

Tabela de tratamento de Câncer de próstata: O que é cada tratamento, potenciais benefícios e riscos.

Pergunta	Observação	Cirurgia: Prostatectomia radical	Radioterapia Externa conformacional	Braquiterapia
O que é	Somente acompanhar com toque retal, PSA e biópsia de próstata. Depende dos sintomas e de outros achados clínicos. Reservado para homens com expectativa de vida de até 10 anos (homens com mais de 74 anos), PSA menor que 10 e Gleason 2 a 4.	Remoção completa da próstata, vesícula seminal e alguns linfonodos. Tenta preservar a potência sexual.	Múltiplas doses de radiação de uma fonte externa. A radioterapia conformacional emprega um planejamento tridimensional e maximiza a dose na próstata e reduz a radiação em tecido normal. IMRT (intensity modulated radiation therapy): é a radiação com menores efeitos colaterais (cinco vezes menos) e maior dose (20% a mais). A dose é calculada para cada parte da próstata. A região média da próstata recebe mais radiação porque é mais larga. A regiões menores recebem menos radiação. IGRT (image guided radiotherapy): Esta técnica permite que se reconheçam os movimentos posturais, intestinais e respiratórios de cada paciente e suas variações durante os dias de tratamento de radioterapia, permitindo, através de sistemas sofisticados de computação, que o mesmo campo de radioterapia seja mantido durante todo o tratamento, evitando oferecer doses de radiação aos tecidos sãos.	Implante de semente sob anestesia e guiado radiologicamente. O implante pode ser permanente ou temporário (HDR). Pode ser associada à radioterapia externa e à deprivação hormonal. Prefere-se em homens mais jovens a braquiterapia que a radioterapia externa (IMRT), porque nesta última a dose é maior no reto e na uretra. HDR: alta taxa de dose, são sementes implantadas temporárias e é possível mudar a dose durante o tratamento. Tradicionalmente é feita com radioterapia externa. Há poucos estudos como monoterapia. É possível controlar o dano sobre a uretra. Na braquiterapia convencional não. Coloca-se tubos plásticos pela pele, do períneo até a próstata e sementes de alta dose de radiação são empurradas no interior dos tubos. As sementes permanecem no local somente por minutos. Repete-se 3 vezes, com intervalo de 24-36h.
Potenciais benefícios	Sem efeitos colaterais. Baixo custo. Indicado em homens de risco baixo a moderado.	Como a próstata é toda removida há melhor informação sobre o grau do tumor que a biópsia e há possibilidade de empregar terapia adicional para o tratamento do câncer (radioterapia ou	Pode eliminar o câncer. Taxa de sobrevivência em 15 anos: 87% Evita a cirurgia. Tratamento ambulatorial.	Pode eliminar o câncer. Evita a cirurgia. Tratamento ambulatorial. Resultados similares à cirurgia quando o câncer é localizado.

		deprivação de hormônio). Pode eliminar o câncer. Reduz a chance de desenvolvimento do tumor e o aparecimento de metástases em relação ao tratamento de observação. Taxa de sobrevida em 15 anos: 92% Sobrevida 45% maior que radioterapia nos casos de câncer de alto grau. Trata simultaneamente a Hiperplasia prostática benigna que causa sintomas obstrutivos.		
Potenciais riscos	O Câncer não é removido, pode se desenvolver, tornar-se incurável e causar morte pelas metástases. A qualidade de vida pode se tornar dolorosa e restrita. Outros tratamentos podem ser necessários, com efeitos colaterais e sem efetividade. O paciente pode ficar ansioso e preocupado pela monitoração do câncer.	Risco de deixar tumor: 6% Risco de incontinência: 50%(em 3 meses); 20% (em 6 meses) e 7% (acima de 12 meses). Risco de impotência: 80% nos primeiros meses. Pode chegar a 30% até 12 meses. Permanência de sonda: 15 dias Risco de sangramento. Hospitalização: 4 a 5 dias. Risco de estenose de uretra: 5% Risco de Lesão do reto. Dor para urinar após 18 meses: 1% Risco de câncer de reto: 0,05% Risco de câncer de bexiga: 0,8% Risco de urgência para evacuar: 7% Risco de orgasmo seco para toda vida. O aumento do PSA significa recidiva do câncer. O tratamento de recidivas locais é mais fácil.	Não elimina a próstata e pode não eliminar o tumor. Tratamento de 5 a 8 semanas. Risco de incontinência: 3 a 10% Risco de impotência: 40 a 50%. 14% Diminui com IMRT. Risco de sangramento. Risco de estenose de uretra. Risco de cistite actínica. Risco de proctite e diarreia: 5% (IMRT) Dor para urinar após 18 meses: 30% Risco de câncer de reto: 0,1% Risco de câncer de bexiga: 1,3% Risco de urgência para evacuar: 35% Risco de morte quando câncer de alto grau: 49% maior que cirurgia. Risco de orgasmo seco para toda vida. Pode ocorrer aumento do PSA, sem significar recidiva do câncer (rebote). O tratamento de recidivas locais é mais difícil que a cirurgia. Pode ser necessário uso de terapia antiandrogênia antes do início da radioterapia.	Não elimina a próstata e pode não eliminar o tumor. Pode não ser efetiva em próstatas grandes ou tumores mais agressivos. Risco de retenção urinária. Risco de incontinência: 0-10% Risco de impotência: 30% Risco de cistite. Risco de uretrite. Risco de proctite. Contra-indicada em pacientes com RTU prévia.

Risco Baixo: câncer diagnosticado pelo PSA(T1c) ou T2, PSA≤10 e Gleason ≤6
Risco Moderado: T2b, PSA>10 ou ≤20, Gleason=7
Risco Alto: T2c, PSA>20 Gleason>7

REFERÊNCIAS NA LITERATURA MUNDIAL

1. Parsons JK, Marschke P, Maples P, Walsh PC. Effect of methylprednisolone on return of sexual function after nerve-sparing radical retropubic prostatectomy. *Urology*. 2004 Nov;64(5):987-90.
2. VR Patel. Urology Centers, Vestavia Hills, USA. Histopathologic Outcomes and Short Term PSA Data after Robotic Radical Prostatectomy. 500 Patients.

Moderated Poster Session MP27, Wednesday, August 24, 2005. 23rd World Congress on Endourology and SWL 21st Basic Research Symposium August 23-26, 2005, Amsterdam, The Netherlands. J Endourol. 2005 Aug.; 19, Supplement 1: A135.

3. Data on blood loss, LOS and catheterization from Menon M. Robotic Radical Retropubic Prostatectomy. BJU Int. 91(3): 175. February 2003.

4. Menon M, Kaul S, Bhandari A, Shrivastava A, Tewari A, Hemal A. Potency following robotic radical prostatectomy: a questionnaire based analysis of outcomes after conventional nerve sparing and prostatic fascia sparing techniques. J Urol. 2005 Dec;174(6):2291-6, discussion 2296. p. 2293 fig. 2.

5. Walsh PC. Patient-reported urinary continence and sexual function after anatomic radical prostatectomy. J Urol. 2000 Jul;164(1):242. p. 59 table 1.

6. Rassweiler J, Sentker L, Seemann O, Hatzinger M, Rumpelt HJ. Laparoscopic radical prostatectomy with the Heilbronn technique: an analysis of the first 180 cases. J Urol. 2001 Dec;166(6):2101-8.

7. Locke, DR, Klimberg IW and Sessions RP. Robotic Radical Prostatectomy With Continence And Potency Sparing Technique: An Analysis Of The First 250 Cases. Submitted To Journal Of Urology, Publication Date TBD. p. 5 table 4.

8. Patel VR, Tully AS, Holmes R, Lindsay J. Robotic radical prostatectomy in the community setting--the learning curve and beyond: initial 200 cases. J Urol. 2005 Jul;174(1):269-72. p. 270 table 3.

9. [Health-Related Quality-of-Life Effects of Radical Prostatectomy and Primary Radiotherapy for Screen-Detected or Clinically Diagnosed Localized Prostate Cancer](#) By Joanna B. Madalinska, et al. From the Departments of Public Health, Erasmus University, and Department of Urology, Erasmus University Rotterdam and Academic Hospital Rotterdam, the Netherlands. Journal of Clinical Oncology, Vol 19, Issue 6 (March), 2001: 1619-1628