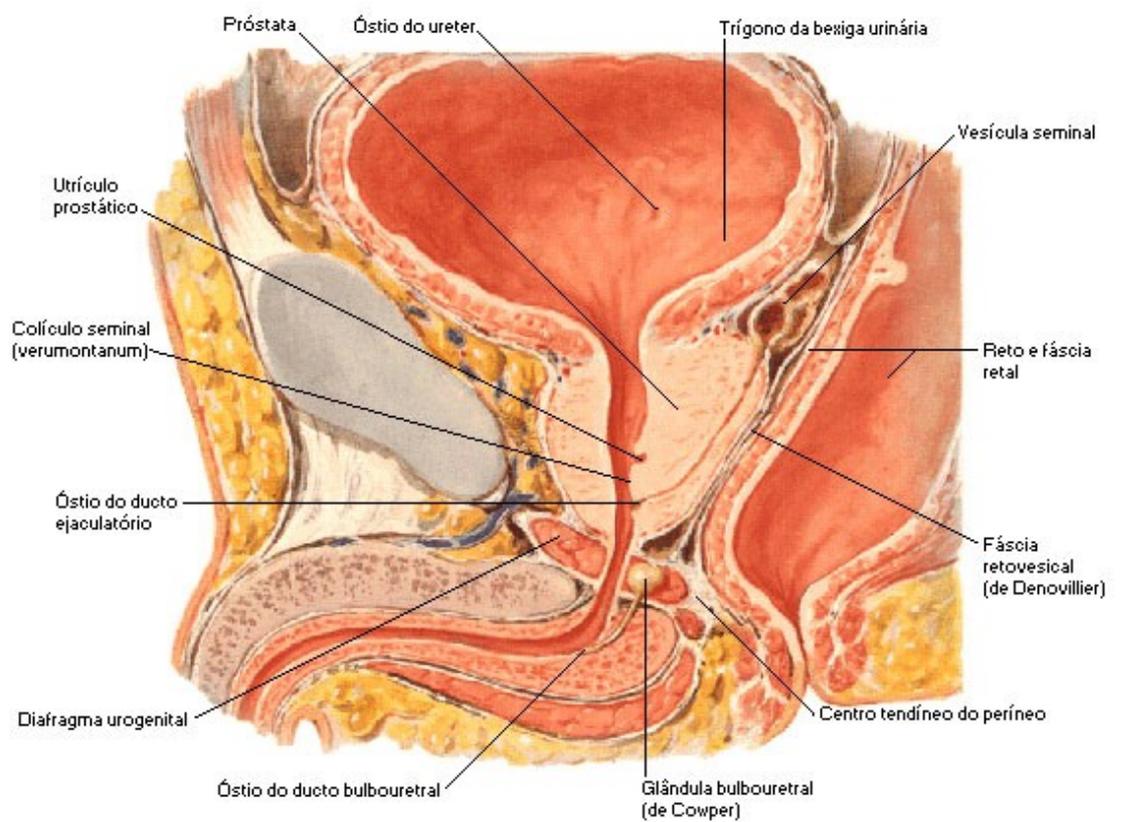
Ela está localizada abaixo da bexiga e possui uma forma cônica achatada no sentido antero-posterior com sua base voltada para o colo da bexiga sendo atravessado da base para o ápice pela uretra.

Postero-superiormente esta em contato com as vesículas seminais e as ampolas dos deferentes e posteriormente com o reto, enquanto que inferiormente está sobre o diafragma urogenital e anteriormente em contato com a porção posterior do púbis.

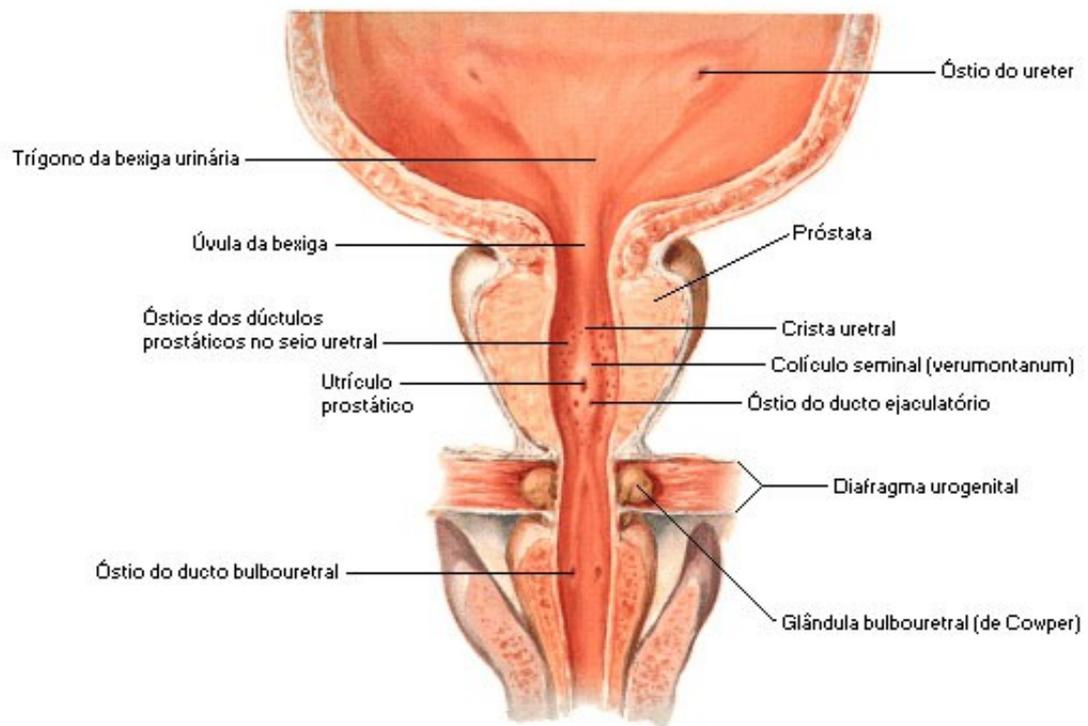
No sentido postero-anterior esta glândula é também atravessada pelo ducto ejaculatório que se junta a uretra e pelo qual conduz o líquido seminal e espermatozoides, os quais irão se juntar ao líquido prostático e uretral dando origem ao esperma.

Entre o reto e a próstata está a fásia reto-vesical ou de Denovellier através da qual se sente a próstata durante o exame digital retal (EDR ou toque retal) e pela qual se perfura a parede do reto e atinge-se o tecido prostático durante a biópsia dirigida por ultra-som endocavitário.

Esta glândula é dividida em zona periférica, central, transição e estroma sendo a área de contato durante o EDR é a zona periférica.

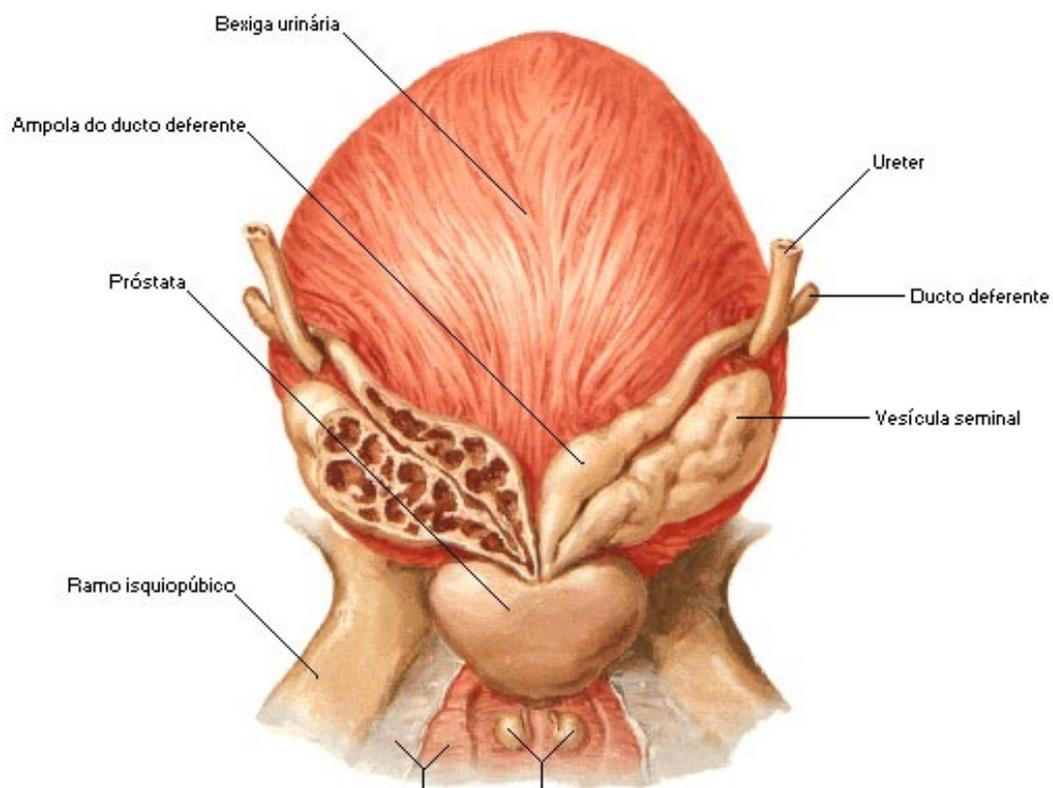


1. Desenho esquemático mostrando anatomia da próstata vista lateralmente segundo Netter



Bulbo uretral esquematicamente estendido

2. Desenho esquemático mostrando a anatomia prostática vista anteriormente segundo Netter



3. Desenho esquemático mostrando a anatomia prostática vista posteriormente segundo Netter

2.2 DOENÇAS DA PRÓSTATA

A próstata pode ser acometida por três tipos de doenças que são as prostatites (são doenças inflamatórias e ou infecciosas da glândula), a hipertrofia ou hiperplasia (crescimento da glândula) ou o câncer, que o objeto deste estudo.

As prostatites podem ser, quanto ao início dos sintomas, aguda ou crônica, sendo que são acometidos homens de todas as idades e raças com uma estimativa que 50% dos homens desenvolverão sintomas desta doença pelo menos uma vez na vida.

Quanto a classificação a prostatite pode ser definida em:

Categoria I - prostatite bacteriana aguda

Categoria II – prostatite bacteriana crônica

Categoria III – prostatite abacteriana ou síndrome da dor pélvica crônica (SDPC)

IIIa: SDPC inflamatória

IIIb: SDPC não inflamatória

O diagnóstico das prostatites na maioria das vezes é clínico com a presença dos sintomas demonstrados no quadro 2 e devem ser diferenciadas de outras doenças como: HPB, CaP, carcinoma urotelial de bexiga, ITU, orquiepididimites, uretrites e doenças anais.

Categoria I	Prostatite aguda bacteriana: infecção aguda da glândula prostática
Categoria II	Prostatite bacteriana crônica: ITU recorrente, infecção crônica de próstata
Categoria III	Prostatite crônica abacteriana/ síndrome da dor pélvica crônica: Ausência de infecção demonstrável desconforto pelvico
IIIa	Síndrome dolorosa inflamatória pélvica : leucócitos no sêmen e/ou secreção prostática
IIIb	Síndrome dolorosa pélvica não-inflamatória : ausência de leucócitos no sêmen e/ou secreção prostática
Categoria IV	Prostatite inflamatória assintomática: ausência de sintomas, evidencia de inflamação em biopsia prostática ou secreções

Quadro 1: Classificação e definição das categorias de prostatites

Sintomas	
Dor ou desconforto	Perineal Testicular Peniana Suprapúbica
Dor ou desconforto durante	Micção Ejaculação
Sintomas miccionais	Esvaziamento vesical incompleto polaciuria
Impacto dos sintomas	Atividades habituais Qualidade de vida

Quadro 2: Sintomas clínicos de prostatites

Já a HPB que é o aumento da próstata ocorrido com o passar dos anos e pode atingir até 90% dos homens após oitava década de vida. Embora uma grande maioria de homens seja acometida pela HPB nem sempre este crescimento está correlacionado com

manifestações clínicas de obstrução ou irritação vesical sendo a incidência de sintomas próximo de 30% dos pacientes que apresentam crescimento anatômico.

Estes pacientes apresentam normalmente associada a HPB os Sintomas do Trato Urinário Inferior (LUTS – lower urinary tract symptoms) que podem determinar grande impacto na qualidade de vida e que pode ser quantificado por uma escala chamada Escore Internacional de Sintomas prostáticos conforme o quadro 3.

Além dos sintomas mostrados neste quadro estudos recentes tem demonstrado que os sintomas miccionais (obstrutivos) são mais freqüentes, mas que os irritativos (de armazenamento) são os que causam maior desconforto e que portanto pioram a qualidade de vida e mais motivam o paciente a procurar tratamento médico.

	Nenhuma vez	Menos de 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca da metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
1. No ultimo mês, quantas vezes você teve a sensação de não	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes

esvaziar a bexiga completamente após terminar de urinar?						
2. No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado?	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
3. No último mês, quantas vezes você observou que ao urinar você parou e começou várias vezes?	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
4. No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
5. No último mês, quantas vezes você observou que o jato estava fraco?	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
6. No último mês, quantas vezes você teve de forçar para começar a urinar?	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
7. No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
Escore total dos sintomas					S =	

Quadro 3: Escore internacional de sintomas prostáticos

2.3 CÂNCER DE PRÓSTATA

2.3.1 Epidemiologia e história natural

O câncer de próstata (CaP) representa um problema significativo de saúde pública. É o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o tumor maligno mais freqüente nos homens com idade superior a 50 anos excetuando-se os tumores cutâneos CAMPBELL-WALSH UROLOGY, NINTH EDITION . Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior em países desenvolvidos comparados aos países em desenvolvimento, e tende a crescer nas próximas décadas com o aumento da expectativa de vida INCA, 2008.

O CaP é o tumor mais prevalente e a segunda causa de morte por neoplasias em homens adultos ANTUNES AA, LEITE KR, DALL'OGGIO MF, CRIPPA A, SROUGI M.

Em 2003 foram registrados 35240 novos casos no Brasil, com 8230 mortes devido ao CaP.

A incidência varia de acordo com a raça e a localização geográfica. Os países escandinavos e o Canadá apresentam a maior incidência mundial do CaP, enquanto nos países orientais a freqüência é até 25 vezes menor.

Segundo dados do INCA, no Brasil, o CaP é o mais freqüente em todas as regiões com risco estimado de 69/100.000 na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Centro-Oeste, 38/100.000 na região Nordeste e, 22/100.000 na região Norte.

De acordo com a literatura, a incidência em negros é maior que em brancos (proporção de 2:1), fato não observado no Brasil.

O aumento nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e aumento na expectativa de vida do brasileiro.

A mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, o que em parte reflete seu bom prognóstico. Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos é de 64%, enquanto que para países em desenvolvimento, a sobrevida média é de 41%. A média mundial é de 58%¹⁻².

O CaP surge em geral na zona periférica (15% em outra parte da glândula). Os tumores da zona transicional produzem em torno de quatro vezes mais PSA que os da zona periférica, embora, em geral, sejam biologicamente menos agressivos.

Entre 3% e 5% dos homens morrerão de câncer de próstata e 10% desenvolverão doença clínica e 90% são clinicamente localizados.

Alguns fatores podem influenciar na evolução do câncer prostático, como o grau histológico, o volume tumoral e o estágio na ocasião do diagnóstico(CAMPBELL-WALSH, GLINA S e cols, 2000).

2.3.2 Fatores de risco

Os fatores de risco já estabelecidos para o CaP são idade, etnia e história familiar.

Estudos demonstram que aos 50 anos cerca de 10% têm CaP e que aos 70 anos este percentual atinge 40%. Estudos epidemiológicos demonstram que ser irmão de um homem com câncer de próstata aumenta o risco da doença em 2 a 3 vezes.

A prevalência de CaP é 50% mais alta em norte-americanos afro-descendentes do que em caucasianos, e pode ser três ou quatro vezes maior

comparado aos chineses e japoneses (ANTUNES AA e cols, RHODEN EL e cols 2001).

A dieta tem sido apontada em alguns estudos como fator importante na etiologia deste câncer. Uma alimentação com base em gordura animal, carne vermelha e cálcio tem sido associada ao aumento no risco de desenvolver câncer de próstata. Já uma dieta rica em vegetais, selênio, vitaminas D e E, licopeno e ômega-3, tem indicado proteção para o desenvolvimento desta neoplasia. Alguns estudos apontam a obesidade como fator de risco para a mortalidade por câncer de próstata (POMPEO ACL e cols 2007).

2.3.3 Rastreamento e diagnóstico

A maioria dos programas de rastreamento baseia-se no EDR da próstata e no PSA. O PSA é uma glicoproteína de baixo peso molecular (33 kDa), da família das calicreínas. É excretado pelos ductos prostáticos para a luz uretral como parte do plasma seminal, tendo função de liquefação. Pequena fração atravessa a membrana basal e alcança a circulação. O nível de PSA considerado normal é abaixo de 4,0 ng/mL, porém alguns fatores interferem nesta avaliação. A dosagem sérica do PSA confere um aumento na taxa de detecção do CaP da ordem de 81% sobre o toque digital da glândula isoladamente. Ainda, o diagnóstico de CaP localizado, potencialmente curável, é duplicado com o emprego do PSA. Níveis de PSA de 2,5 a 4 ng/mL podem evidenciar câncer clinicamente significativo de 13% a 22%. Entre 4 e 10 ng/ml, a probabilidade de um CaP ser detectado à biópsia atinge cifras de 25% e com concentrações de PSA acima de 10 ng/ml é referida uma taxa de detecção de

CaP da ordem de 50%. Acima de 20 ng/mL é altamente indicativo de doença localmente avançada (BARROS MS e cols 2003; WROCLAWSKI ER, 2003).

Algumas estratégias foram introduzidas para melhorar a sensibilidade e especificidade do PSA, como o PSA-densidade (PSA total dividido pelo volume da próstata), os diferentes pontos de corte de PSA baseados na idade do paciente, a velocidade do PSA, a determinação das formas moleculares de PSA e a determinação da fração livre do PSA, expressa sob a forma da relação entre esta e a fração total – relação PSAL/PSAT ($RLT = \text{PSA livre} / \text{PSA total}$). Níveis maiores que 25% representam crescimento benigno e níveis inferiores a 10% estão relacionados em 60% com o adenocarcinoma (JR AM e cols, 2004 ; GREGORIO EP e cols 2007).

O toque retal é uma etapa importante no exame físico na avaliação do CaP. A probabilidade de um homem com o toque retal suspeito ter câncer é de 22% a 34%. Recomenda-se então a biópsia de próstata para todo paciente com toque retal suspeito, independente do valor do PSA (POMPEO ACL, 2007).

2.3.4 Biópsia de próstata

A biópsia de próstata atualmente é considerada o “padrão ouro” para diagnóstico de CaP. É indicada nos casos de elevação do PSA ou EDR suspeito. Teve grande impulso com o advento da ultra-sonografia transretal (USTR).

Como preparo da pré-biópsia, tem-se recomendado uso profilático de antibióticos, porém não existe uma uniformidade na escolha do medicamento e sua dosagem. Prioriza-se um antibiótico que tenha amplo espectro de ação, principalmente para Gram-negativo, e tenha boa penetração no tecido prostático, características estas que se encaixam bem no grupo das fluoroquinolonas, as quais

têm grande aceitação podem ser administradas na véspera e mantidas por três dias (REZENDE MVM 1999).

Se estiver programado sedação, é necessário jejum. Pacientes que fazem uso de anticoagulantes ou antiagregante plaquetário devem suspender o medicamento uma semana antes. Apesar da biópsia de próstata ser bem tolerada pelos pacientes, alguns trabalhos têm demonstrado que a injeção de lidocaína no feixe periprostático reduz a sensação dolorosa do procedimento (REZENDE MVM 2003).

O protocolo de biópsias sistemáticas, em que a próstata era dividida em seis sítios (sextantes), foi proposta e introduzida na prática clínica por Hodge e colegas em 1989, vindo substituir as biópsias dirigidas e tornar-se técnica padrão mundialmente (SOUZA GF e cols 2001; NESRALLAH R e cols 2008) . Entretanto, a biópsia sextante tem levado a resultados falso-negativos em 15% a 34% dos casos (NESRALLAH R e cols 2008) .

Vários esquemas de biópsia têm sido propostos para aumentar a taxa de diagnóstico do CaP. O protocolo da biópsia de “5 regiões”, que envolve quatro biópsias nas bordas laterais (duas de cada lado) e três biópsias da linha média, em adição aos sextantes, proposto por Eskew e colegas, aumentou a taxa de diagnóstico em 40,3% (SOUZA GF e cols 2001; TOBIUME M e cols, 2008; NESRALLAH R e cols 2008).

Não há um consenso na literatura acerca da técnica ótima para o diagnóstico de CaP. Babaian e colegas propuseram o “método dos 11 sítios”, com biópsias de dois fragmentos das bordas laterais, duas biópsias da zona de transição e uma da linha média, em adição aos sextantes, com um acréscimo de 33% sobre esta. Presti e colegas também defendem biópsias das bordas laterais somadas aos sextantes.

Os pacientes devem ser orientados sobre as possíveis complicações pós-biópsia, tais como febre, sangramento e prostatite. A incidência de complicações não é aumentada pelo aumento do número de cores na biópsia (SOUZA GF e cols 2001; TOBIUME M e cols, 2008; SLONGO LE e cols 2003; NESRALLAH R e cols 2008).

A taxa de resultados falso-negativos da biópsia prostática guiada por USG é alta, ocorrendo em torno de 25% dos casos. Desta forma, a biópsia prostática inicialmente negativa tende a ser repetida em alguns casos, principalmente quando se tem as mesmas indicações da primeira, como toque suspeito, elevação persistente de PSA ou achados sugestivos de neoplasia no exame inicial. Algumas medidas foram sugeridas na tentativa de determinar quais pacientes necessitam de rebiópsia. Dentre essas medidas tem-se, nos casos de PSA entre 4 e 10 ng/mL, as seguintes condições: PSA superior ao valor ajustado para a idade, ou PSA densidade $> 0,15$ ng/mL/cc, ou velocidade de elevação de PSA $> 0,75$ ng/mL/ano ou aumento $> 0,4$ com PSA entre 2,5 e 4. Relação PSA livre/total também é um bom método na determinação de novas biópsias, principalmente quando inferior a 25%-30%. Achados como atipia e neoplasia intra-epitelial também parecem apresentar correlação com rebiópsia positiva (SOUZA GF e cols 2001; ANTUNES AA, SROUGI M e al 2007; ANTUNES AA, SROUGI M e al 2005).

Uma nova biópsia pode ser realizada após seis semanas do exame inicial. Nos casos de menor risco de câncer, pode-se esperar um período de seis a doze meses, o que permite acompanhar a curva de PSA. A rebiópsia pode ainda ser indicada quando o laudo histopatológico inicial é inconclusivo. Isto ocorre quando existem áreas de atipia suspeitas, ou quando a amostra coletada é inadequada (RIBEIRO EP, MORITZ RP, 2000).

2.3.5 Fatores prognósticos

Os fatores prognósticos compreendem o estadiamento TNM, o escore de Gleason, o PSA e a porcentagem de fragmentos positivos na biópsia prostática que, quando estão presentes em mais de 30% - 50% dos fragmentos, indicam prognóstico reservado.

Estágio TX	o tumor primário não pode ser avaliado.
Estágio TO	não há evidência de tumor primário.
Estágio T1 (Estágio A)	o tumor está limitado apenas à próstata.
Estágio T2 (Estágio B)	tumor está limitado apenas à próstata.
Estágio T3 (Estágio C)	o tumor se disseminou da próstata para o tecido imediatamente adjacente. As vesículas seminais podem ser incluídas.
Estágio T4 (sem equivalente no sistema a, b, c e d)	o tumor ainda está limitado à região pélvica, mas pode se disseminar para outras áreas.

Quadro 4: Estadiamento T da classificação TNM

Estágio T1a (A1)	Tumor incidentalmente encontrado em < 5% da amostra de tecido prostático.
Estágio T1b (A2)	Tumor incidentalmente encontrado em > 5% da amostra de tecido

	prostático.
Estágio T1c(BO)	Tumor identificado através de biópsia por agulha (em casos de PSA elevado).

Quadro 5: O estágio T1 pode ser adicionalmente subdividido em a, b e c:

Estágio T2a	O tumor compromete menos da metade de um lobo da próstata.
Estágio T2b (b1)	O tumor compromete mais da metade de um lobo da próstata.
Estágio T2c (b2)	O tumor compromete ambos os lobos (o esquerdo e o direito) da próstata .

Quadro 6: O estágio T2 pode ser adicionalmente subdividido em a, b e c:

Estágio T3a (C1)	O tumor se estende além da cápsula prostática em apenas um lado.
Estágio T3b (C2)	O tumor se estende além da cápsula prostática em ambos os lados.
Estágio T3c (C3)	O tumor invade uma ou ambas as vesículas seminais.

Quadro 7: O estágio T3 pode ser adicionalmente subdividido em a, b e c:

Estágio T4a	o tumor se estende além da próstata e invade qualquer uma ou todas as estruturas a seguir: o colo vesical, o esfíncter externo (que ajuda a controlar a micção), e/ou reto.
Estágio T4b	o tumor se estende além da próstata e agora pode invadir os músculos elevadores do reto (os músculos que ajudam a levantar e a baixar o órgão) e/ou o tumor pode estar aderido à parede pélvica.

Quadro 8: O estágio T4 pode ser adicionalmente subdividido em a e b:

Estágio NO	ausência de metástases em linfonodos regionais.
Estágio N1 (Estágio D1)	metástase encontrada em um único linfonodo na região pélvica e mede 2 cm (cerca de 3/4 de uma polegada) ou menos em sua maior dimensão.
Estágio N2 (Estágio D1)	metástase encontrada em um único linfonodo medindo mais de 2 cm, mas menos de 5 cm (cerca de 2 polegadas) em sua maior dimensão. O N2 também pode ser utilizado para descrever as metástases ganglionares múltiplas, mas os linfonodos afetados não devem ser maiores que 5cm em sua maior dimensão.
Estágio N3	metástases em um linfonodo são maiores que 5 cm em sua maior dimensão.

Quadro 9: Estadiamento N, referente a linfonodos da classificação TNM.

Estágio MO	ausência de metástases distantes.
Estágio M1 (Estágio D2)	metástases distantes (o tumor se estende além da região pélvica para outras partes do corpo), que podem incluir a coluna vertebral.

Quadro 10: Estadiamento M, referente a metástases na classificação TNM

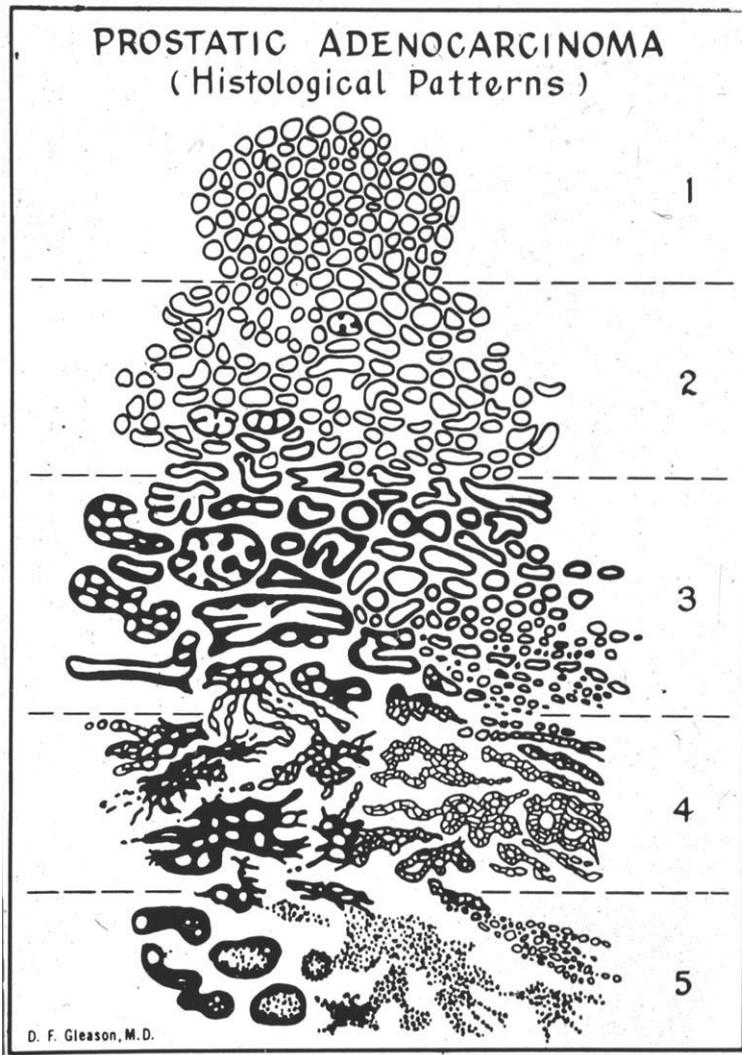
Escore de Gleason: segundo Calvete e colaboradores (2004), a escala de Gleason permite caracterizar a agressividade dos tumores malignos da próstata, sendo um critério adicional de prognóstico para se estabelecer com precisão as características biológicas das neoplasias prostáticas.

O desarranjo arquitetural é representado predominantemente pela infiltração do estroma, sendo os núcleos volumosos, nucléolos proeminentes e ausência de células basais os principais critérios citológicos.

A escala considera cinco graus de diferenciação e a contagem finais é encontrada somando-se o grau predominante (primeiro número) e o grau secundário (segundo número)

Este sistema é o mais utilizado e seu resultado é dado por escala que varia de 2 a 10. Os tumores de graus 2 e 4 compreendem as lesões diferenciadas; já os de graus 5 e 6 incluem as lesões moderadamente diferenciadas; e, por último, os de graus de 7 a 10 relacionam-se às lesões indiferenciadas. Levando em conta essa classificação, a sobrevida de 15 anos é de, respectivamente, 90%,60% e 30% nos pacientes com lesões de graus de 2 a 4, 5 a 6 e por último, de 7 a 10 (DALL' OGLIO MF e cols 2005; SAN FRANCISCO IF e cols 2003.

O carcinoma de próstata origina-se 98% das vezes nos ácinos prostáticos e são necessários pelo menos 3 glândulas atípicas para que se faça o diagnóstico.



Esquema representativo dos graus de diferenciação celular onde o número a medida que aumenta a indiferenciação celular segundo Calvet 2004.

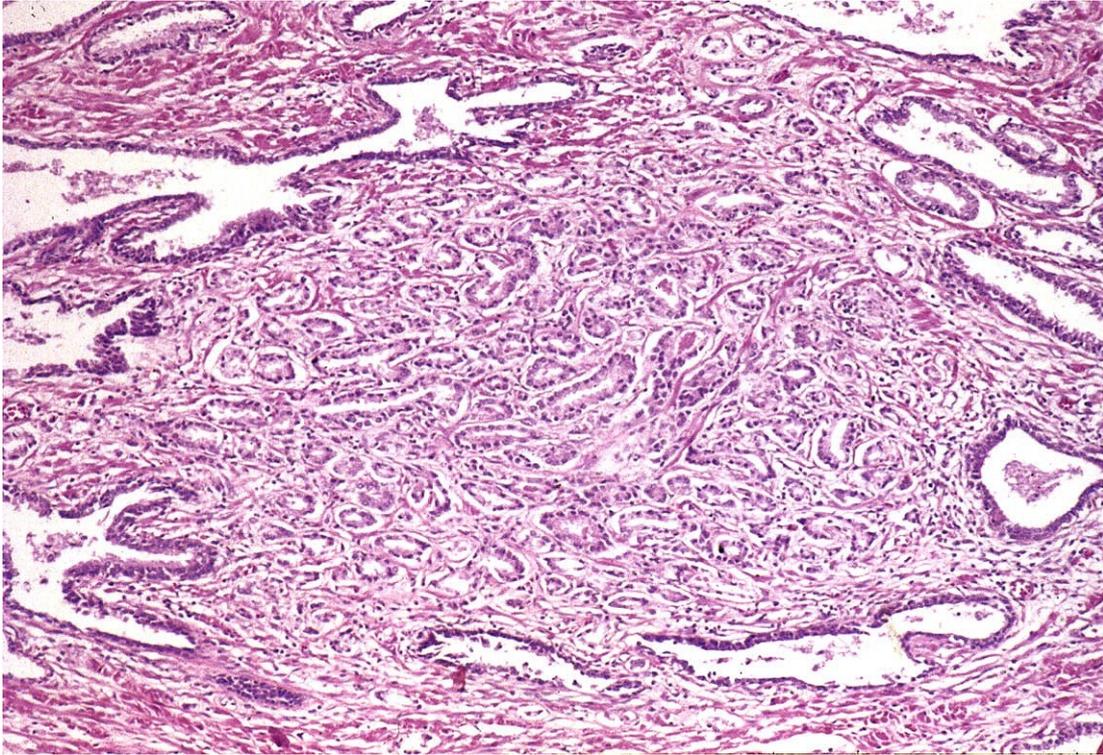


Foto de lâmina de próstata com coloração HE, com carcinoma de próstata gleason 2 (N111) 2008.

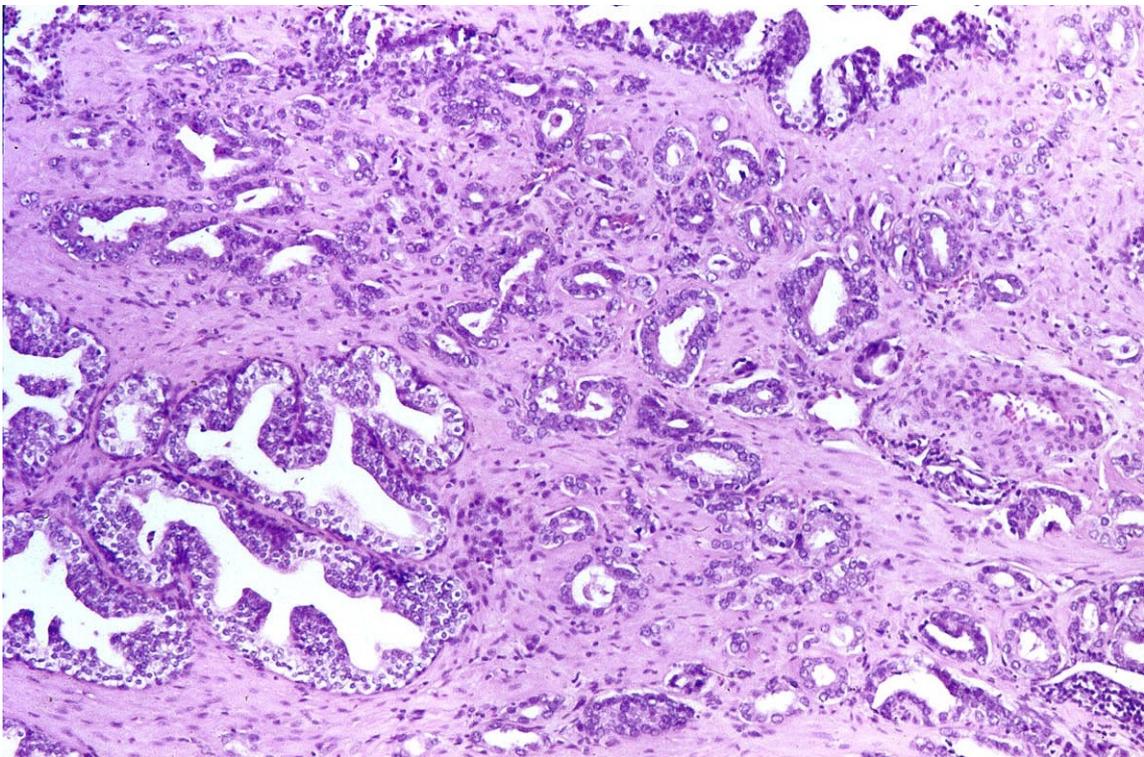


Foto de lâmina de próstata com coloração pelo método HE, com carcinoma de próstata gleason 3 (N111) 2008.

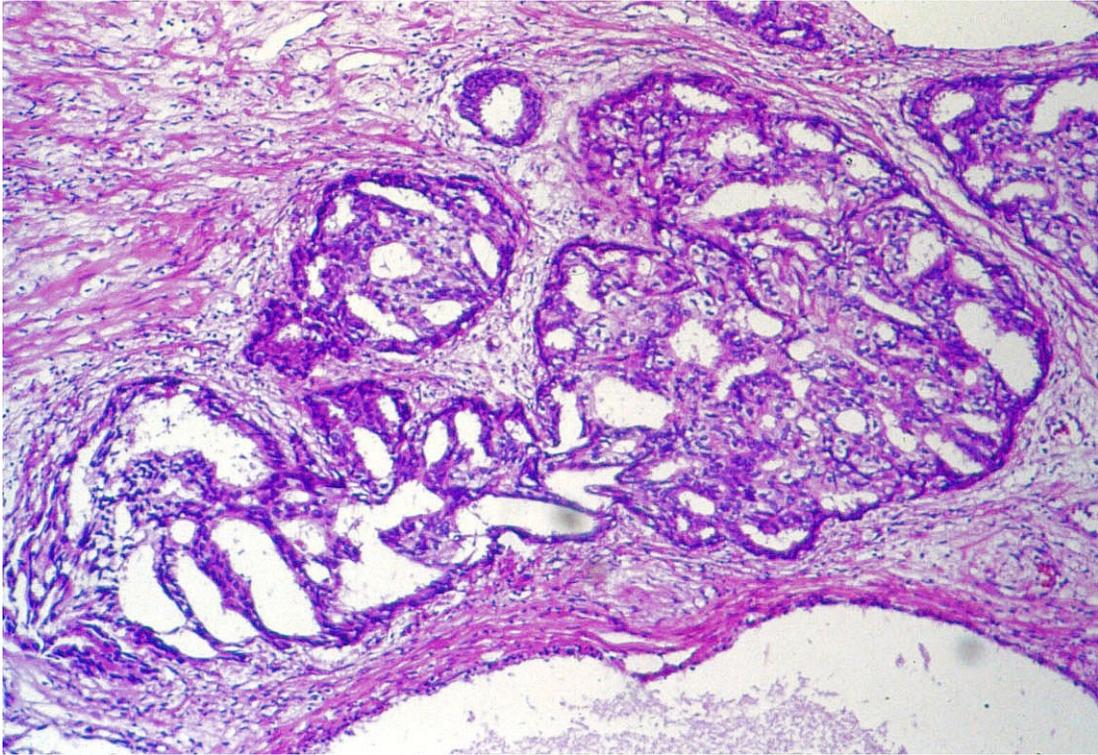


Foto de lâmina de próstata com coloração HE, com carcinoma de próstata gleason 4 (N111) 2008.

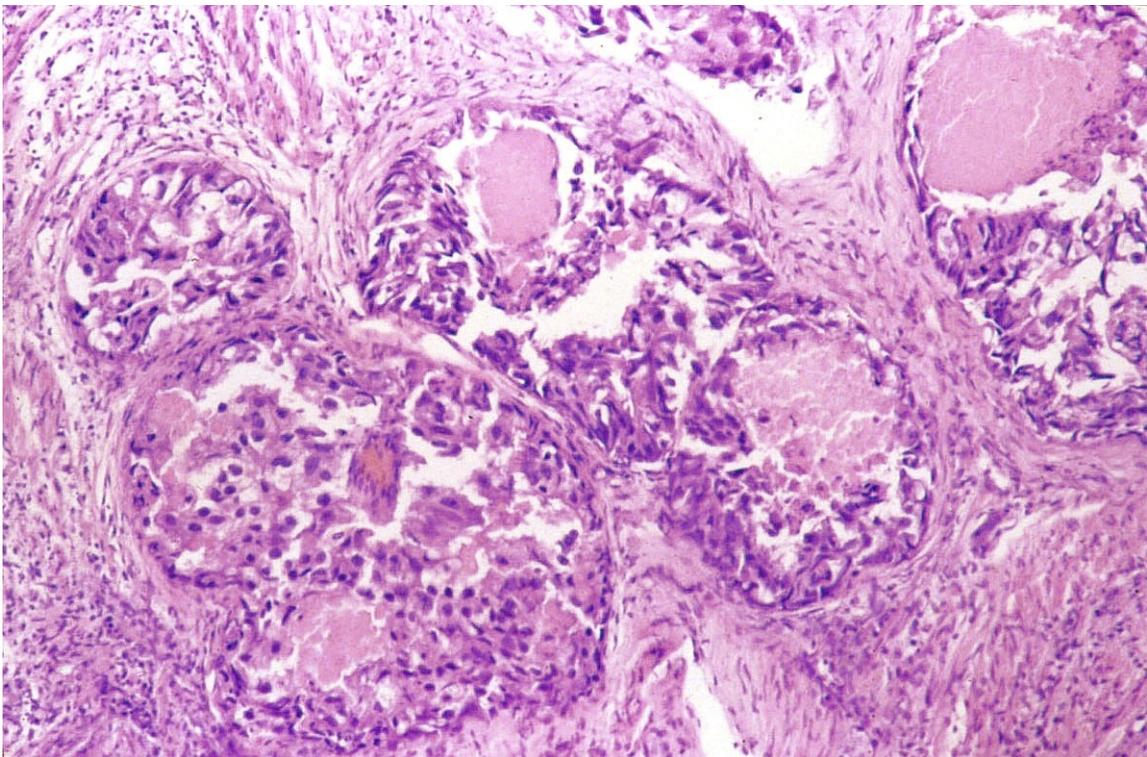


Foto de lâmina de próstata com coloração HE, com carcinoma de próstata gleason 5 (N111) 2008.

2.3.6 TRATAMENTO

Inúmeros fatores devem ser considerados para o CaP localizado, como níveis de PSA, estadiamento, escore de Gleason, comorbidades, prognóstico, idade e expectativa de vida, interesse sexual e capacidade psicológica e/ou sócio-econômica de aderir ao seguimento pós-tratamento. A prostatectomia radical é o método preferencial, principalmente para pacientes mais jovens e com boa saúde. Pacientes com maior chance de benefício da cirurgia devem ter doença clinicamente confinada a glândula, longa expectativa de vida, ausência de fatores de risco significativos e desejo de operar. As principais complicações são incontinência (10% dos casos) e disfunção erétil. Promove controle efetivo e duradouro do CaP com altas taxas de sobrevida .

A radioterapia é indicada como tratamento curativo. As complicações inerentes a este procedimento do ponto de vista sexual e urinário são as mesmas que as da cirurgia, com maiores complicações retais e entéricas.

A braquiterapia tem melhor indicação nos casos em que os pacientes têm idade avançada e com neoplasias de baixo risco.

Nos casos de CaP localmente avançado, a prostatectomia radical tem seu emprego questionável como tratamento isolado; quando empregada, deve ser recomendada ressecção ampla. A radioterapia é indicada no CaP localmente avançado, sendo preferível a conformacional, pois pode-se aplicar maior dose de radiação. A hormonioterapia é usada em neoadjuvância e adjuvância à radioterapia por no mínimo 2 anos nos casos de CaP localmente avançado.

Em relação ao CaP avançado, a base do tratamento continua sendo a manipulação hormonal, inclusive como tratamento de segunda linha. Casos selecionados podem ser tratados com ablação androgênica intermitente de maneira eficaz. Quando se desenvolvem clones de células hormônio-independentes, quimioterápicos são incorporados na terapia. A quimioterapia confere não só benefício em sobrevida, mas também na qualidade de vida, quando baseado em taxanos. Medidas adicionais como o uso de bisfosfonados e radioterapia devem ser incorporadas no tratamento em situações especiais.

3.OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar o perfil clínico e anatomopatológico dos pacientes submetidos a biópsia guiada por ultra-sonografia com transdutor endorretal em hospital de referência para tratamento de câncer no Estado de Mato Grosso do Sul (Hospital do Câncer Alfredo Abraão) encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande

3.2 Específicos

Analisar o grau histológico do câncer de próstata (escala de Gleason) no momento do diagnóstico em conjunto com o valor de PSA e alterações do EDR.

Verificar a ocorrência entre pacientes de diferentes cores de pele/raça bem como a idade do diagnóstico.

Correlacionar a idade, grau histológico e os valores de psa entre pacientes provenientes de cidades com disponibilidade ou não de urologistas para o atendimento especializado.

4. METODOLOGIA

Foram incluídos pacientes provenientes de todo o Estado de Mato Grosso do Sul os quais foram direcionados pela SESAU – Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS, encaminhados ao Hospital do Câncer Alfredo Abraão para biópsia de próstata solicitadas por urologistas no período de janeiro a novembro de 2008 sendo realizado um estudo retrospectivo transversal .

Foram indicadas estas biópsia baseadas em alterações do EDR ou do Antígeno Prostático Específico ou alterações de ambos, sendo solicitados coagulograma completo, suspensão de anti-agregante plaquetário ou qualquer outra medicação que altere a coagulação sanguínea, antibióticoterapia com Ciprofloxacim 500mg de 12/12 horas iniciado no dia anterior ao exame, bem como, orientado sobre conseqüências inerentes a realização do exame, informações estas contidas em um manual de orientações.

Após a entrevista e conferência do preparo adequado, coletavam-se os dados através do preenchimento de formulário. Neste formulário constavam dados pessoais, idade, procedência, naturalidade, cor da pele/raça entre outros. Exames como ultra-som, descrição do toque retal também eram preenchidos. Quanto a cor de pele/raça os pacientes eram classificados em negros (aspectos negroides ou cor da pele), pardos (paciente com descendência indígena ou asiáticos) e brancos quando não se encaixavam nestes aspectos.

Estando o candidato apto ao exame e preenchido os pré-requisitos solicitados no manual de orientações, ele era encaminhado a sala de exames onde solicitava-se que o mesmo retirasse todas as roupas e colocasse um avental do hospital para o início do exame sendo o critério de exclusão a não realização de algum preparo ou exame necessário ao procedimento.

Os pacientes foram posicionados em decúbito lateral esquerdo com os membros inferiores fletidos ficando o examinador sentado a direita do paciente com o aparelho de ultra-som a esquerda e com o transdutor de 6,5 Megahertz empunhado na mão direita. Fixado ao transdutor está o guia de agulha preso por uma presilha e recoberto por dois preservativos.

Realizou-se sistematicamente o EDR em todos os pacientes antes da passagem do transdutor endocavitário para então localizar-se a próstata dando sequência ao exame. A anestesia realizada foi o bloqueio do feixe vasculo-nervoso periprostático (nas laterais da próstata) com lidocaína 1% na quantidade de 20 ml, guiado por ultrasonografia com uma seringa de 20 ml e 1 agulha de calibre de 18G e 250mm de comprimento (REZENDE MVM, 2003).

Também foi feito o estadiamento clínico observando-se a presença ou não de extensão local do CaP baseando-se nos achados do EDR classificando-se em T1, T2 e > ou igual a T3. O estadiamento também pode ser feito por outros métodos com exames de imagens como USTR, RNM, TC pélvica, cintilografia óssea, linfadenectomia e peça cirúrgica métodos estes não utilizados neste estudo.

As biópsias foram realizadas com aparelho de ultra-sonografia da marca GE guiadas por transdutor endocavitário de 6,5 megahertz sendo coletados doze fragmentos de próstata de cada paciente: dois da base direita, dois da região media direita, dois do

ápice direito, dois da base esquerda, dois da região média esquerda e dois do ápice esquerdo incluindo-se nódulos e áreas com imagens suspeitas na região a ser biopsiada.

Usou-se uma pistola de biópsia do modelo magnum da marca Bard^r com agulhas de 18G de calibre e 250 mm de comprimento, guiadas pelo USTR após a anestesia. Esta pistola dispõe de duas opções de tamanho de fragmentos: 15 e 22mm, sendo que nos pacientes do estudo foram retirados fragmentos sempre com o seletor na marca de 22 mm.



Foto do aparelho de ultra-som usado para guiar as biópsias de próstata colocado a esquerda da maca, com o transdutor já preparado ficando o operador a esquerda da maca e o paciente em decúbito lateral esquerdo com os membros inferiores fletidos. Campo Grande (2008)



Foto da posição do paciente na maca com a vista do aparelho de ultra-som a esquerda.
Campo Grande (2008)



Foto exemplificando como é realizado o EDR no paciente em decúbito lateral esquerdo



Foto do transdutor endorretal de 6,5 Megahertz



Foto do guia de agulha o qual é acoplado ao transdutor e que visa direcionar a agulha para realizar a anestesia e a pistola para retirada dos 12 fragmentos de próstata Campo Grande (2008)



Foto do transdutor montado com guia de agulha preso pela presilha sobre um preservativo faltando apenas, colocar o outro preservativo sobre o guia, para estar pronto para uso



Foto da pistola de biópsia



Foto do agulha coletora de fragmentos de próstata de 250 mm de comprimento



Foto da pistola de biópsia a qual esta preparada para uso com a agulha de 250mm de comprimento e calibre de 18 G acoplada e a chave seletora posicionada para retirar fragmentos de 22 mm.



Foto dos frascos onde são acondicionados o material proveniente das biopsias sendo que cada fragmento de próstata é colocado em um pedaço tecido e são acondicionados dois fragmentos em cada frasco, sendo os 3 frascos da esquerda representantes do lobo direito da próstata e os 3 frascos da direita os fragmentos retirados do lobo esquerdo.

Os fragmentos coletados foram acondicionados em frascos numerados de um a seis com formol 10% sendo colocados os dois fragmentos de cada região no mesmo frasco totalizando seis frascos para cada paciente.

Estes fragmentos foram enviados ao laboratório de patologia para a realização de exame histopatológico com o método de coloração hematoxilina e eosina. Os exames eram encaminhados cada dia a um laboratório diferente selecionado pela Secretaria Municipal de Saúde Municipal de Campo Grande o qual providenciava os frascos com antecedência para que na hora da coleta tudo estivesse pronto.

Os dados deste trabalho foram coletados e compilados através da ficha preenchida em entrevista previa ao exame na qual fazia o acolhimento do paciente e checava o preparo para o exame. Através destas fichas dos pacientes, checava-se o resultado do exame histopatológico bem como classificação de Gleason sendo considerado a somatória maior. Foram considerados os resultados: HPB: ausência de neoplasia, CaP : câncer de próstata, prostatites: doenças inflamatórias, suspeitos de CaP porém não diagnósticos, sendo estes submetidos a estudo imunohistoquímico.

5. RESULTADOS

Foram incluídos 111 pacientes com média etária de 69,4 anos (53,3 – 90,8) que foram submetidos a biópsias de próstata guiadas por USTR no Hospital do Câncer Alfredo Abraão no período de janeiro a novembro de 2008.

Deste universo de paciente biopsiados quanto a cor da pele/raça foram assim distribuídos: sendo 69 brancos(62,16%), 33 pardos (29,72%) e 09 negros (8,12%).

Entre este total 45 foram diagnosticados como portadores de adenocarcinoma de próstata perfazendo uma porcentagem de 40,54% e com média de idade de 72,7 anos. 66 pacientes não apresentaram câncer nos resultados perfazendo 59,46% com média etária de 66,6 anos.

Dos 66 sem CaP, seis (5,4%) eram suspeito de adenocarcinoma porém não diagnóstico sendo indicado Estudo Imunohistoquímico, nove (13,6%) dos pacientes com doenças inflamatórias (prostatites) e 51 (81%) dos pacientes com hiperplasia prostática benigna .

Notou-se, também, que houve uma grande variação nos valores de PSA_t de todos os pacientes do estudo oscilando entre 3,00 e 235 com média de 21,63 e que a maioria dos pacientes sem neoplasia no presente estudo apresentavam PSA total também alterados variando nas prostatites de 9,32 a 13,21 com media 10,67, na HPB de 3,00 a 15,64 com média de 8,68 enquanto que os com CaP tiveram uma variação de 3,9 a 235 com PSA_t médio de 45,55.

Quando analisado os critérios de Gleason entre os portadores de CaP observamos uma contagem total variando de 5 a 9 com média 7 e que nos pacientes provenientes de cidades do interior e que onde não havia urologista, segundo a SBU, a média do grau histológico de Gleason foi de 8 entre os 27 pacientes (média = 74,2 anos) e dos provenientes de cidades com acesso a urologista foi de 6 entre os 18 pacientes (média = 70,7 anos).

Outro dado encontrado foi a correlação entre EDR alterado ou por consistência (endurecida / firme / pétrea), irregularidade de superfície, presença nódulos ou por alteração dos limites em 39 (86,7%) pacientes com CaP onde somente 6 (13,3%) pacientes apresentavam EDR normal. Não se levou em conta a alteração de volume uma vez que esta alteração é sugestiva de hipertrofia de próstata. Observou-se também que o PSA_t médio destes seis pacientes com EDR normal foi de 4,32 variando de 3,9 a 5,2.

Observamos também a média etária nos pacientes portadores de CaP é maior que a dos pacientes livres de neoplasia alcançando 72,8 anos enquanto que os pacientes que fizeram a biópsia tiveram resultado ausência de câncer tiveram média etária de 67,7 anos. Dentre os pacientes com biópsia negativa para malignidade média etária aproximadamente foi de 61 anos para HPB, 64 anos para suspeitos de câncer e 68 anos para portadores de prostatites.

Dentre os 69 pacientes brancos a incidência de CaP foi de 42% , a dos pardos 45% e a dos negros 65% entre os biopsiados de acordo com o critério raça/cor de pele.

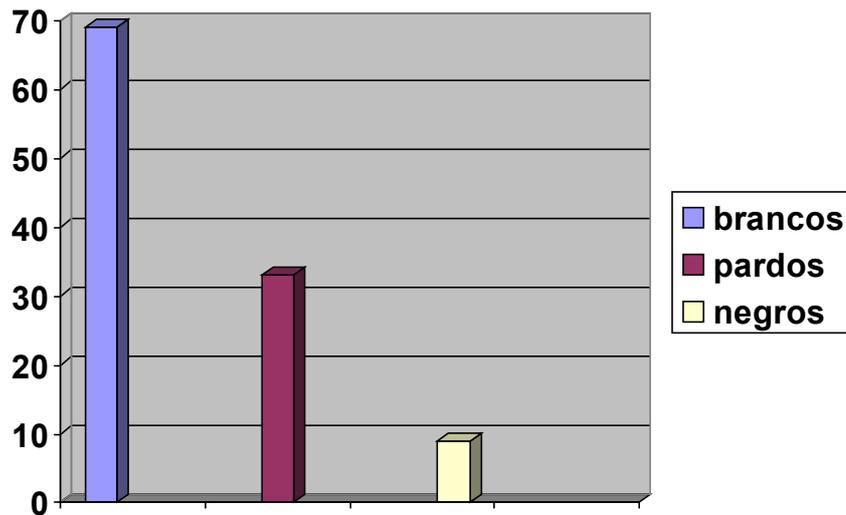


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes submetidos a biópsia de próstata no Hospital do Câncer quanto a raça (N111) Campo Grande 2008.

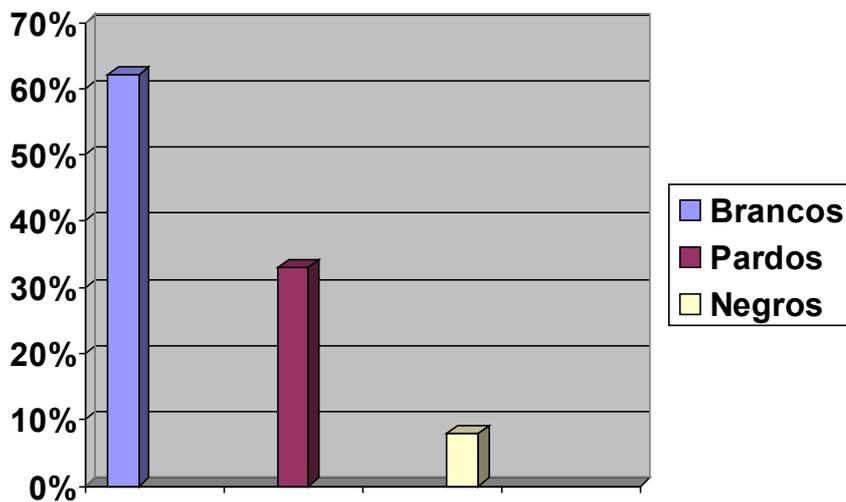


Gráfico 2: Percentil da distribuição dos pacientes submetidos a biópsia de próstata no Hospital do Câncer quanto a raça (N111) Campo Grande 2008.

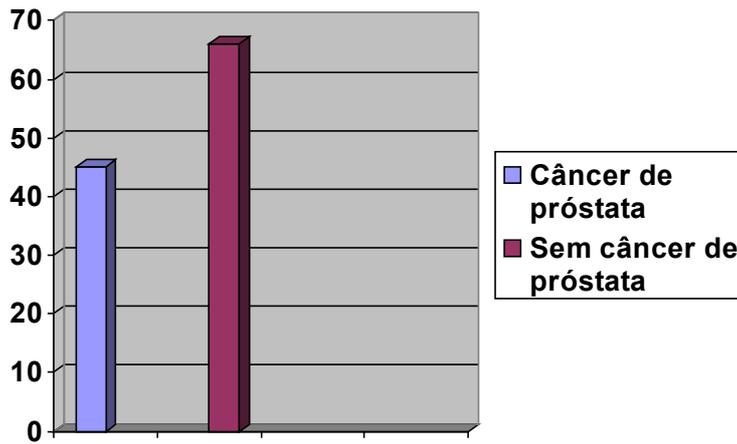


Gráfico 3: Número de pacientes com e sem câncer de próstata biopsiados no Hospital do câncer (N111) Campo Grande 2008.

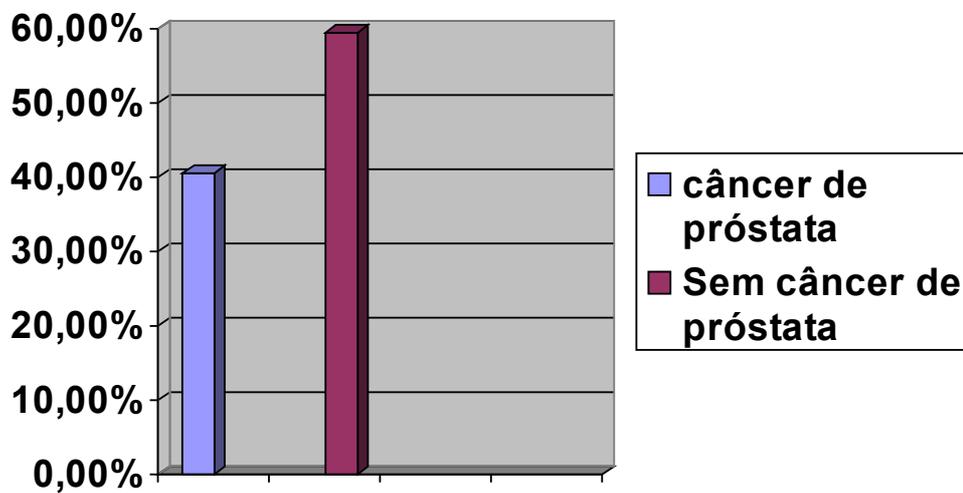


Gráfico 4: percentil de incidência de câncer de próstata em pacientes biopsiados no Hospital do câncer (N111) Campo Grande 2008

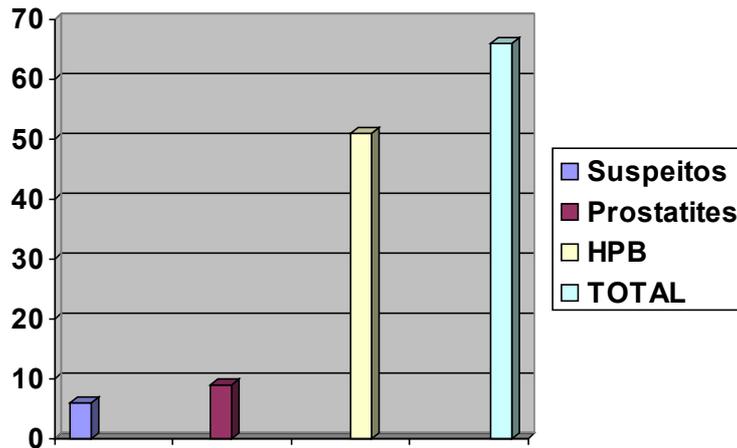


Gráfico 5: Casos sem neoplasia em pacientes biopsiados no Hospital do câncer (N66)

Campo Grande 2008

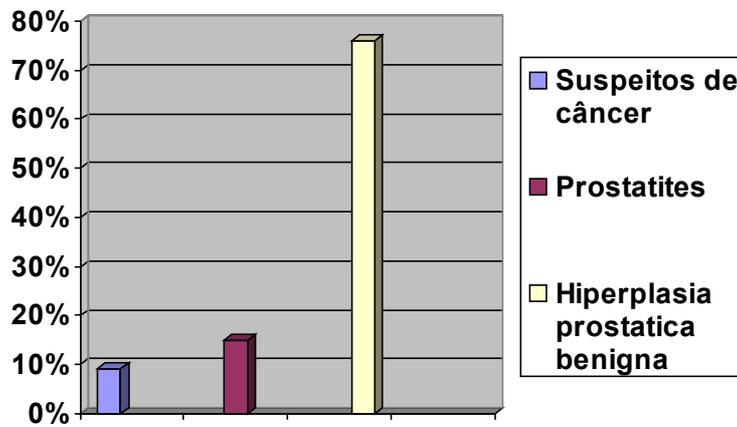


Gráfico 6: percentil dos casos sem neoplasia em pacientes biopsiados no Hospital do câncer (N66) Campo Grande 2008

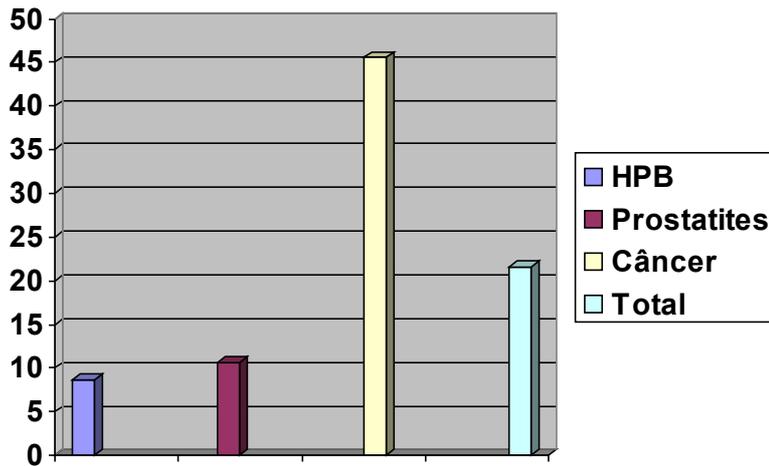


Gráfico 7: valores médios de PSA total em pacientes biopsiados no Hospital do câncer (N111) Campo Grande 2008

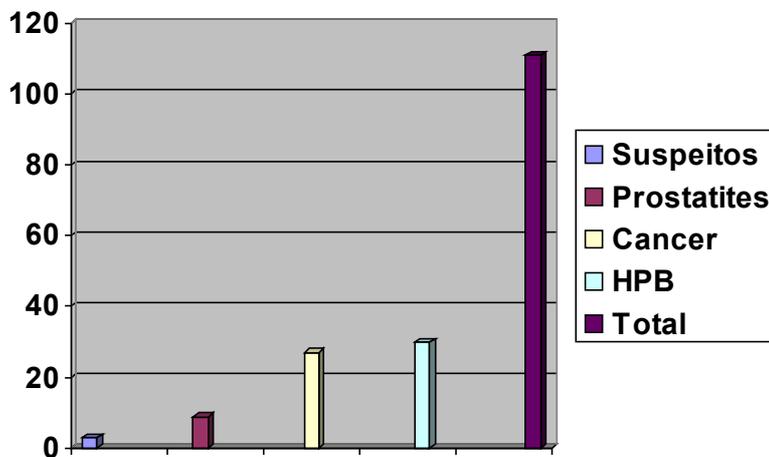


Gráfico 8: Número de pacientes por doença diagnosticada em pacientes biopsiados no Hospital do câncer (N111) Campo Grande 2008

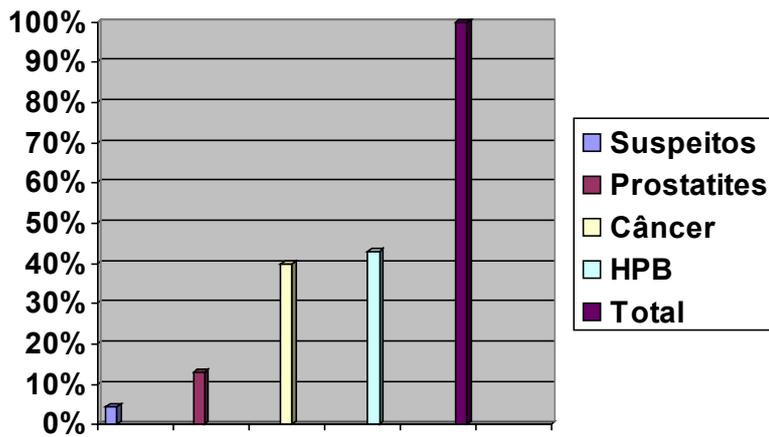


Gráfico 9: Doenças da próstata entre brancos

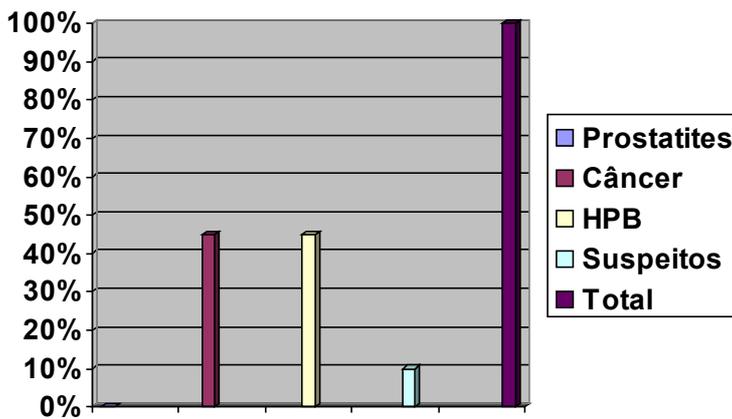


Gráfico 10: porcentagem de pacientes de acordo com as doenças de próstata entre pardos (N33) 2008.

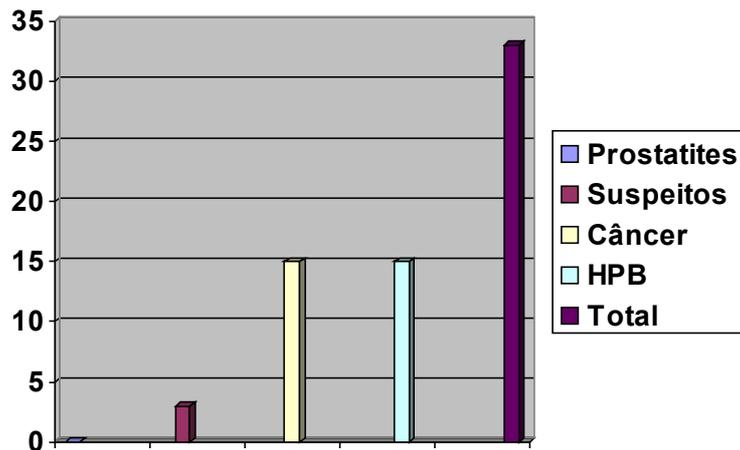


Gráfico 11: número de pacientes de acordo com as doenças de próstata entre pardos (N33) 2008.

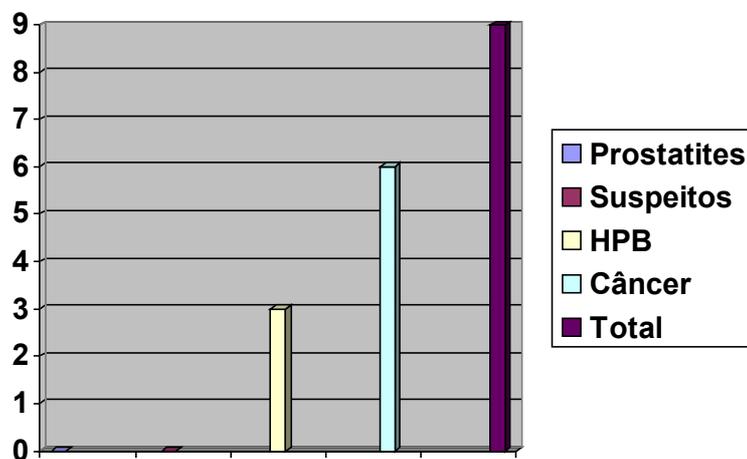


Gráfico 12: numero de pacientes de acordo com as doenças de próstata entre negros (N9) 2008.

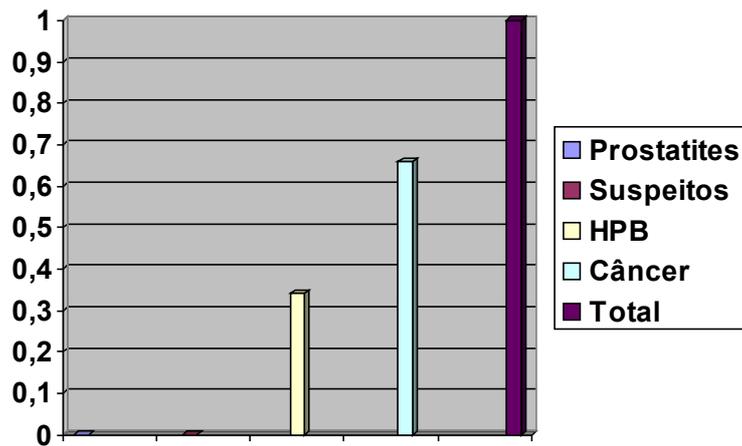


Gráfico 13: porcentagem de pacientes de acordo com as doenças de próstata entre negros (N9) 2008.

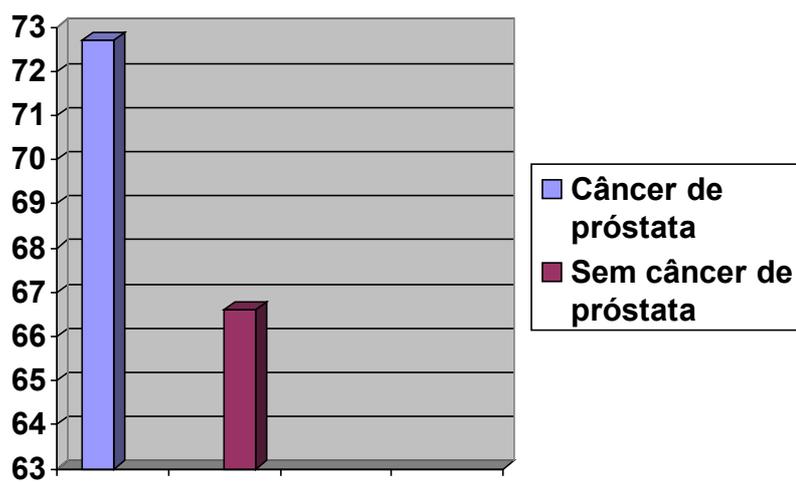


Gráfico 14: Média etária em anos dos pacientes biopsiados no Hospital do Câncer (N111) Campo Grande 2008.

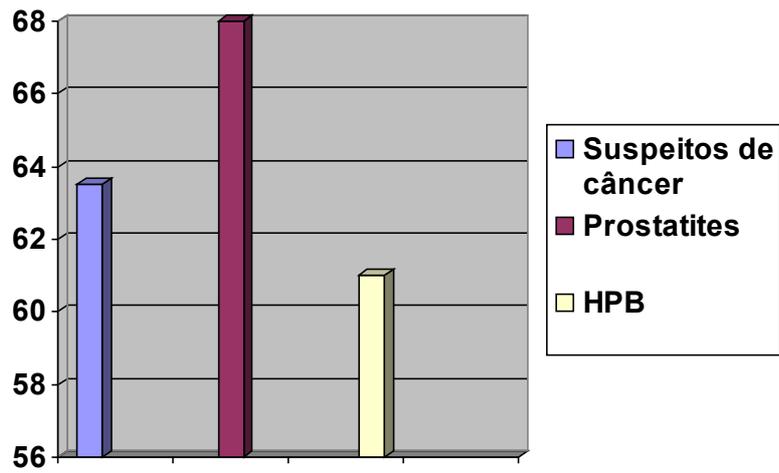


Gráfico 15: média etária em anos dos pacientes sem câncer biopsiados no Hospital do Câncer (N66) Campo Grande 2008.

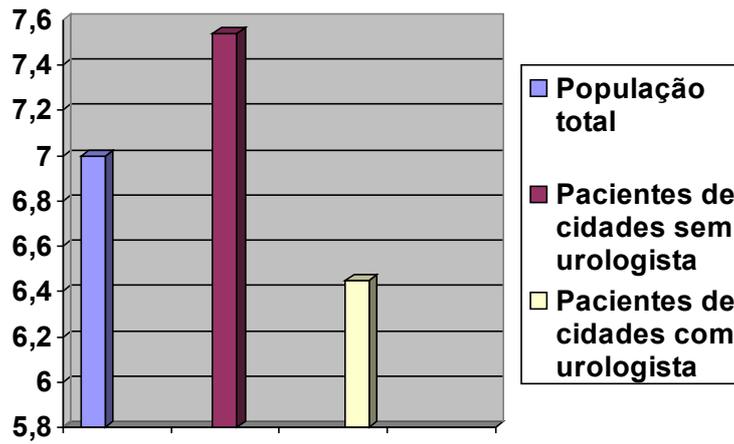


Gráfico 16: grau histológico de Gleason comparando pacientes provenientes de cidades com e sem acesso a especialista submetidos a biópsia de próstata no hospital do Câncer (N111) 2008

		Com CaP	Sem CaP	Total
Número de pacientes	111	45 (40,54%)	66 (59,46%)	
Idade em anos:	<60	6	25	31
	61 a 70	12	18	30
	71 ou mais	27	23	50
Média etária:		72,7	66,6	69,4
EDR:	normal	6 (13,3%)	54(81,8%)	60
	alterado	39 (86,7%)	12 (18,2%)	51
PSA t :	< 4	2		
	>4 – 10	15		
	>10 – 20	18		
	> 20	10		
Gleason :	<6	2		
	6-7	26		
	>7	17		
Estadiamento:	T1	6(13,3%)		
	T2	25(55,5%)		
	T3	14(31,2%)		

Tabela com dados da amostra (N111)

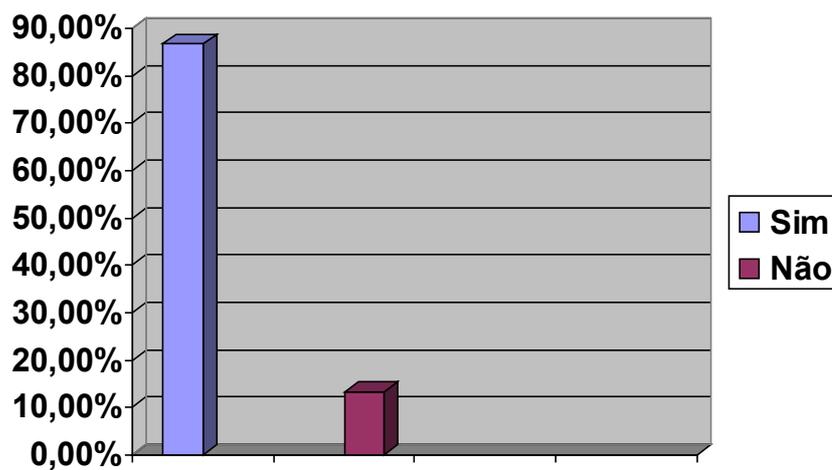


Gráfico 17 : percentil das alterações do EDR em paciente com câncer submetidos a biópsia de próstata no Hospital do Câncer (N111) 2008

6. DISCUSSÃO

A ocorrência de câncer no presente estudo foi de aproximadamente 40% entre os pacientes biopsiados com média etária de 72,7 anos, corroborando com a literatura que afirma que o CaP é uma doença que tem seus índices aumentados com o passar dos anos. Quando estratificamos os pacientes portadores de CaP quanto a cor da pele/raça, no presente estudo observamos uma maior ocorrência em pacientes negros quando comparados aos brancos e pardos.

O perfil clínico dos pacientes no momento do diagnóstico foi de 68% dos pacientes com CaP restrito a próstata e 32% de doença extraprostática e considerando que o estadiamento clínico baseado em EDR. Este método tem chance de subestadiar a doença em até 60% (WROCLAWSKI e cols 2003), podemos estar fazendo diagnóstico tardio nos nossos pacientes.

A idade variou de 53 a 90 anos com média de 69 anos enquanto que entre os pacientes com câncer a média etária foi de 72,7 anos e nos sem neoplasia foi de 67,7 anos, similar a literatura que afirma que o pico da incidência é em meados da década de 70 (MARTINS, ACP, 2003).

Notamos, também, que pacientes provenientes de cidades onde não havia especialistas e, portanto, os pedidos eram solicitados por médicos generalistas ou os pacientes eram encaminhados para urologista nas cidades mais próximas, o grau histológico de Gleason e a idade foram maiores.

Sabemos que a taxa de cura e sobrevida tem impacto importante na qualidade de vida e que estes pacientes talvez estejam tendo dificuldade de acesso ao especialista, sugerimos uma política de interiorização das especialidades seja com estímulos ao

profissional de se fixar em cidades menores ou levando programas de mutirão a estas localidades com intuito de oferecer oportunidade de diagnóstico e tratamento a estes pacientes. Outra medida que pode ser adotada é a criação de um canal de acesso e comunicação entre estes pacientes e os centros regionais de referência onde especialistas farão o atendimento nas cidades onde residem sem se deslocarem ao interior.

Outro dado importante a ser discutido é o fato de nosso estado ser um local com vários núcleos de comunidades quilombolas. Nestes locais o número de indivíduos de raça negra e descendentes é grande e talvez, devêssemos adotar uma política de avaliação e triagem destes pacientes com o intuito de avaliar melhor esta incidência maior de descendentes com CaP no estudo realizado.

Dentre as dificuldades que encontramos no nosso estudo estão a realização de exames histopatológicos por laboratórios diferentes e a falta de preparo dos pacientes, o que fez com que muitos pacientes fossem excluídos e não pudessem ser submetidos ao exame por falta de preparo, deixando nossa amostra mais modesta.

Sugerimos, portanto, que novos estudos com amostras maiores e com um modelo prospectivo sejam realizadas e onde pacientes sejam acompanhados e monitorados na eventualidade de realização de rebiópsias, e esses dados nos ajudem a responder alguns questionamentos.

7. CONCLUSÕES

O Perfil clínico e anatomopatológico dos pacientes biopsiados no Hospital do Câncer foi predominantemente de pacientes com doença restrita a próstata e a totalidade de pacientes com adenocarcinoma acinar usual tendo uma ocorrência de CaP de 40,54% entre os pacientes estudados.

A classificação histológica de Gleason no momento do diagnóstico variou bastante e em pacientes do interior a média foi de 8 enquanto que nos procedentes de cidades com a especialidade foi de 6.

A idade também variou com média de 74,2 anos em pacientes com câncer provenientes de cidades sem a especialidade enquanto que a média foi de 70,7 nos pacientes de cidades com especialista.

O PSA total nos paciente com CaP tem médias maiores que os demais pacientes, assim como o EDR mostrou-se um bom exame para diagnóstico de CaP pois a maioria dos pacientes com câncer apresentavam alterações ou na consistência ou nos limites ou na superfície da próstata quando submetidos ao toque.

8. REFERÊNCIAS

Antunes AA, Leite KR, Dall'Oglio MF, Crippa A, Nesrallah LJ, Srougi M: Prostate biopsy: is age important for determining the pathological features in prostate cancer?

Antonopoulos IM, Pompeo ACL et al.: Results of prostate cancer screening in non symptomatic men. Brazilian Journal of Urology. 2001; 27:227-234

Antonopoulos IM, Pompeo ACL, Góes PM, Chade J, Sarkis AS, Arap S. Racial differences in prostate cancer prevalence. Brazilian Journal of Urology. 2002; 28:214-220.

Antunes AA, Srougi M et al. Preoperative Determination of Prostate Cancer Tumor Volume: Analysis through Biopsy Fragments. International Braz J Urol. 2007; 33: 477-485.

Antunes AA, Srougi M et al. Prostate biopsy: is age important for determining the Pathological features in prostate cancer? International Braz J Urol. 2005; 31:331-337.

Antonopoulos IM, Pompeo ACL, Saldanha LB, Arap MA, Danilovic A, Arap S. Gleason score. Comparative study between transrectal prostate biopsy and radical prostatectomy specimen. Brazilian Journal of Urology. 2000; 26: 609-613.

Barros MS, Silva VRS, Santos GB, Hughes A, Silveira MA. Prevalence of prostate adenocarcinoma according to race in a university hospital. *International Braz J Urol.* 2003; 29:306-312.

Brawer MK, Chetner MP, Beatie J, Buchner DM, Vessela RL, Lange PH: screening for prostatic carcinoma with prostate specific antigen, 1992.

Billis, A. Uropatologia de próstata. Guia prático para o diagnóstico. Goiania: Editora da UFG, 1997

Carter HB, Partin AW. Diagnosis and staging of prostate cancer. In Walsh PC edition, *Campbell's Urology.* 2002.

Dall'Oglio MF, Crippa A, Paranhos M, Nesrallah LJ, Leite KR, Srougi M. Pathological extension of prostate cancer as defined by Gleason score on biopsy. *International Braz J Urol.* 2005; 31:326-330.

Dall'Oglio MF, Crippa A, Oliveira LC, Neto JFN, Leite KR, Srougi M. Prediction of pathological stage in prostate cancer through the percentage of involved fragments upon biopsy. *International Braz J Urol.* 2005; 31: 445-451.

Epstein JI, Potter SR. *J urol* 166:402,2001

Ferreira MD, Koff WJ. Assessment of serum level of prostate-specific antigen for the transition zone volume in early detection of prostate cancer. *International Braz J Urol.* 2005; 31: 137-146.

Gregorio EP, Grande JP, Saqueti EE, Almeida SH, Moreira HA, Rodrigues MA. Comparison between PSA Density, Free PSA Percentage and PSA Density in the Transition Zone in the Detection of Prostate. *International Braz J Urol.* 2007; 33: 151-160.

Glina S, Toscano IL, Mello LF, Martins FG, Vieira VLA, Damas CGS. Results of screening for prostate cancer in a community hospital. *Brazilian Journal of Urology.* 2000; 27:235-243.

Guimarães MS, Quintal MM, Meirelles LR, Magna LA, Ferreira U, Billis A. Gleason Score as Predictor of Clinicopathologic Findings and biochemical (PSA) Progression Following Radical Prostatectomy. *International Braz J Urol.* 2008; 34: 23-29.

Hodge KK, McNeal JE, Terris MK, Stanley TA: Random Systematic versus direct ultrasound-guided transrectal core biopsies of the prostate. *J Urol* 1989.

Instituto Nacional de Câncer (MS). Câncer de próstata. 2008; www.inca.gov.br

Jacobson SJ, Datusic DK, Bergstralh EJ: Incidence of prostate cancer diagnostic, 1995.

Jr AM, Srougi M, Brito GA, Leite KM, Nesrallah AJ, Ortiz V. Value of various PSA parameters for diagnosing prostate cancer in men with normal digital rectal examination. *International Braz J Urol.* 2004; 30:109-113.

Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA: Cancer statistics 1999. *CA Cancer J Clin*, 1999.

Martins ACP, Reis RB et al. Screening for carcinoma of the prostate in volunteers. *Brazilian Journal of Urology.* 2000; 26:516-522.

Nesrallah R, Nesrallah A, Antunes AA, Leite KM, Srougi M. **The Role of Extended Prostate Biopsy on Prostate Cancer Detection Rate: A Study Performed on the Bench.** *International Braz J Urol.* 2008; 34: 5693-571.

Paschoalin EL, Martins ACP et al.: Racial influence on the prevalence of prostate carcinoma in brazilian volunteers. *International Braz J Urol.* 2003; 29: 300-305.

Pompeo ACL, Bretas FFH, Sadi MV, Jr. NRN, Clark O, Ferreira U, Koff WJ. COBEU – Urologia Oncológica. Melhores evidências para a decisão clínica. 2007, Planmark

Ribeiro EP, Moritz RP. Repeated prostate biopsies in men who persist with clinical suspicion of prostate cancer. *Brazilian Journal of Urology.* 2000; 26: 602-608.

Rhoden EL, Riedner CE, Mafessoni R et al.: Free to total prostatic specific antigen ratio for the diagnosis of prostate cancer. *Brazilian Journal of Urology.* 2001; 27: 454-460.

Slongo LE, Sugisawa MC et al. . Efficiency of 6- and 12-punctures biopsies to detect prostate cancer in patients with PSA < 10 ng/ml and normal Digital rectal examination International Braz J Urol. 2003; 29: 24-29.

Souza GF, Calado AA, Jr UB, Cherubini LBP, Verona CBM, Filho MZ. Findings of repeated transrectal ultrasound-guided prostate biopsy. Brazilian Journal of Urology. 2001; 27:37-41.

San Francisco JF, Rose F et al. Extended prostate needle biopsy improves concordance of gleason grading between prostate needle biopsy and radical prostatectomy. The Journal of Urology. 2003; 169: 136-140.

Tobiume M, Yamada Y, Nakamura K, Honda N. Retrospective Study Comparing Six- and Twelve-Core Prostate Biopsy in Detection of Prostate Cancer. International Braz J Urol. 2008; 34:9-14.

Ung JO, San Francisco IF et al. *The relationship of prostate gland volume to extended needle biopsy on prostate cancer detection. The Journal of Urology. 2003; 169: 130-135.*

Wein, Kavoussi, Novick, Partin, Peters. Campbell-Walsh Urology. Ninth Edition. Saunders-Elsevier.

Wroclawski ER, Bendhack DA, Damião R, Ortiz V: Guia Prático de Urologia, 2003, Editora Segmento

