

MAC

Manual de Atualização e Conduta

Câncer de próstata

MAC

Manual de Atualização e Conduta

Câncer de próstata

Prof. Dr. Wagner Eduardo Matheus

CRM-SP 63.344.

Assistente da Disciplina de Urologia da UNICAMP.

Dr. Wilmar Azal Neto

CRM-SP 135.243.

Residente de Urologia da UNICAMP.

 Editora
PLANMARK

São Paulo
2015

© 2015 Planmark Editora Ltda.
Manual de Atualização e Conduta
Prof. Dr. Wagner Eduardo Matheus
Dr. Wilmar Azal Neto

Diretora executiva: Marielza Ribeiro
Diretor de produção: Carlos Alberto Martins
Gerente administrativa: Lilian Romão
Gerente editorial: Karina Ribeiro
Gerente de novos negócios: Fábio Leal
Gerente de produção: Luana Franco
Diagramação: Ezio Tristão

Material destinado exclusivamente à classe médica
O conteúdo desta publicação reflete exclusivamente a opinião dos autores e não necessariamente a opinião da AstraZeneca.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Matheus, Wagner Eduardo MAC: Manual de Atualização e Conduta: câncer de próstata/Wagner Eduardo Matheus, Wilmar Azal Neto. -- São Paulo: PlanMark, 2015. Bibliografia. ISBN: 978-85-60566-67-9 1. Próstata - Câncer 2. Próstata - Câncer - Manuais, guias etc 3. Próstata - Doenças I. Azal Neto, Wilmar. II. Título. 15-02301	CDD-616.65 NLM-WJ 750
---	--------------------------

Índices para catálogo sistemático:

1. Câncer de próstata : Doenças : Medicina 616.65
2. Próstata : Doenças : Medicina WJ-750

■ ■ Editora
■ PLANMARK



© 2015 Planmark Editora Ltda. - Todos os direitos reservados. www.editoraplanmark.com.br
O conteúdo desta publicação é de responsabilidade exclusiva de seu(s) autor(es)
e não reflete necessariamente a posição da Planmark Editora Ltda. OS 4692

Sumário

Introdução	7
TNM – Classificação dos Tumores Malignos	8
Suspeita clínica:	9
Algoritmo I - Diagnóstico	9
Algoritmo II - Estadiamento e classificação de risco para doença extraprostática	10
Algoritmo III - Tratamento do Ca de próstata de muito baixo risco	11
Algoritmo IV - Tratamento do Ca de próstata de baixo risco.....	12
Algoritmo V - Tratamento do Ca de próstata de risco intermediário.....	13
Algoritmo VI - Tratamento do Ca de próstata de alto risco.....	14
Algoritmo VII - Tratamento do Ca de próstata localmente avançado	15
Algoritmo VIII - Tratamento do Ca de próstata metastático	16
Algoritmo IX - Seguimento	17
Algoritmo X - Recidiva bioquímica pós-RX.....	18
Algoritmo XI - Recidiva bioquímica pós-RX.....	19
Algoritmo XII - Doença avançada: Terapia sistêmica	20

Algoritmo XIII - Doença avançada: Terapia sistêmica de primeira linha para CPRC	21
Algoritmo XIV - Terapia sistêmica de primeira linha para CPRC	22
Vigilância ativa e observação	23
Prostatectomia radical e Linfadenectomia.....	27
Radioterapia e Braquiterapia	30
Radioterapia externa.....	30
Braquiterapia.....	32
Desvantagens.....	33
Terapia hormonal	37
Orquiectomia.....	40
Bloqueio central (Análogos e antagonistas LHRH).....	41
Manipulações hormonais de segunda linha.....	42
Câncer de Próstata Resistente à Castração (CPRC).....	43
Abreviações.....	45
Referências.....	47

Introdução

O câncer de próstata, além de ser o tumor mais frequente no homem, é uma doença bastante interessante. Apresenta aspectos genéticos desafiadores, características peculiares com relação ao diagnóstico e estadiamento, e diversas possibilidades de tratamento.

Após vários estudos e grandes descobertas, sabemos que ainda temos muito para aprender sobre essa intrigante e, por vezes, controversa doença!

Cada vez mais tentamos padronizar critérios que nos auxiliem na decisão da clínica terapêutica, como o estadiamento TNM e classificação de risco de D'Amico. Esses dados combinados criam subgrupos que podem nos ajudar na decisão do tratamento mais adequado a esse grupo de pacientes.

Para facilitar a compreensão do leitor e guiá-lo no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, desenvolvemos este guia de consulta rápida com algoritmos.

Algoritmos são fluxogramas práticos e objetivos que podem ser consultados a qualquer hora e lugar, e que auxiliam na prática clínica diária. Essa é a principal finalidade deste trabalho: agrupar informações conhecidas e facilitar o trabalho dos profissionais de saúde que trabalham com uro-oncologia, e mais especificamente, com o câncer de próstata.

Para isso, utilizamos como modelo de trabalho dados e algoritmos do NCCN, informações dos *guidelines* da AUA e EAU, condutas do manual de Diretrizes Baseadas em Evidências sobre Tumores Urológicos da UNICAMP e artigos relevantes de tratamento hormonal do câncer de próstata.

TNM – Classificação dos Tumores Malignos¹

Próstata	
T1	Não palpável ou visível
T1a	< 5% fragmentos RTU
T1b	> 5% fragmentos RTU
T1c	PSA aumentado e diagnóstico por biópsia
T2	Tumor confinado à próstata
T2a	≤ metade de um lobo
T2b	> metade de um lobo
T2c	Ambos os lobos
T3	Através da cápsula prostática
T3a	Extracapsular
T3b	Vesícula(s) seminal(ais)
T4	Fixo ou invade estruturas adjacentes: colo vesical, esfíncter externo, músculos elevadores do ânus, parede pélvica
N1	Linfonodo(s) regional(ais)
M1a	Linfonodo(s) não regional(ais)
M1b	Osso(s)
M1c	Outra(s) localização(ões)

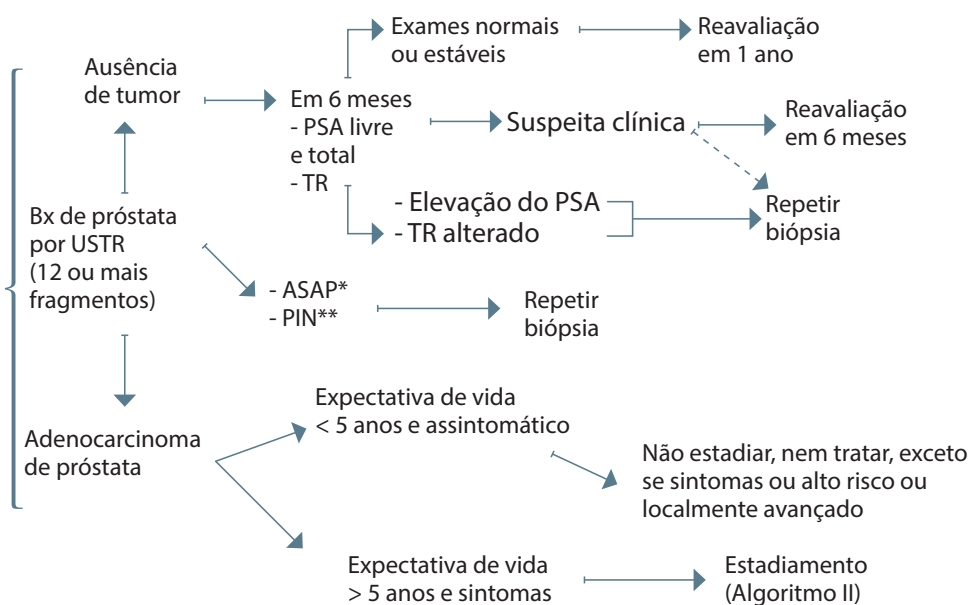
Algoritmo I - Diagnóstico

Suspeita clínica:

- TR suspeito
- PSA $\geq 2,5$ ng/ml paciente < 55 anos
- PSA 4,0-10,0 ng/ml > 55 anos:

Velocidade PSA > 0,75 ng/ml/ano
relação livre/total < 18%
densidade do PSA > 0,15 ng/gr

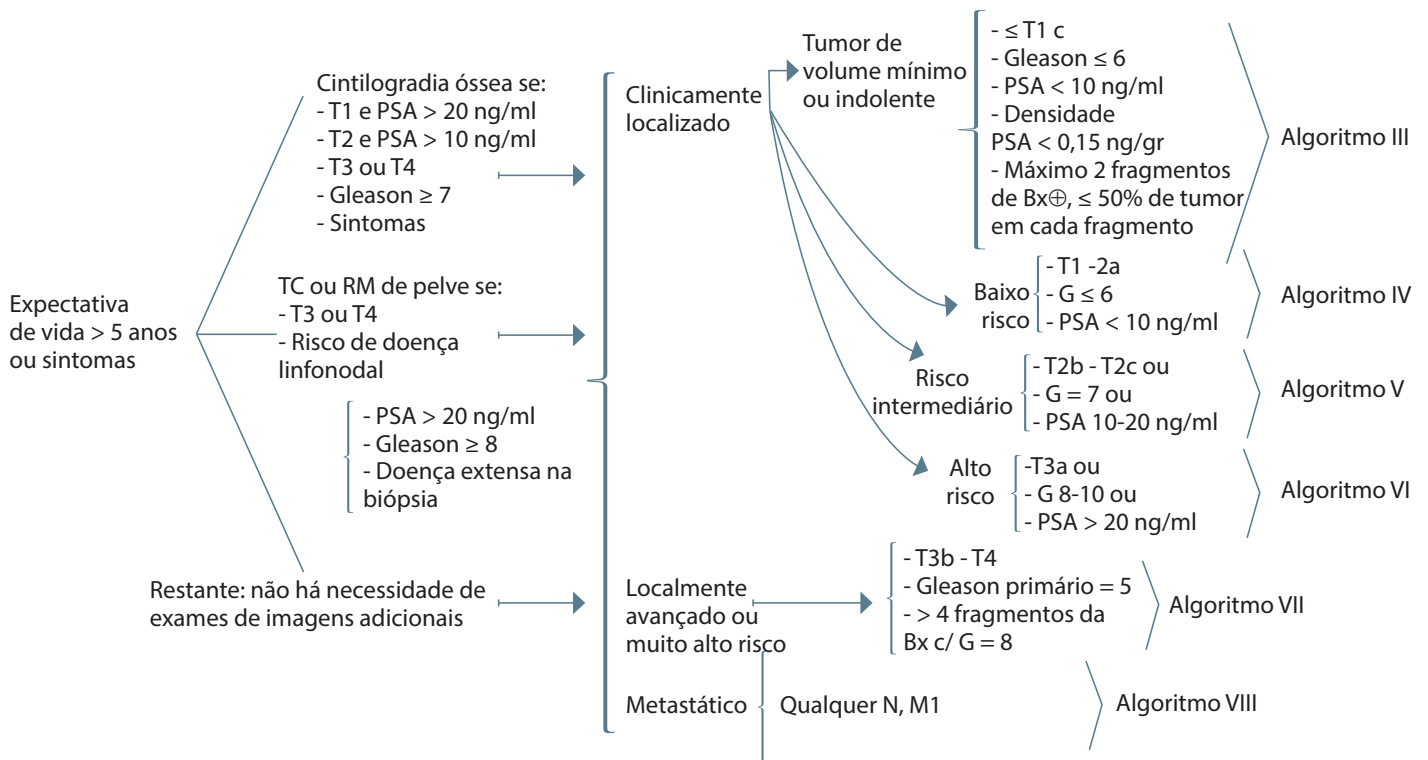
- PSA > 10 ng/ml



*ASAP: proliferação atípica de pequenos ácinos.

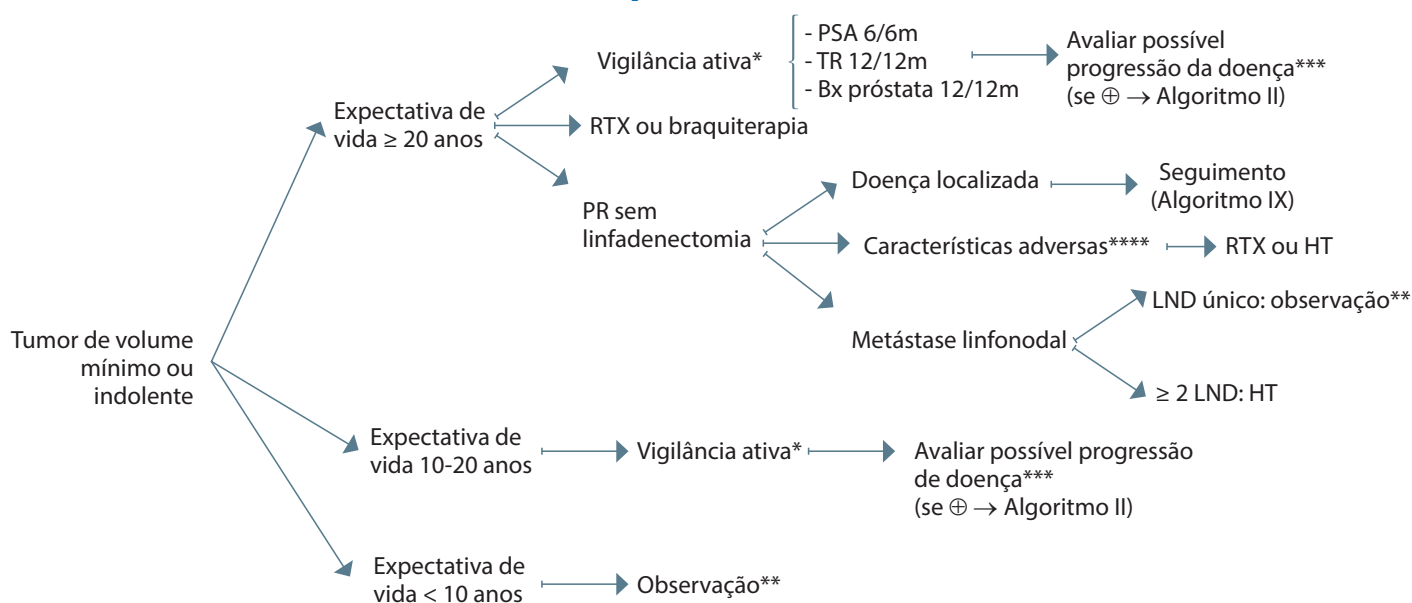
**PIN: neoplasia intra epitelial da próstata.

Algoritmo II - Estadiamento e classificação de risco para doença extraprostática



Algoritmo III

Tratamento do Ca de próstata de muito baixo risco



*Vigilância ativa: monitoramento ativo do curso de doença e intervenção adequada com terapia potencialmente curativa em caso de se optar pelo tratamento. Critérios: $G \geq 6$, densidade do PSA $< 0,15$ ng/gr, máximo de 2 fragmentos com 50% de tumor na lâmina.

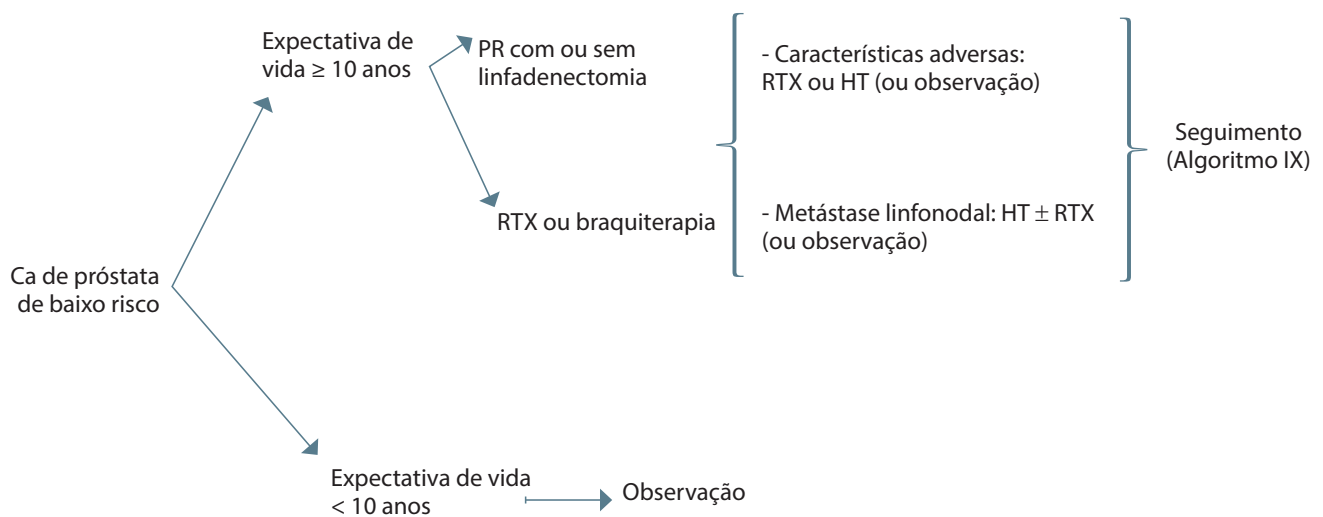
**Observação: monitoramento do curso da doença com intenção de tratamento paliativo se surgimento de sintomas, ou se alteração do PSA sugerir que sintomas estão iminentes.

***Progressão da doença: sem critérios bem definidos, requerem julgamento clínico. Ausência de todos os critérios por vigilância ativa.

****Características adversas: margens \oplus em dois ou mais pontos, extensão extracapsular, VVSS +, PSA detectável.

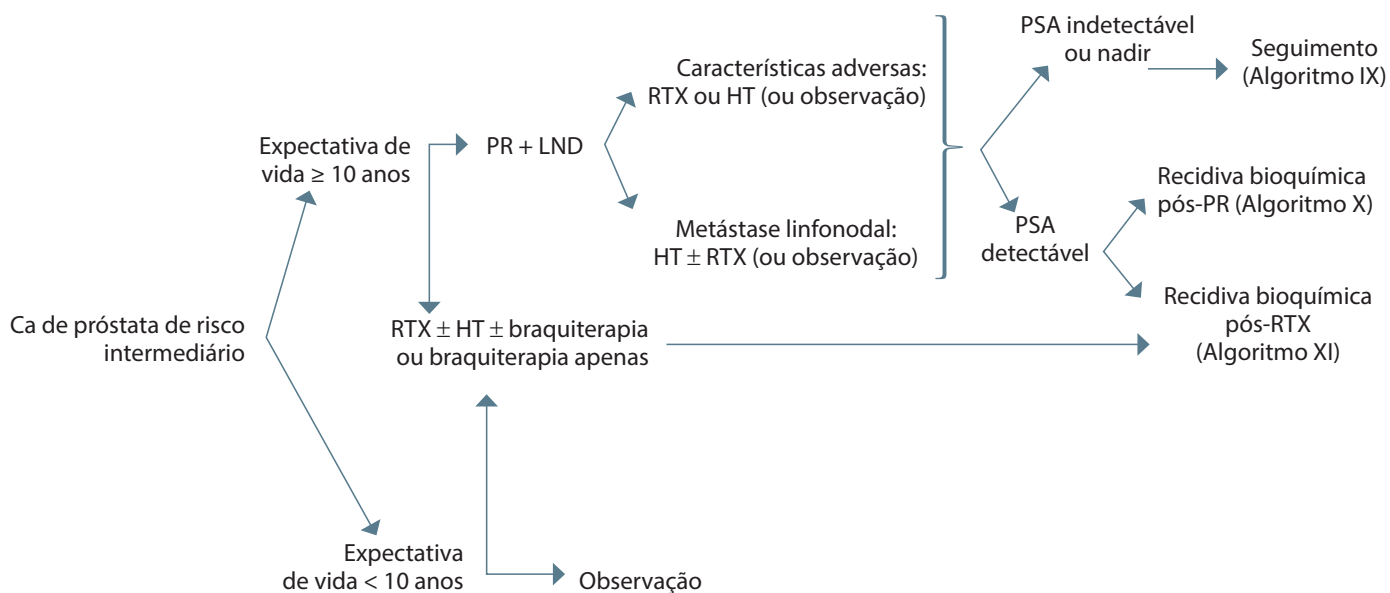
Algoritmo IV

Tratamento do Ca de próstata de baixo risco



Algoritmo V

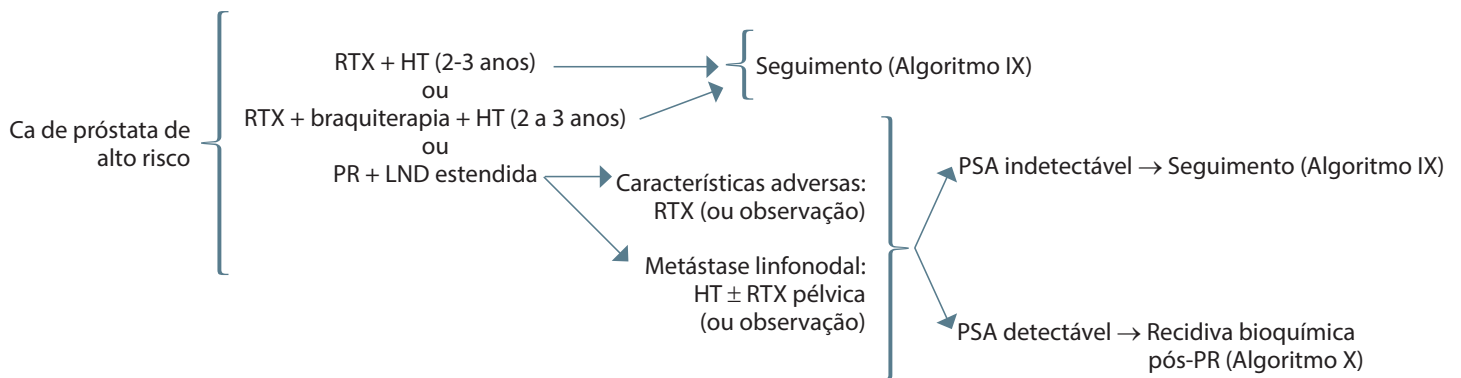
Tratamento do Ca de próstata de risco intermediário



Somente goserrelina tem estudos que comprovem seu uso adjuvante à radioterapia.

Algoritmo VI

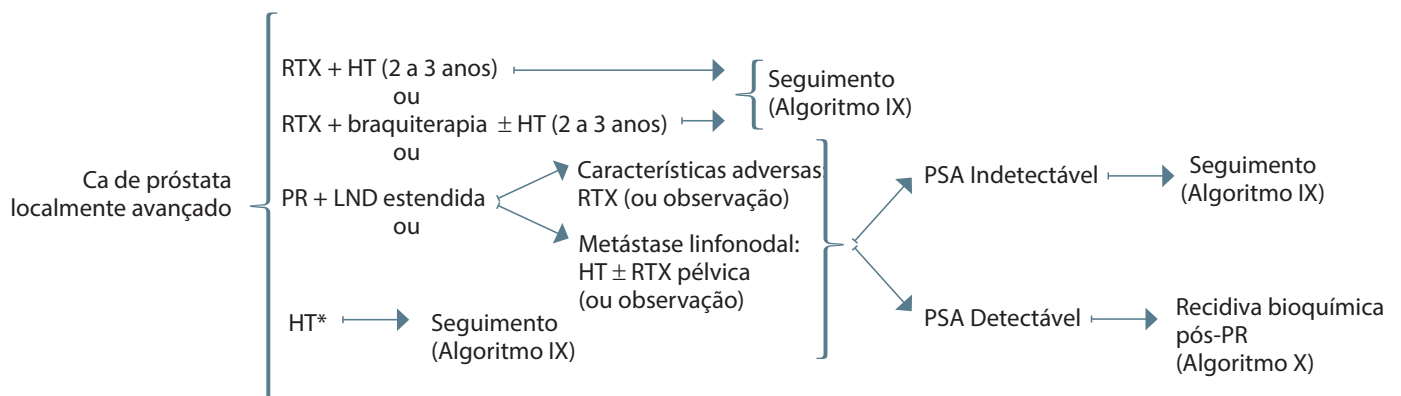
Tratamento do Ca de próstata de alto risco



Somente goserrelina tem estudos que comprovem seu uso adjuvante à radioterapia.

Algoritmo VII

Tratamento do Ca de próstata localmente avançado

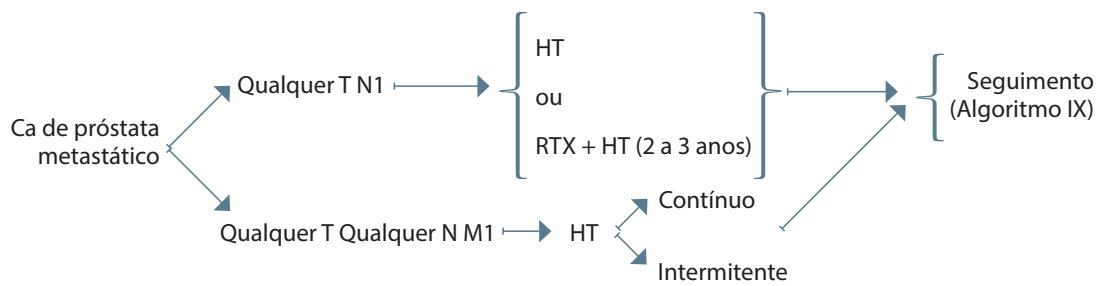


Somente goserrelina tem estudos que comprovem seu uso adjuvante à radioterapia.

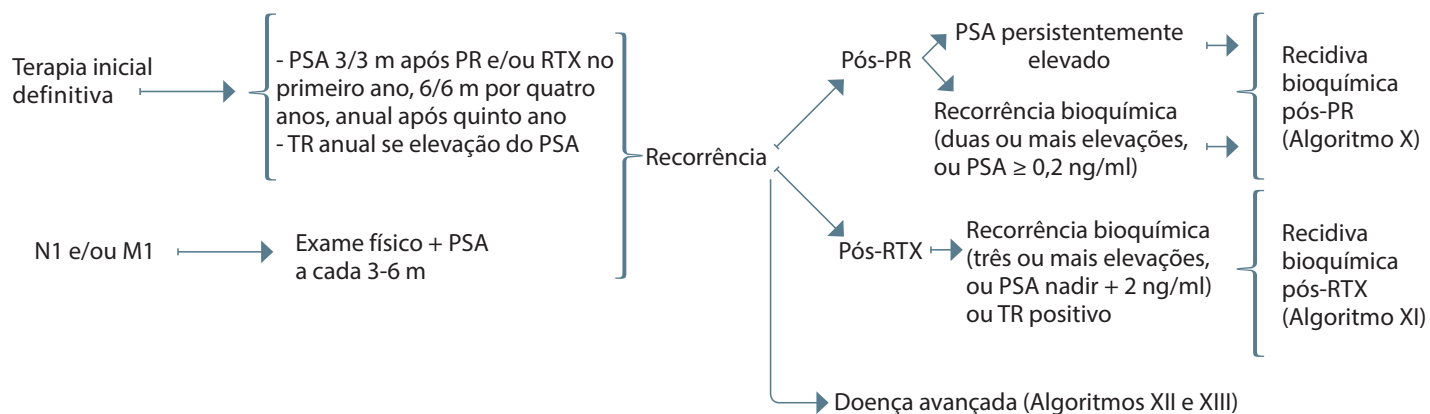
*Considerar HT como terapia primária apenas em pacientes não candidatos a terapia definitiva.

Algoritmo VIII

Tratamento do Ca de próstata metastático

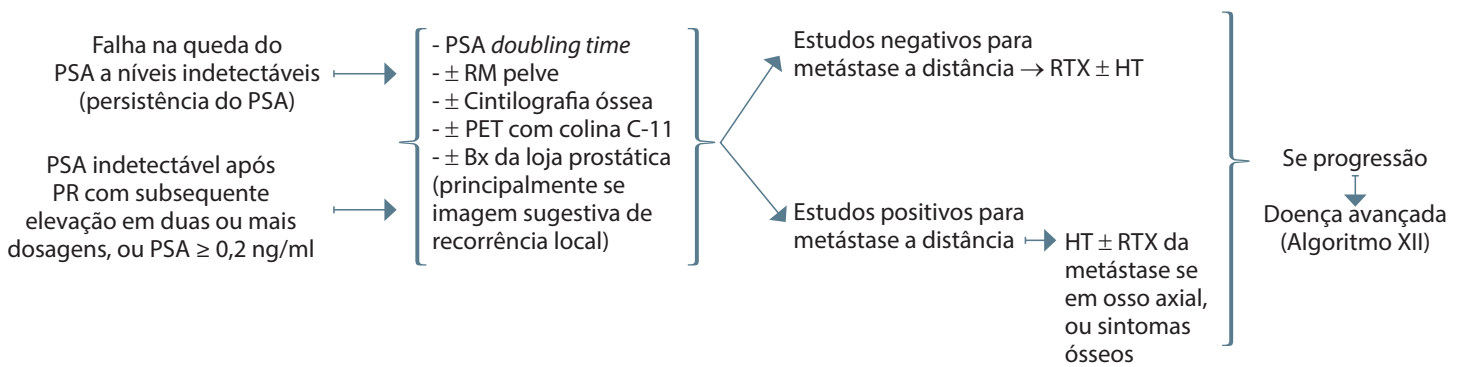


Algoritmo IX - Seguimento

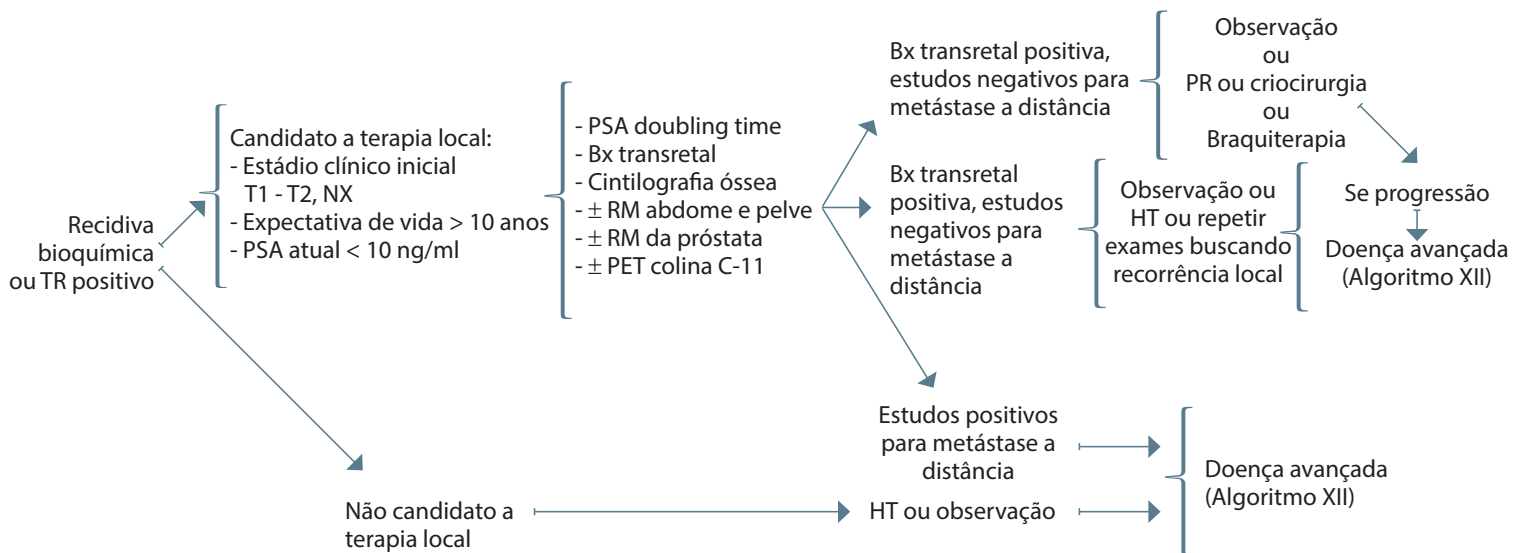


Algoritmo X

Recidiva bioquímica pós-RX

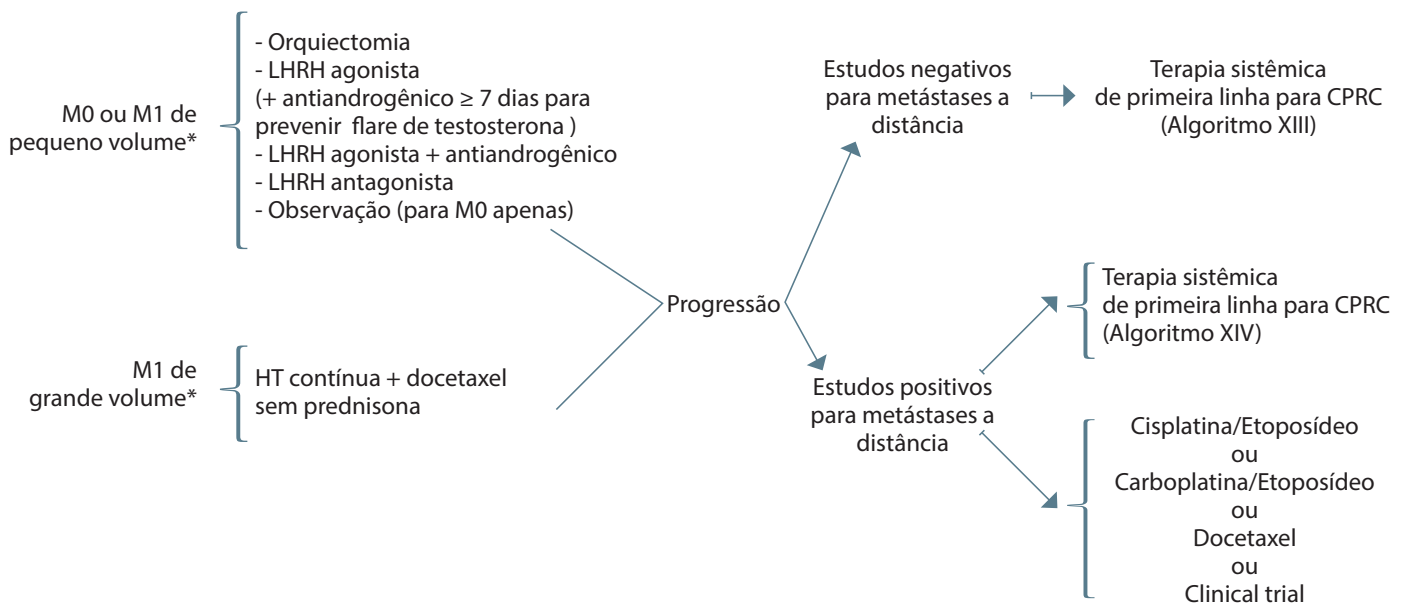


Algoritmo XI Recorrência pós-RX



Algoritmo XII

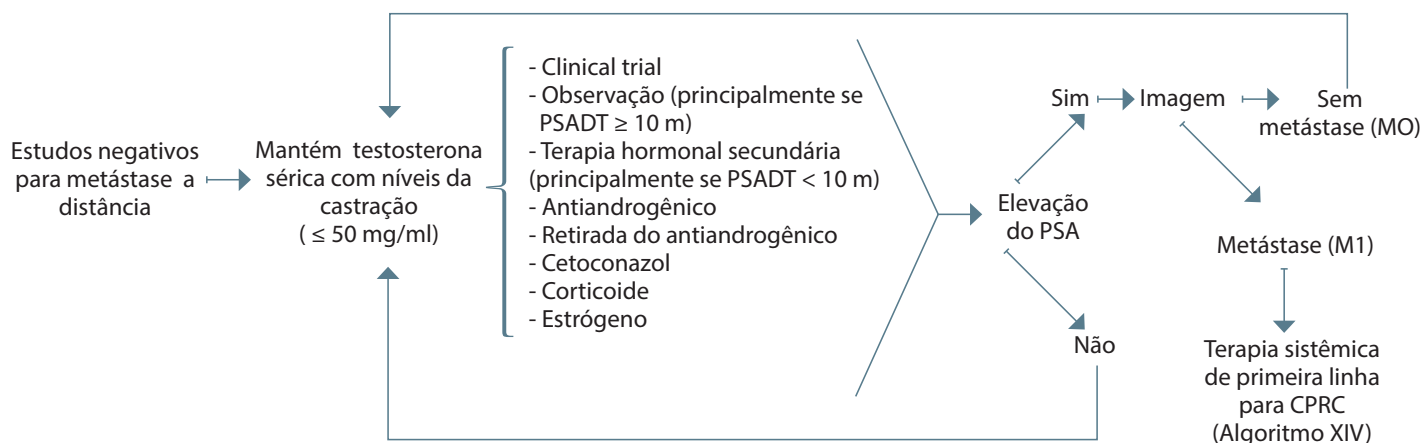
Doença avançada: Terapia sistêmica



*Doença de grande volume é diferenciada de baixo volume por metástases viscerais e/ou 4 ou mais metástases ósseas com pelo menos uma acima da coluna vertebral lombossacra.

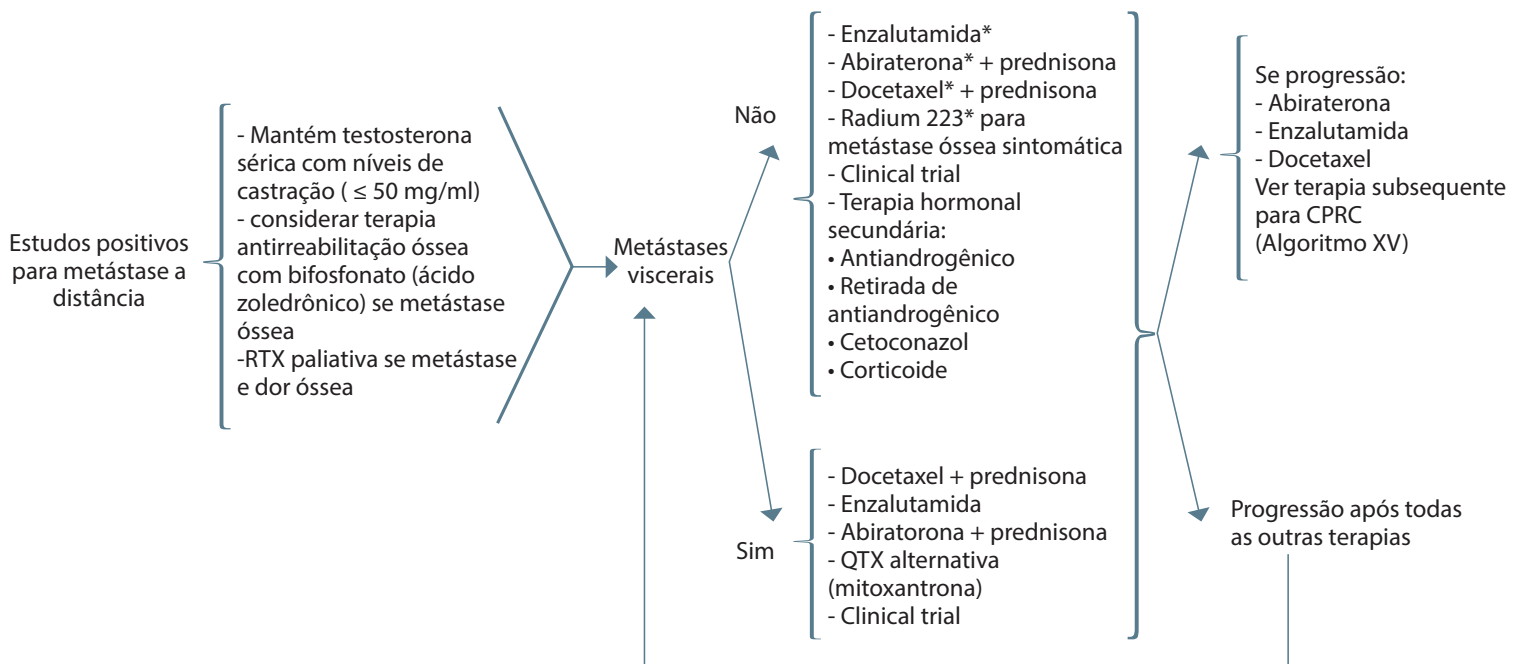
Algoritmo XIII

Doença avançada: Terapia sistêmica de primeira linha para CPRC



Algoritmo XIV

Terapia sistêmica de primeira linha para CPRC



* Nesse tratamento deverá ser mantido bloqueio hormonal (orquiectomia ou análogos LHRH).

Vigilância ativa e Observação²⁻⁵

Atualmente existem muitas críticas relacionadas ao excesso de diagnóstico e tratamento do tumor de próstata. Principalmente em homens com tumores clinicamente insignificantes e com baixa expectativa de vida.

Nesse cenário, a vigilância ativa e a observação são métodos de acompanhamento interessantes. Ambos são realizados periodicamente, a cada 3-6 meses ou mais.

A grande diferença é que na vigilância ativa, se ocorrer progressão, esse grupo será submetido a tratamento com cirurgia e radioterapia (métodos curativos).

Na observação, se houver progressão significativa ou sintomática, os pacientes serão submetidos a hormonioterapia paliativa.

Vigilância ativa (VA) é preferida para homens com tumores de volume mínimo (ou indolentes) e baixo risco, com expectativa de vida ≥ 20 anos.

Progressão detectada nas rebiópsias:

- Presença de Gleason 4 ou 5

- Número maior de fragmentos positivos
- Extensão maior de tumor nos fragmentos analisados

Pacientes mais jovens deverão ser acompanhados com maior rigor do que os mais idosos.

Seguimento (VA):

- PSA a cada 3-6 meses
- Toque retal anual
- Biópsias após 6-12 meses do diagnóstico, e depois: anual ou conforme elevação do PSA (PSADT) ou alteração do toque retal
- RM não é utilizada de rotina, mas pode ajudar na avaliação prostática e direcionamento do local para biópsia

Vantagens (VA):

- Evita efeitos colaterais das modalidades terapêuticas disponíveis
- Qualidade de vida e atividades diárias normais
- Diminui risco de tratamentos desnecessários dos tumores de volume mínimo ou indolentes

Desvantagens (VA):

- Pode perder oportunidade de tratamento precoce e cura
- Risco de progressão e metástases
- Os tratamentos subsequentes são mais complexos e com maior chance de efeitos colaterais
- Dificulta preservação do feixe neurovascular na cirurgia de PR, pós-VA
- Aumenta ansiedade do paciente
- Requer exames frequentes (toque, PSA e biópsias)
- Riscos das biópsias
- História natural da doença incerta, em longo prazo

Observação é preferível para homens com muito baixo risco e expectativa de vida ≤ 10 anos. Nessa modalidade não é realizada biópsia de rotina e a progressão é detectada através da elevação significativa do PSA, aparecimento de sintomas ósseos ou urinários.

Seguimento:

- PSA a cada 6 meses ou mais
- Toque retal anual ou mais
- Avaliação clínica de sintomas ósseos e urinários
- Vantagens (Observação):
- Evita efeitos colaterais de modalidades terapêuticas
- Evita início precoce da hormonioterapia
- Desvantagens (Observação):
- Risco de retenção urinária
- Risco de fraturas

Prostatectomia radical e Linfadenectomia³

Prostatectomia Radical (PR) é o tratamento cirúrgico do câncer da próstata com intenção curativa, principalmente quando realizada em pacientes com tumores localizados. Também utilizada para pacientes com tumores localmente avançados, no entanto com taxas menores de cura e frequentemente com necessidade de tratamento multimodal (RT e HT).

O tratamento cirúrgico deverá ser considerado principalmente para pacientes com doença localizada, expectativa de vida ≥ 10 anos e sem comorbidades severas que contraindiquem a cirurgia eletiva.

Atualmente, pode ser realizada por via aberta (clássica/convencional), laparoscópica ou robô-assistida. Em mãos experientes, os resultados oncológicos e complicações são semelhantes nas diferentes vias de acesso.

Principais complicações:

- Sangramento, que pode ser evitado com dissecação cuidadosa e controle rigoroso da veia dorsal e vasos periprostáticos

- Incontinência urinária, que pode ser minimizada com preservação da uretra e cuidado na dissecação do esfíncter distal
- Disfunção erétil, com taxas menores em pacientes jovens, sem história pregressa de DE e com preservação de feixes neurovasculares
- Estenose de uretra
- Lesão de reto intraoperatório

Prostatectomia de resgate é uma possibilidade de tratamento cirúrgico, após radioterapia, braquiterapia ou crioterapia. No entanto, as taxas de complicações são maiores e deverão ser realizadas por cirurgiões experientes.

Linfadenectomia pélvica faz parte do tratamento cirúrgico e deverá ser realizada preferencialmente para pacientes de risco médio ou alto. Pacientes com tumores localizados de baixo risco ou tumores de volume mínimo (indolentes) não necessitarão obrigatoriamente de linfadenectomia, quando submetidos a tratamento cirúrgico.

A linfadenectomia estendida fornece maior precisão de estadiamento e pode curar pacientes com tumores metastáticos microscópicos. Limites de ressecção:

Anterior – veia ilíaca externa; Lateral – parede pélvica lateral; Medial – bexiga; Distal – ligamento de Cooper; e Proximal – artéria ilíaca interna.

A terapia hormonal neoadjuvante à prostatectomia radical pode reduzir o risco de comprometimento das margens cirúrgicas. No entanto, não reduz o risco de recorrência tumoral ou taxas de mortalidade. Portanto, não é recomendada sua utilização de rotina.

Em pacientes submetidos a prostatectomia e com anatomopatológico demonstrando haver comprometimento linfonodal, está recomendada a terapia hormonal com goserrelina precocemente.²

Radioterapia e Braquiterapia

O tratamento de radioterapia utiliza radiações ionizantes para destruir ou inibir o crescimento das células cancerosas. Pode ser realizada com radiação externa ou interna, também denominada braquiterapia.

Radioterapia externa

A radioterapia é focada sobre a glândula da próstata a partir de uma fonte de radiação externa. As diferentes técnicas de radioterapia são:

- **Radioterapia Conformacional 3D** – A radioterapia conformacional tridimensional utiliza imagens adquiridas por tomografia computadorizada ou ressonância magnética e as transfere ao computador de planejamento, para criar imagem tridimensional da próstata. Essa tecnologia proporciona aos pacientes doses adequadas e uniformes de radiação na próstata e tumor, com menos exposição à radiação dos tecidos saudáveis.

- **Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT)** – A IMRT é um tipo de radioterapia externa conformacional, mais direcionada e precisa, que permite a administração de altas doses de radiação no volume-alvo e minimizando a radiação dos tecidos normais adjacentes.
- **Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT)** – Consiste de método de RT com realização de imagens da próstata antes de cada aplicação, garantindo maior precisão do campo de irradiação. Essa correção de posicionamento pode ser importante, uma vez que a próstata pode estar alterada devido aos movimentos respiratórios, preenchimento ou esvaziamento de alguns órgãos adjacentes e a pequenas alterações de posicionamento.

Os possíveis efeitos colaterais da radioterapia são:

- Sintomas intestinais: principalmente sangramento e diarreia
- Sintomas urinários e de cistite actínica: disúria, polaciúria, urge-incontinência.
- Incontinência urinária
- Disfunção sexual

- Sensação de cansaço
- Linfedemas
- Estenose de uretra

Braquiterapia

Existem dois tipos de braquiterapia da próstata:

- **Braquiterapia Permanente (Baixa taxa de dose)** – Nesta modalidade de tratamento são aplicadas sementes de Iodo-125, através de agulhas inseridas por via perineal, e controladas por ultrassom transretal. São utilizadas de 70-120 sementes de I-125 dependendo do tamanho prostático, numa só sessão de 2-3 horas. As sementes liberarão baixas doses de radiação durante semanas ou meses.
- **Braquiterapia Temporária (Alta taxa de dose)** – Esta modalidade utiliza fontes radioativas de Iridio-192 de alta atividade e permite que altas doses de radiação sejam administradas

em curto intervalo de tempo, num processo em que a fonte de radiação percorre aplicadores metálicos ou plásticos. A forma da radiação é calculada utilizando sistemas 2D ou 3D e ao término do tratamento os cateteres são removidos.

Os possíveis efeitos colaterais da braquiterapia são:

- Sintomas intestinais, menos intensos que a RTX externa
- Sintomas urinários, menos intensos que a RTX externa
- Disfunção erétil

Desvantagens

- Taxa de radiação menor do que na radioterapia externa
- Indicação principalmente para tumores localizados ou de baixo risco
- Dificil aplicação em próstatas grandes

- Maior chance de incontinência urinária, quando realizada ressecção endoscópica da próstata previamente

Para pacientes com doença de risco baixo são opções (Protocolo UNICAMP):³

- Radioterapia externa IMRT (intensidade modulada) localizada em próstata, fase única, com dose final de 78 Gy (2 Gy/dia) que proporciona melhor controle da doença, com menor toxicidade do que a radioterapia conformacional.
- Radioterapia externa conformacional localizada em próstata, fase única, com dose final de 74 a 78 Gy (2 Gy/dia).
- Braquiterapia com alta taxa de dose (monoterapia) – fonte de Irídio-192 com dose de 38 Gy (4 frações de 9,5 Gy, em 2 dias), ou implante permanente, dose de 14,5 Gy.

Para pacientes com doença de riscos intermediário e alto são opções (Protocolo UNICAMP):³

- Radioterapia externa IMRT (Intensidade modulada) localizada em próstata e vesículas seminais, em duas fases, com a primeira até 50/54 Gy, seguida de *boost* somente em próstata, com dose final de 74 a 80 Gy (2 Gy/dia).

- Radioterapia externa conformacional em próstata e vesículas seminais, em duas fases, com a primeira até 50/54 Gy, seguida de *boost* somente em próstata, com dose final de 74 a 78 Gy (2 Gy/dia).
- Braquiterapia com alta taxa de dose, com *boost* da RT externa, após 50 Gy – fonte de Irídio-192, com dose de 19 Gy (2 frações de 9,5 Gy em 1 dia).

Radioterapia de linfonodos pélvicos e hormonioterapia adjuvante. Pacientes com:

- Doença de baixo risco não são candidatos para RTX de linfonodos e HT
- Doença de risco intermediário são candidatos para radioterapia de linfonodos pélvicos e adição de hormonioterapia neoadjuvante, concomitante e adjuvante (4-6 meses).
- Doença de alto risco são candidatos para radioterapia de linfonodos pélvicos e adição de hormonioterapia neoadjuvante, concomitante e adjuvante (2-3 anos).

O tratamento hormonal adjuvante à radioterapia recomendado, nos pacientes com risco moderado a alto, com início três meses antes do início da radioterapia, pode ser utilizado conforme o esquema abaixo:⁶⁻⁸

- Goserrelina 3,6 mg, a cada 28 dias
- Goserrelina 10,8 mg, a cada 90 dias.

Observação: não existem evidências de qualidade a respeito do uso de outros análogos LHRH em monoterapia no tratamento adjuvante à radioterapia.⁹

Terapia hormonal³

A Hormonioterapia ou Terapia de Deprivação Androgênica é o melhor tratamento para pacientes com câncer de próstata metastático. Recomenda-se como manobra inicial de tratamento a hormonioterapia central com orquiectomia, uso de análogos LHRH ou antagonista LHRH, conforme descrito a seguir:

- Orquiectomia – castração cirúrgica
- Goserrelina 3,6 mg mensal, ou 10,8 mg trimestral
- Leuprolida 7,5 mg mensal, ou 22,5 mg trimestral
- Degarelix 240 mg (dose de ataque – primeira aplicação), seguida de 80 mg mensal

Bloqueio Hormonal Intermitente (BHI) - Em pacientes assintomáticos, se após 6 meses de deprivação androgênica houver queda do PSA ≤ 4 ng/mL, ou 20% do valor inicial, o uso do análogo LHRH poderá ser suspenso até nova elevação do PSA (> 10 ng/mL), quando o análogo deverá ser reintroduzido. Os resultados comparativos do BHI e contínuo não demonstraram inferioridade da intermitência e demonstraram melhora dos efeitos colaterais, quando comparados ao BH contínuo.

Bloqueio hormonal precoce parece ser melhor que o tardio, embora ainda existam muitas controvérsias sobre o tópico. Como esse benefício ainda não está claro, o tratamento individualizado ainda é a melhor forma de atuar.

O bloqueio hormonal completo (bloqueio central associado a antiandrogênicos) apresenta poucas vantagens com relação ao bloqueio hormonal simples (orquiectomia ou análogos LHRH ou antagonistas). Podendo o bloqueio completo ser utilizado como segunda linha de manipulação hormonal.

Pacientes com risco de obstrução urinária ou doença óssea extensa (risco de fratura patológica) podem apresentar *flare* com o uso de análogos LHRH. Nessa situação tem-se indicado o uso associado de antiandrogênico periférico, durante o primeiro mês de tratamento. Pacientes tratados com orquiectomia ou antagonista LHRH não necessitam de prevenção de *flare*.

Antiandrogênicos como monoterapia de primeira linha são menos efetivos que castração química ou cirúrgica. Portanto, seu uso isolado está contraindicado como hormonioterapia de 1ª linha.

Pacientes que não atingiram supressão adequada dos níveis séricos de testosterona (< 50 ng/dl), com castração química ou cirúrgica, deverão ser submetidos a manipulação hormonal de segunda linha.

Orquiectomia

Vantagens:

- Tratamento definitivo
- Barato
- Não necessita de aplicações periódicas
- Não necessita de adesão do paciente

Desvantagens:

- Efeito psicológico negativo
- Irreversível
- Efeitos colaterais: Disfunção erétil, diminuição de libido, fogachos e osteoporose

Bloqueio central (Análogos e antagonistas LHRH)

Vantagens:

- Tratamento reversível e adjuvante à RT
- Possibilidade de intermitência
- Melhor efeito psicológico

Desvantagens:

- Necessita de aplicações periódicas
- Necessita de adesão do paciente
- Mais caro que orquiectomia
- Efeitos colaterais semelhantes à orquiectomia: Disfunção erétil, diminuição de libido, fogachos e osteoporose

Manipulações hormonais de segunda linha

Associação bloqueio periférico ao bloqueio central:

- Antiandrogênicos: Bicalutamida e Flutamida
- Suspensão dos antiandrogênicos
- Estrógeno
- Cetoconazol
- Glicocorticoides

Câncer de Próstata Resistente à Castração (CPRC)

O CPRC pode ser constatado na ocorrência de: 1) níveis de testosterona sérica menores de 50 ng/dl; 2) três elevações consecutivas do PSA, com intervalo de 1 semana e aumento maior de 50% do PSA nadir; 3) progressão das lesões ósseas ou aparecimento de duas ou mais lesões ósseas, ou de partes moles e/ou linfonodomegalias maiores de 2 cm.

Com o aparecimento das novas terapias do câncer de próstata resistente à castração (CPRC), torna-se cada vez mais controversa a melhor sequência de tratamento do tumor de próstata avançado. Esses tratamentos disponíveis na última década têm apresentado melhora nas taxas de sobrevida e qualidade de vida. Todos os tratamentos subsequentes ao bloqueio hormonal deverão ser realizados em associação com hormonioterapia quer seja a orquiectomia ou análogos LHRH.

Novas drogas:

- Inibidores da síntese de andrógenos - Abiraterona
- Inibidores de 2ª geração dos receptores de andrógenos - Enzalutamida

- Bisfosfonatos:
 - Ácido zoledrônico
 - Denosumabe
- Quimioterapias:
 - 1ª linha - Docetaxel
 - 2ª linha - Cabazitaxel
- Imunoterapia - Sipuleucel-T
- Radiofármacos - Radium 223

Abreviações

Ca de próstata: câncer de próstata

TR: toque retal

ASAP: proliferação atípica de pequenos ácinos

NIP: neoplasia intraepitelial da próstata

PSA: antígeno prostático específico

Bx: biópsia

G: escore de Gleason

PR: prostatectomia radical

RTX: radioterapia externa

HT: hormonioterapia

LND: linfonodo; linfadenectomia ilíaco-obturatória

TC: tomografia computadorizada

RM: ressonância magnética

TNM: classificação de tumores malignos

CPRC: câncer de próstata resistente à castração

PSADT: PSA *doubling time*

QTX: quimioterapia

LHRH: hormônio liberador de hormônio luteinizante

PET: tomografia por emissão de pósitrons

Referências

1. Portal INCA – Instituto nacional do Câncer. www.inca.gov.br - Acessado em 20/02/2015.
2. National Comprehensive Cancer Network – NCCN Guidelines -2015. www.nccn.org - Acessado em 20/02/2015.
3. Ferreira U, Sasse AD. Diretrizes baseadas em evidências – Tumores Urológicos – UNICAMP, 2013.
4. European Association of Urology – www.uroweb.org/guidelines - Acessado em 20/02/2015.
5. American Urological Association – www.auanet.org/education/aua-guidelines - Acessado em 20/02/2015.
6. Messing EM, Manola J, Yao J et al. Immediate versus deferred androgen deprivation treatment in patients with node-positive prostate cancer after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy. *Lancet Oncol* 2006;7:472-9.
7. Kumar S, Shelley M, Harrison C, Coles B, Wilt TJ, Mason MD. Neo-adjuvant and adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2006.
8. Shelley MD, Kumar S, Coles B, Wilt T, Staffurth J, Mason MD. Adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate carcinoma: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Cancer Treat Rev* 2009;35:540-6.
9. Sasse AD, Sasse E, Carvalho AM, Macedo LT. Androgenic suppression combined with radiotherapy for the treatment of prostate adenocarcinoma: a systematic review. *BMC Cancer* 2012;12:54.

SAC
Serviço de
Atendimento
ao Cliente
0800 014 5578

Informações
Médicas 
0800 014 55 77
info.med@astrazeneca.com
Informação baseada em evidência

AstraZeneca 
ONCOLOGIA