

Tema: abordagem do câncer de próstata pela Urologia

Versão Nº 02

Protocolo Nº 153

1ª versão: outubro de 2017

Atualização: fevereiro de 2024

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
FATORES DE RISCO.....	2
SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO E ESTADIAMENTO.....	3
AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	4
EXAMES PARA ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA	7
TRATAMENTO PRIMÁRIO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	8
SEGUIMENTO	11
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO	13
MONITORAMENTO	13
CONFLITOS DE INTERESSE.....	13
REFERÊNCIAS.....	13
SIGLAS	15
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	16

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CaP) é o tipo mais comum de câncer visceral entre os homens e a segunda causa de morte por câncer na população masculina no Brasil. Atualmente a sobrevivência a longo prazo específica em 5 anos é de 83,4% em média.

Estimam-se 71.730 casos novos de câncer de próstata anualmente no Brasil para o triênio 2023-2025. Esses valores correspondem a um risco estimado de 67,86 casos novos a cada 100.000 homens. O câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Esse fato, associado ao aumento da longevidade verificado no Brasil nos últimos anos, torna o câncer de próstata um problema de saúde pública que merece preocupação e esforços efetivos das autoridades sanitárias. Além disso, por se tratar de uma doença que não existe prevenção bem estabelecida e que a melhor estratégia é o diagnóstico precoce, sendo que por outro lado confrontamos diariamente com o diagnóstico e o tratamento excessivos, esse protocolo faz-se necessário para a padronização de ações em nossa instituição.

OBJETIVOS

Padronização de ações nas áreas de prevenção primária e secundária, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com câncer de próstata no âmbito do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Homens com critérios para o rastreamento do câncer de próstata:
 - Homens com mais de 50 anos de idade.
 - Homens com mais de 45 anos de idade e história familiar de câncer de próstata ou raça negra.
- Homens com diagnóstico de câncer de próstata.

FATORES DE RISCO

No câncer de próstata temos três fatores de risco bem estabelecidos: aumento da idade, origem étnica e predisposição genética (hereditariedade); que serão considerados no rastreamento.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Parentes de primeiro grau praticamente dobram o risco de câncer de próstata, além disso, mais ou menos 9% dos pacientes têm câncer de próstata hereditário, definido como mais de 3 familiares afetados ou pelo menos 2 familiares com diagnóstico precoce, ou seja, abaixo dos 55 anos.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO E ESTADIAMENTO

O objetivo dos sistemas de classificação é combinar pacientes com desfechos similares para padronização de condutas.

Quadro 1 - Estadiamento do câncer de próstata pela classificação *Tumor Node Metastasis* (TNM) de 2017:

T – Tumor primário	
<p>Tx – o tumor primário não pode ser classificado T0 – sem evidências de tumor primário T1 – tumor primário não evidente, não palpável ou visível por métodos de imagem T1a – achado incidental em menos de 5% de tecido ressecado T1b – achado incidental em mais de 5% de tecido ressecado T1c – tumor diagnosticado por biópsia da próstata por agulha T2 – tumor confinado na próstata T2a – tumor compromete metade de um lobo da próstata ou menos T2b – tumor compromete mais da metade de um lobo da próstata T2c – tumor compromete os dois lobos da próstata T3 – tumor estende além da cápsula da próstata, palpável no toque retal (TR) T3a – extensão extracapsular da próstata unilateral ou bilateral T3b – tumor invade as vesículas seminais T4 – tumor fixo na pelve ou invade outras estruturas adjacentes que não as vesículas seminais: esfíncter externo, reto, musculo elevador do ânus etc.</p>	
N – Linfonodos regionais	M – Metástase à distância
<p>Nx – linfonodos regionais não podem ser classificados N0 – sem metástase em linfonodos regionais N1 – metástase em linfonodos regionais</p>	<p>Mx – metástases à distância não podem ser classificadas M0 – ausência de metástase à distância M1 – metástases à distância M1a – linfonodos não regionais M1b – metástase óssea M1c – outros sítios</p>

Outro sistema de classificação de risco importante e bastante utilizado, principalmente em ensaios clínicos para pareamento, é a classificação por grupos de risco modificada de D'Amico, da European Association of Urology (EAU), que é subdividida em quatro categorias:

Quadro 2 – Classificação por grupos de risco modificada de d’Amico:

Risco baixo: PSA < 10 ng/ml, e *Gleason Score* (GS) < 7 (ISUP 1) e estadiamento* cT1-T2a

Risco intermediário: PSA: 10-20 ng/ml, ou GS 7 (ISUP 2 ou 3) ou cT2b

Risco alto: PSA > 20 ng/ml ou GS > 7 (ISUP 4 ou 5) ou cT2c

Localmente avançado: qualquer PSA, qualquer GS e cT3-T4** ou N1***

* estadiamento baseado na classificação TNM, onde c = câncer

** baseado no TR

*** baseado em tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea de corpo inteiro (CO)

PSA: Antígeno Prostático Específico; ISUP: International Society of Urological Pathology; TR: toque retal

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Rastreamento do Câncer de Próstata

A detecção precoce é motivada pela possibilidade de diminuição da mortalidade pelo câncer de próstata mantendo-se, pelo menos, a mesma qualidade de vida.

Devemos ainda ter em mente que o rastreamento do câncer de próstata é um dos assuntos mais controversos da Urologia e que, neste mesmo rastreamento, podemos incorrer no diagnóstico de lesões indolentes (*overdiagnosis*) e orientar procedimentos desnecessários (*overtreatment*). Outro ponto interessante é que, a despeito da preocupação, o instrumento de rastreamento e diagnóstico (toque retal, PSA e ultrassom transretal – USTR – com biópsia) não causou nenhum óbito em mais de 341.000 pacientes participantes de uma coorte.

Uma metanálise recente da Cochrane evidenciou que o rastreamento está associado a um aumento na detecção do CaP e ao diagnóstico da doença localizada. Para tanto, uma abordagem individualizada e adaptada por fatores de risco para a detecção precoce do câncer de próstata deve ser oferecida para homens bem informados com boa *performance status* e com pelo menos 10 anos de expectativa de vida (nomogramas em <https://www.mskcc.org/nomograms/prostate>). Essa abordagem diagnóstica é baseada no exame de PSA sanguíneo e no exame digital retal da próstata (TR). O rastreamento deve ser oferecido para homens com risco elevado de câncer de próstata, e esses grupos são:

- Homens com mais de 50 anos de idade;
- Homens com mais de 45 anos de idade e história familiar de câncer de próstata ou raça negra;
- Homens com PSA > 1 ng/ml aos 40 anos de idade;
- Homens com PSA > 2 ng/ml aos 60 anos de idade;
- Homens com *breast cancer gene* (BRCA)1/BRCA2 + aos 40 anos de idade.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

O prazo do rastreamento deve ser adaptado de acordo com os fatores de risco. A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda atualmente uma base anual juntamente com a American Urological Association (AUA). A European Association of Urology (EAU) recomenda uma base bienal para aqueles com fatores de risco e até de 8 em 8 anos para os homens sem nenhum fator de risco. Para fins do protocolo adotaremos o prazo anual para o rastreio como orientado pela SBU.

O rastreamento deve ser interrompido nos pacientes com expectativa de vida < 10 anos, para isso as comorbidades e a *performance status* são mais importantes do que uma dada idade cronológica.

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico do câncer de próstata é iniciado na suspeita clínica frente ao TR e a mensuração dos níveis de PSA. Em 18% dos casos, o diagnóstico é realizado com o TR sem considerar os valores do PSA, e a chance de diagnóstico com a alteração do TR é de 30% no caso de PSA $\leq 2,00$ ng/ml.

O uso do PSA revolucionou o diagnóstico do CaP. O PSA é órgão específico, mas não câncer específico, mesmo assim, o PSA é o melhor preditor para o diagnóstico do CaP, com uma performance melhor que o TR e o USTR simples.

Os níveis de PSA têm correlação com a probabilidade de diagnóstico de câncer de próstata e com a probabilidade de diagnóstico de CaP agressivo (tabela 1).

Tabela 1 – Correlação entre PSA, risco de CaP e risco de Gleason ≥ 7 :

PSA (ng/ml)	Risco de CaP (%)	Risco de CaP Gleason ≥ 7 (%)
0,0 a 0,5	6,6	0,8
0,6 a 1,0	10,1	1
1,1 a 2,0	17	2
2,1 a 3,0	23,9	4,6
3,1 a 4,0	26,9	6,7

Outros marcadores tais como densidade do PSA, velocidade do PSA, *PSA doubling time*, *prostate health index*, e o *prostate cancer antigen 3* (PCA3) são bastante discutidos em séries recentes de trabalhos científicos, não aumentando de maneira importante a sensibilidade e especificidade do diagnóstico. Sendo assim, não serão endossados neste protocolo. O PCA3, não disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), tem valor no seguimento e decisão propedêutica dos pacientes com primeira biópsia prostática negativa.

A relação de PSA livre/total, por outro lado, pode ser bem empregada na diferenciação da hiperplasia prostática benigna (HPB) e CaP nos pacientes com TR normal e PSA entre 4-10 ng/ml. Nos pacientes

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

com esses critérios, uma relação livre/total $< 0,10$ (10%) está associada a 56% de diagnóstico de CaP e uma relação livre/total $> 0,25$ (25%) está associada ao diagnóstico de CaP em menos de 8% dos casos. Este marcador não foi validado para a faixa de PSA < 4 ng/ml ou > 10 ng/ml.

Recentemente, a ressonância magnética (RM) da próstata multiparamétrica ganhou destaque em diversos cenários do diagnóstico e manejo do câncer de próstata. Ela estratifica os pacientes em grupos de risco para câncer de próstata clinicamente significativo (ISUP ≥ 7) com graduação de 1 a 5, onde 1 e 2 são de baixo risco, 3 de risco indeterminado e 4 e 5 com risco aumentado para câncer de próstata clinicamente significativo. Sendo assim, aos pacientes com PSA > 3 ng/ml e suspeita de câncer de próstata, deve ser oferecido a RM da próstata multiparamétrica e, para aqueles com risco aumentado (Pi-Rads 3,4 e 5), a biópsia da próstata.

Outra ferramenta que está sendo bastante estudada recentemente são os marcadores genéticos. Homens com mutação genética germinativa do BRCA1/BRCA2 têm risco aumentado de câncer de próstata e geralmente têm um prognóstico pior da doença quando diagnosticada.

O diagnóstico definitivo é realizado no exame histopatológico da peça oriunda da biópsia transretal da próstata (USTR com biópsia da próstata), fragmentos da ressecção transuretral (RTU) da próstata ou do espécime cirúrgico da prostatectomia simples realizada na vigência de hiperplasia benigna da próstata, sendo os dois últimos achados incidentais.

A decisão de prosseguir com a propedêutica e estadiamento deve ser norteadas pelas opções terapêuticas disponíveis para o paciente, levando sempre em conta a idade do paciente e suas comorbidades.

- A RTU de próstata não deve ser usada para o diagnóstico do câncer de próstata.
- A graduação histológica deve ser realizada de acordo com a graduação de *Gleason* modificada pela ISUP 2005 e posteriormente pela ISUP 2014.
- A biópsia deve ser orientada pelo TR da próstata, os valores do PSA e o resultado da RM de próstata.
- Biópsias da zona de transição não são recomendadas inicialmente, a biópsia de sextante é adequada desde que obtenha amostras bilaterais do ápice à base da próstata em próstatas pequenas (< 30 ml), para próstatas maiores (30-40 ml) 8 fragmentos devem ser amostrados e idealmente entre 10-12 fragmentos nas próstatas com mais de 40 ml. A biópsia com mais de 12 fragmentos, na maioria das vezes, é desnecessária. Amostras adicionais devem ser obtidas de áreas suspeitas no TR e RM da próstata. A biópsia da próstata poderá ser solicitada nos casos a seguir:

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Pacientes com PSA $\geq 2,5$ ng/ml e menos de 50 anos de idade, correlacionar com outros diagnósticos diferenciais (p.ex.: HPB).
 - Pacientes com PSA entre 2,5 ng/ml e 4 ng/ml com mais de 50 anos de idade e menos de 65 anos de idade, correlacionar com TR e outros diagnósticos diferenciais (p. ex.: HPB).
 - Pacientes com PSA > 4 ng/ml, correlacionar com PSA livre/total e outros diagnósticos diferenciais (p. ex.: HPB).
 - Todos os pacientes com toque retal alterado.
 - Todos os pacientes com RM alterada (Pi-Rads 3, 4 ou 5). Nesse cenário, fragmentos adicionais das áreas suspeitas devem ser retirados.
- Antibióticos devem ser utilizados na biópsia transretal da próstata de rotina.
 - A biópsia prostática deve ser repetida na vigência de suspeita de câncer de próstata mantida como, se exame digital da próstata alterado, persistência de valores elevados de PSA e ou alterações histológicas sugestivas de câncer de próstata, Atypical Small Acinar Proliferation (ASAP) ou Prostatic Intraepithelial Neoplasia (PIN) de alto grau em mais de 3 fragmentos (*cores*) e ou carcinoma intraductal prostático isolado. A revisão de lâminas da biópsia também pode ser utilizada para esclarecimento diagnóstico, em alguns casos inclusive, pode preceder nova biópsia.
 - Se a suspeita de câncer de próstata persistir após a primeira biópsia prostática negativa, a biópsia prostática orientada por RM é aconselhada.
 - Não existe um limite para o número de biópsias realizadas, mas a chance de detecção de câncer de próstata clinicamente significativa diminui bastante a partir da quarta tentativa.

EXAMES PARA ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Qualquer grupo de risco

- Qualquer propedêutica deve ser solicitada se houver chance de mudança no manejo do paciente. O contrário também é válido, nenhuma propedêutica deve ser solicitada se não modificar o manejo clínico do paciente.
- Para estadiamento local a TC e o USTR não estão indicados.
- A tomografia por emissão de pósitrons (PET) com colina (PET-colina) também não deve ser utilizado para o estadiamento local bem como o PET com antígeno de membrana específico para próstata (PET-PSMA), que não são disponíveis no SUS.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Grupo de baixo risco

- Nenhum método de imagem é recomendado para o estadiamento.

Grupo de risco intermediário

- Nos pacientes com predomínio de *Gleason 4* (gradação 3 – ISUP 2014) a cintilografia óssea de corpo inteiro pode ser solicitada, bem como imagens planares.

Grupo de alto risco

- RM multiparamétrica da próstata pode ser solicitada para estadiamento local.
- TC, RM e cintilografia óssea podem ser utilizados para estadiamento linfonodal e detecção de metástases à distância.

TRATAMENTO PRIMÁRIO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

No tratamento primário do câncer de próstata os pacientes elegíveis para diversas modalidades de tratamento (vigilância ativa, cirurgia, radioterapia etc.) devem ter todos os métodos discutidos e apresentados e o consentimento livre e esclarecido (TCLE) deve ser entregue e assinado pelo paciente ou seu representante legal após esclarecimento das dúvidas. Utiliza-se como referência os modelos de TCLE da SBU.

Para todos os pacientes candidatos ao tratamento cirúrgico com prostatectomia radical, todas as modalidades (aberta, laparoscópica e robótica) são aceitas. A técnica robótica recentemente provou ter desfechos secundários, continência e disfunção erétil, melhores que as outras técnicas em trabalhos bem desenhados. As modalidades minimamente invasivas, laparoscopia pura e laparoscopia assistida por robô, tem melhores desfechos secundários, menos sangramento, menor necessidade de transfusão sanguínea, retorno precoce ao trabalho dentre outros, quando comparadas com a cirurgia convencional.

A radioterapia externa pode ser oferecida para todos os grupos de risco de pacientes com câncer de próstata não metastático.

Na vigilância ativa, os pacientes alocados devem ser possíveis candidatos para cirurgia ou radioterapia e todas as modalidades devem ser discutidas. Os critérios para a vigilância ativa em nosso serviço são: pacientes de baixo risco, com expectativa de vida > 10 anos, cT1, PSA ≤ 10 ng/ml, Gleason ≤ 6, ≤ 2 fragmentos da biópsia positivos com ≤ 50% de envolvimento em cada um e um PSA-DT > 3 anos (PSA *doubling time*).

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Esses pacientes devem ser aconselhados quanto à mudança da conduta para tratamento se necessário e o seguimento é feito com PSA, TR e biópsias prostáticas repetidas. Esse seguimento ainda não está bem definido na literatura quanto aos intervalos e adotaremos o utilizado na série mais antiga atualmente vigente (vide "[Seguimento](#)").

Atualmente a RM multiparamétrica da próstata está ganhando evidência como passo importante na vigilância ativa.

A observação deve ser oferecida para pacientes com baixa expectativa de vida (< 10 anos) e para os não elegíveis para tratamento local curativo. O tratamento paliativo nessa modalidade deve ser iniciado com base nos sintomas e na progressão da doença.

Câncer de próstata de baixo risco

- Observação (*Watchful Waiting*): pode ser oferecido para pacientes não elegíveis para tratamento curativo local ou para pacientes com pequena expectativa de vida (< 10 anos).
- Vigilância Ativa (*Active Surveillance*) é uma opção para os pacientes com baixo risco de progressão, ou seja, > 10 anos de expectativa de vida, cT1, PSA ≤ 10ng/ml, biópsia com escore de Gleason ≤ 6, ≤ 2 fragmentos positivos com envolvimento ≤ 50% e PSA-DT > 3 anos.
- Prostatectomia radical: pode ser oferecido para paciente com ≥ 10 anos de expectativa de vida.
- Radioterapia: pode ser oferecido para paciente com ≥ 10 anos de expectativa de vida.
- Crioterapia/*High Intensity Focused Ultrasound* (HIFU): opção não disponível em nosso serviço, de caráter investigacional.
- Hormonioterapia Adjuvante: não é uma opção.

Câncer de próstata de risco intermediário

- Observação (*Watchful Waiting*): pode ser oferecido para pacientes não elegíveis para tratamento curativo local ou para pacientes com pequena expectativa de vida (<10 anos).
- Vigilância ativa (*Active Surveillance*): não é uma opção, apenas protocolos de pesquisa.
- Prostatectomia radical: pode ser oferecido para pacientes com ≥ 10 anos de expectativa de vida sendo que a linfadenectomia estendida (adequada) está indicada.
- Radioterapia: pode ser oferecido em combinação com hormonioterapia por até 6 meses.
- Crioterapia/HIFU: opção não disponível em nosso serviço, de caráter investigacional.
- Hormonioterapia adjuvante: não é uma opção.

Câncer de próstata de risco alto

- Observação (*Watchful Waiting*): pode ser oferecido para pacientes não elegíveis para tratamento curativo local ou para pacientes com pequena expectativa de vida (<10 anos).
- Vigilância ativa (*Active Surveillance*): não é uma opção.
- Prostatectomia radical: pode ser oferecido para pacientes com ≥ 10 anos de expectativa de vida sendo que a linfadenectomia estendida (adequada) está indicada.
- Radioterapia: pode ser oferecido em combinação com hormonioterapia por até 3 anos.
- Crioterapia/HIFU: não é uma opção.
- Hormonioterapia adjuvante: não é uma opção.

Nos pacientes de alto risco ou doença localmente avançada e M0 que não são elegíveis para nenhum tratamento local o uso de androgênioterapia deve ser postergado nos pacientes assintomáticos com PSADT > 12 meses e PSA < 50 ng/ml, nos casos de tumores diferenciados.

Câncer de próstata cN+

Em pacientes com câncer de próstata e suspeita clínica forte de comprometimento linfonodal (cN+) a radioterapia externa pode ser oferecida com hormonioterapia de longo prazo, assim como a prostatectomia radical.

Câncer de próstata pN+

Uma conduta expectante pode ser oferecida se o paciente foi submetido a uma linfadenectomia adequada e apresentou ≤ 2 linfonodos comprometidos, PSA < 0,1 ng/ml e ausência de comprometimento extranodal. A hormonioterapia adjuvante (castração medicamentosa ou cirúrgica) pode ser oferecida nos pacientes com linfonodos positivos após linfadenectomia adequada no tratamento de câncer de próstata.

A radioterapia adjuvante também pode ser oferecida para os pacientes pN+, sendo que os principais critérios são ressecção R1, GS 7-10, pT3-4 e pacientes com < 3 linfonodos comprometidos. Essas afirmações são baseadas em estudos retrospectivos e nenhuma afirmação pode ser feita em relação ao campo ideal da radioterapia.

Câncer de próstata metastático cM+

- Observação (*Watchful Waiting*): não é uma opção.
- Vigilância ativa (*Active Surveillance*): não é uma opção.
- Prostatectomia radical: opção preferencialmente em estudos clínicos.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Radioterapia: opção preferencialmente em estudos clínicos.
- Crioterapia/HIFU: não é uma opção.
- Hormonioterapia: pode ser oferecida castração cirúrgica ou química. Mesmo em pacientes assintomáticos, a castração precoce previne a progressão e complicações associadas à progressão.

A administração de anti-androgênios por curto período deve ser realizada para pacientes que optarem pelo uso de agonistas do *luteinizing hormone/realizing hormone* (LHRH) para evitar o fenômeno conhecido como “*flare up*”. Anti-androgênicos não devem ser usados em monoterapia.

O alvo da hormonioterapia são níveis de testosterona < 50 ng/ml, idealmente < 20 ng/ml.

Câncer de próstata resistente à castração (mCRPC)

A definição de câncer de próstata resistente à castração depende de algumas variáveis:

- Nível de testosterona < 50 ng/ml, e,
- Três aumentos consecutivos no valor do PSA, com pelo menos uma semana de intervalo entre as medições ou
- Dois aumentos consecutivos acima do nadir, este necessariamente acima de 2 ng/ml ou
- Evidências de progressão radiológica com pelo menos duas novas lesões ósseas ou aumento de lesão de partes moles.

O paciente com CaP resistente à castração com metástases (mCRPC) deve ser manejado por equipe multidisciplinar, tendo a Oncologia papel crucial na condução do caso. Nenhuma afirmação sobre a escolha do tratamento, qual droga ou qual família de drogas deve ser utilizada primeiro pode ser feita, estudos futuros e em andamento são aguardados para melhor definição.

SEGUIMENTO

Após um PSA indetectável no paciente submetido a prostatectomia radical, um PSA > 0,2 ng/ml, confirmado está associado a recidiva bioquímica e da doença.

No caso da radioterapia, um PSA > 2 ng/ml acima do “nadir” (*Phoenix*) é o melhor parâmetro de recorrência.

Vigilância Ativa

O seguimento na vigilância ativa é baseado na re-biópsia, TR e medidas seriadas do PSA. Alguns protocolos existem, mas o momento ideal e os intervalos ideais ainda não são conhecidos.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Nas séries com maior tempo de seguimento, as taxas de abandono da vigilância ativa variam de 14% a 40% e 40% a 60% em 5 anos e 10 anos, respectivamente.

No HC-UFMG, os retornos são feitos a cada 6 meses com PSA e TR, sendo necessária a revisão de lâminas da biópsia da próstata por patologista do serviço. A re-biópsia é solicitada com 12 meses ou antes, se alguma alteração assim ditar essa conduta no seguimento clínico. O paciente é orientado a deixar a vigilância ativa se qualquer sinal de progressão surgir.

A RM deverá ser solicitada no primeiro ano, idealmente antes da re-biópsia, e os prazos para repetição ou condutas baseadas exclusivamente em resultados da RM ainda são pouco estudados.

Prostatectomia Radical

Neste caso, observar a cartilha específica do serviço de Urologia do HC-UFMG/Ebserh com orientações ao paciente:

- Retorno para retirada da sonda de *Foley* entre 7 e 10 dias após a cirurgia. Nesse retorno será prescrito antibioticoterapia de curta duração para provável ITU por uso prolongado da sonda.
- Outro retorno com 6 semanas após a cirurgia, com PSA e rotina de urina e urocultura.
- Após os dois primeiros retornos, retorno com 3 meses, 6 meses e 1 ano, a partir daí, de 6 em 6 meses até o 3º ano e anual a seguir com PSA. Esse seguimento pode ser alterado, antecipado, em decorrência de alterações no PSA ou demanda do próprio paciente.
- Exames de imagem rotineiros não são recomendados, nem necessários, a não ser quando exclusivamente orientados pela clínica (exemplo: dor óssea).

Radioterapia

Mesmo aplicado para a prostatectomia radical.

Radioterapia Adjuvante x Radioterapia de Resgate

A radioterapia de resgate com PSA $\leq 0,5$ ng/ml pode ser oferecida para o paciente no caso de recidiva bioquímica após prostatectomia radical, a recidiva bioquímica é considerada, em nosso serviço, como um PSA $\geq 0,20$ ng/ml confirmado com outra medida. Quanto mais precoce a radioterapia de resgate for iniciada, melhor será o resultado do tratamento.

A radioterapia adjuvante não é mais uma opção recomendada no serviço após a metanálise CORAL, sendo uma exceção o paciente com pN+ após prostatectomia radical mencionado no texto acima.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Óbito do paciente.
- Desejo do paciente ou médico assistente (justificado).

MONITORAMENTO

- Número da Comissão Municipal de Oncologia (CMO) para tratamento de câncer de próstata atendidas no ambulatório.
- Número de prostatectomias radicais realizadas.
- Tempo do atendimento com autorização de internação hospitalar (AIH) liberada até a realização da prostatectomia.
- Número de bloqueios androgênicos cirúrgicos (orquiectomia).
- Tempo do atendimento com AIH liberada até a realização da orquiectomia.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

AUA Guideline: Castration Resistant Prostate Cancer. Disponível em:
<<https://www.auanet.org/education/guidelines/castration-resistant-prostate-cancer.cfm>>. Acesso em: 12 set. 2023.

AUA Guideline: Prostate Cancer Detection. Disponível em:
<<https://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm>>. Acesso em: 12 set. 2023.

AUA Guideline: Prostate Cancer. Disponível em:
<<https://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm>>. Acesso em: 12 set. 2023.

AUA Guideline: Prostate Cancer. Disponível em:
<<https://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer.cfm>>. Acesso em: 12 set. 2023.

AUA Guideline: Radiation After Prostatectomy. Disponível em: <<https://www.auanet.org/education/guidelines/radiation-after-prostatectomy.cfm>>. Acesso em: 12 set. 2023.

EAU Guideline: Prostate Cancer. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>>. Acesso em: 12 set. 2023.

Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/2023/>>. Acesso em: 12 set. 2023. SIGLAS

MSKCC nomograms. Disponível em: <<https://www.mskcc.org/nomograms/prostate>>. Acesso em: 12 set. 2023.

WEIN, Alan J. KAVOUSSI, Louis R. PARTIN, Alan W. PETERS, Craig A. Campbell-Walsh Urology, Volume 3, 11. ed. Filadélfia/PA, Elsevier, 2015.

SIGLAS

AIH	Autorização de internação hospitalar
ASAP	Atypical Small Acinar Proliferation
AUA	American Urological Association
BRCA	Breast Cancer Gene
CaP	Câncer de Próstata
CO	Cintilografia Óssea de Corpo Inteiro
EAU	European Association of Urology
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ERSPC	European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer
GS	Gleason Score
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HIFU	High Intensity Focused Ultrasound
HPB	Hiperplasia Prostática Benigna
IMRT	Intensity-Modulated Radiation Therapy
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISUP	International Society of Urological Pathology
ITU	Infecção do Trato Urinário
LHRH	Luteinizing Hormone-Releasing Hormone
mCRPC	Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer
PCA3	Prostate Cancer Antigen 3
PET	Positron Emission Tomography
PIN	Prostatic Intraepithelial Neoplasia
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSADT	PSA <i>doubling time</i>
RM	Ressonância Magnética
RTU	Ressecção Transuretral
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Tumor Node Metastasis
TR	Toque retal
USTR	Ultrassonografia trans-retal

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborada em 2017 por Anderson de Oliveira Galvão.
- Avaliada em 2017 pela Equipe de Urologia do HC-UFMG/Ebserh.
- Aprovada em outubro de 2017 por Andrea Maria Silveira, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.

2ª versão

- Elaborada por Anderson de Oliveira Galvão.
- Avaliada pela Equipe de Urologia do HC-UFMG/Ebserh.
- Aprovada em fevereiro de 2024 por Vandack Alencar Nobre Júnior, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.