

ARISTIDES DOS SANTOS SOBRINHO

**AVALIAÇÃO DO ESTADIAMENTO CLÍNICO PRÉ-
OPERATÓRIO DO CÂNCER DA PRÓSTATA COM
RELAÇÃO AO ESTADIAMENTO ANATOMO-
PATOLÓGICO**

**FLORIANÓPOLIS
1997**

ARISTIDES DOS SANTOS SOBRINHO

**AVALIAÇÃO DO ESTADIAMENTO CLÍNICO PRÉ-
OPERATÓRIO DO CÂNCER DA PRÓSTATA COM
RELAÇÃO AO ESTADIAMENTO ANATOMO-
PATOLÓGICO**

**Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, para a conclusão de
graduação em medicina no
semestres 97.2**

**Coordenador do Curso: Dr. Edson José Cardoso
Orientador: Rogério Paulo Moritz**

**FLORIANÓPOLIS
1997**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Rogério Paulo Moritz, pela disposição e atenção empregada durante toda a execução deste trabalho.

À Lani Oliveira pela paciência e dedicação aplicada a normatização do mesmo.

Ao Ultralitho Centro Médico pela estrutura oferecida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
OBJETIVO.....	03
MÉTODO.....	04
RESULTADOS.....	06
DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
NORMAS ADOTADAS.....	18
RESUMO.....	19
ABSTRACT.....	20
APÊNDICE.....	21

1 INTRODUÇÃO

O câncer da próstata é o tumor maligno mais freqüente do sexo masculino, com mais de 150.000 casos novos por ano registrados nos EUA^{1,2}. Representa a 3ª causa de mortes por câncer, sendo responsável por 35.000 óbitos anuais³.

No estado de São Paulo, a incidência do câncer da próstata é de 22/100.000 habitantes por ano, o que corresponde a pouco mais da metade da existente nos EUA^{1,3}. É raro a incidência abaixo dos 50 anos, porém a incidência acima de 50 anos tem um aumento uniforme com a idade^{1,4}. É mais comum em negros norte americanos (22 mortes/100.000) do que nos brancos norte americanos (14 mortes/ 100.000)^{1,4}.

Pode haver a participação de fatores ambientais, já que os homens que migram de regiões onde o câncer prostático é incomum, desenvolvem a doença com maior freqüência^{1,4}.

Em geral, 95% dos cânceres prostáticos são adenocarcinomas, e os restantes são carcinomas de células de transição, carcinomas epidermóides e sarcomas^{1,4}.

O câncer da próstata pode causar obstrução uretral por invasão do tecido prostático peri-uretral. A invasão direta da bexiga ou por detrás da bexiga através das vesículas seminais pode causar obstrução ureteral. Há disseminação a distância através das vias linfática e hematogênica. É muito comum o câncer prostático metastatizar para linfonodos pélvicos e para o esqueleto, especialmente a pelve e a coluna lombar. As metástases viscerais, que são tardias e menos comuns, afetam freqüentemente os pulmões, o fígado e as supra-renais.

Em sua história natural imprevisível, o câncer prostático pode evoluir muito lentamente em alguns homens e em outros apresentar uma disseminação metastática rápida que leva à morte precoce⁴.

O diagnóstico precoce é de grande importância para o prognóstico do paciente, baseados em três exames, à saber: toque retal (TR); dosagem plasmática do antígeno prostático específico (PSA); e biópsia da próstata com auxílio do ultrassom trans-retal (USTR)^{1,2,3,5,6}.

O estadiamento do câncer da próstata é de importância central para a orientação terapêutica desses pacientes. O estadiamento dos pacientes com câncer da próstata inclui diversos exames, entre eles: toque retal; dosagem do PSA; USTR; determinação dos níveis séricos das fosfatases ácida e alcalina; provas de função renal; radiografia de tórax; mapeamento ósseo e/ou radiografia simples do esqueleto; tomografia computadorizada (TC) e/ou imagem por ressonância magnética (IRM) da pelve e abdome³.

Atualmente, o sistema de estadiamento mais utilizado é o TNM, porque permite uma comparação mais precisa entre os diversos pacientes com câncer da próstata, além de fornecer definições específicas para aqueles cujo diagnóstico é feito pelo uso de marcador tumoral e imagem^{1,3,7}.

A escolha do método de tratamento ideal deve levar em consideração não só a característica do tumor e o seu estadiamento, mas também, a idade média do paciente, o seu estado clínico geral, as expectativas do paciente em relação à sua doença e a qualidade de vida desejada após o tratamento específico ser instituído³.

A prostatectomia radical tem sido proposta como forma de tratamento para o câncer localizado da próstata em homens com menos de setenta anos de idade, por beneficiar o paciente em uma sobrevida superior à outros métodos de tratamento^{4,8,9}.

2 OBJETIVO

Avaliar a acurácia do estadiamento clínico pré-operatório em comparação com o estadiamento anátomo-patológico pós-operatório, em pacientes com câncer de próstata submetidos a prostatéctomia radical.

3 MÉTODO

Este trabalho é um estudo observacional, do tipo exploratório, não controlado, comparativo, onde 19 pacientes com câncer da próstata, do Ultralitho Centro Médico, foram submetidos a prostatéctomia radical, operados no Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis, no período de janeiro de 1993 a outubro de 1997.

Os dados foram obtidos da revisão de prontuários, laudos de exames de imagem e laudos de exame anátomo-patológico.

As variáveis categorizadas deste estudo foram idade, cor, profissão, história familiar, score de sintomas prostáticos, toque retal (TR), dosagem sérica do antígeno prostático específico (PSA), ultrassom trans-retal da próstata (USTR), biópsia da próstata, tomografia computadorizada axial pélvica (TC), cintilografia óssea, radiografia de tórax, e exame anátomo-patológico do espécime cirúrgica.

Para o estadiamento clínico pré e pós-operatório foi utilizado a classificação TNM para o câncer da próstata, conforme ilustrado no quadro I.

As tabelas foram realizadas no MICROSOFT WORD, versão 6.0 e os gráficos no MICROSOFT EXCEL.

Este trabalho foi aprovado pela comissão de ética médica do Ultralitho Centro Médico.

Quadro I- Classificação T.N.M. para câncer da próstata

Tumor primário (T)

TX: Tumor primário indeterminado.

T0: Sem evidência de tumor primário.

T1: Tumor sem manifestações clínicas, não é palpável e nem visível por imagenologia.

T1a: Achado histopatológico casual do tumor, em menos de 5% do tecido ressecado.

T1b: Achado histopatológico casual do tumor, em mais de 5% do tecido ressecado.

T1c: Tumor identificado por biópsia com agulha (ex: por ter PSA elevado).

T2: Tumor confinado ao interior da próstata.

T2a: O tumor compromete a metade ou menos da metade de um lóbulo.

T2b: O tumor compromete mais da metade de um lóbulo, mas, não os dois lóbulos.

T2c: O tumor compromete ambos os lóbulos.

T3: O tumor invade estruturas além dos limites da cápsula prostática.

T3a: Invasão extracapsular unilateral.

T3b: Invasão extracapsular bilateral.

T3c: Invasão da(s) vesícula(s) seminal(is).

T4: Tumor fixo ou que invade estruturas vizinhas, além das vesículas seminais.

T4a: O tumor invade qualquer das seguintes estruturas: Colo da bexiga, esfíncter externo ou reto.

T4b: O tumor invade os músculos elevadores e/ou está fixado à parede pelviana.

Gânglios linfáticos regionais (N)

NX: Os gânglios linfáticos regionais não podem ser determinados.

N0: Sem metástases em gânglios regionais.

N1: Metástase em um gânglio linfático isolado com 2 cm ou menos em sua maior dimensão.

N2: Metástase em um gânglio linfático isolado com mais de 2 cm e pelo menos 5 cm em sua maior dimensão.

N3: Metástase em um gânglio de mais de 5 cm em sua maior dimensão.

Metástases à distância (M).

MX: Sem determinação de metástases à distância.

M0: Sem metástases à distância.

M1: Metástases à distância.

M1a: Em gânglio(s) linfático(s) não regional(is).

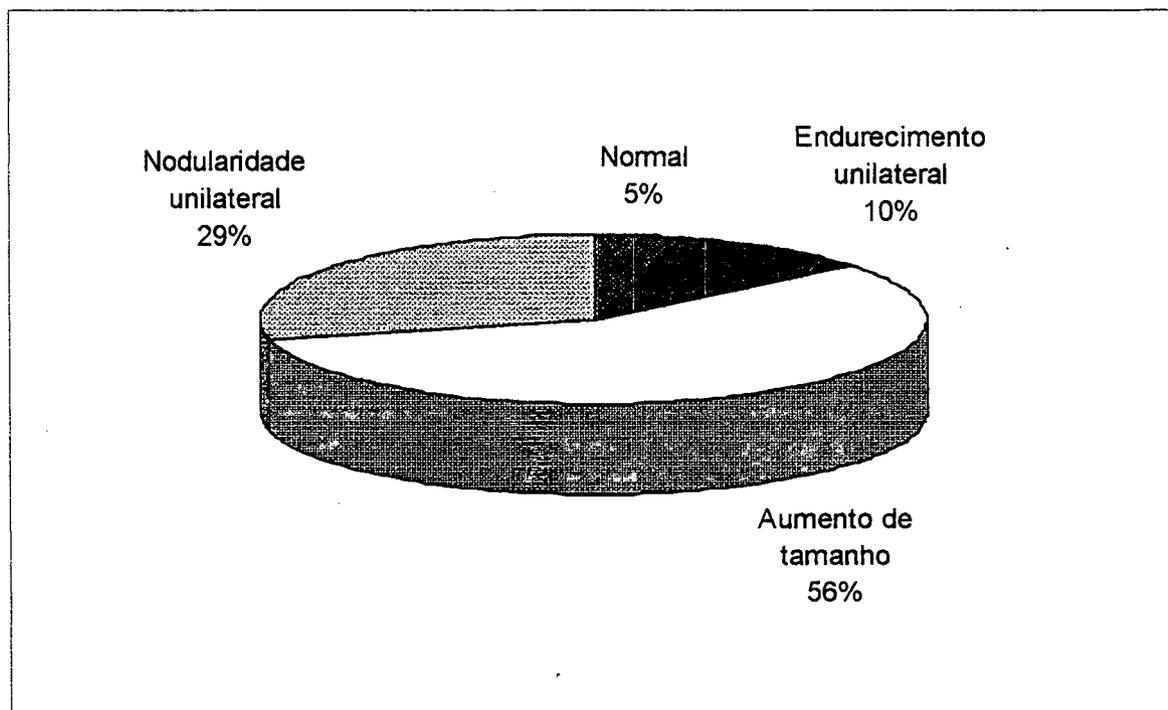
M1b: Em osso(s).

M1c: Em outro(s) sítio(s).

Nota: Quando há mais de um sítio de metástases, utiliza-se a categoria mais avançada (pM1c).

4 RESULTADOS

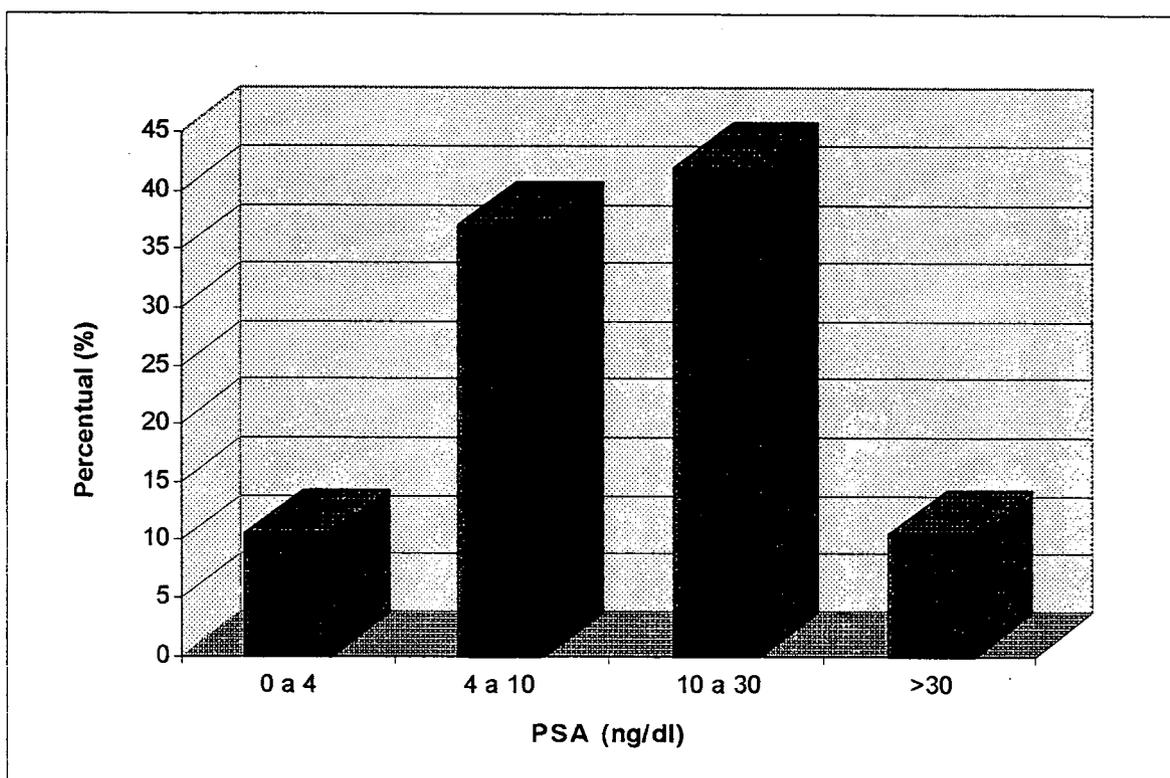
Na amostra estudada (19), 1 (5%) caso apresentou TR normal, 10 (53%) apresentaram aumento de tamanho prostático, 2 (10,5%) apresentaram endurecimento unilateral da próstata e 6 (31,5%) apresentaram nodularidade unilateral ao toque retal da próstata. Concluindo-se que 11 (58%) apresentaram toque retal não sugestivo para câncer da próstata e 8 (42%) apresentaram toque retal sugestivo para câncer da próstata.



FONTE: Ultralitho Centro Médico - Florianópolis, no período de jan./93 à out./97

Figura 1- Toque retal na detecção de câncer da próstata.

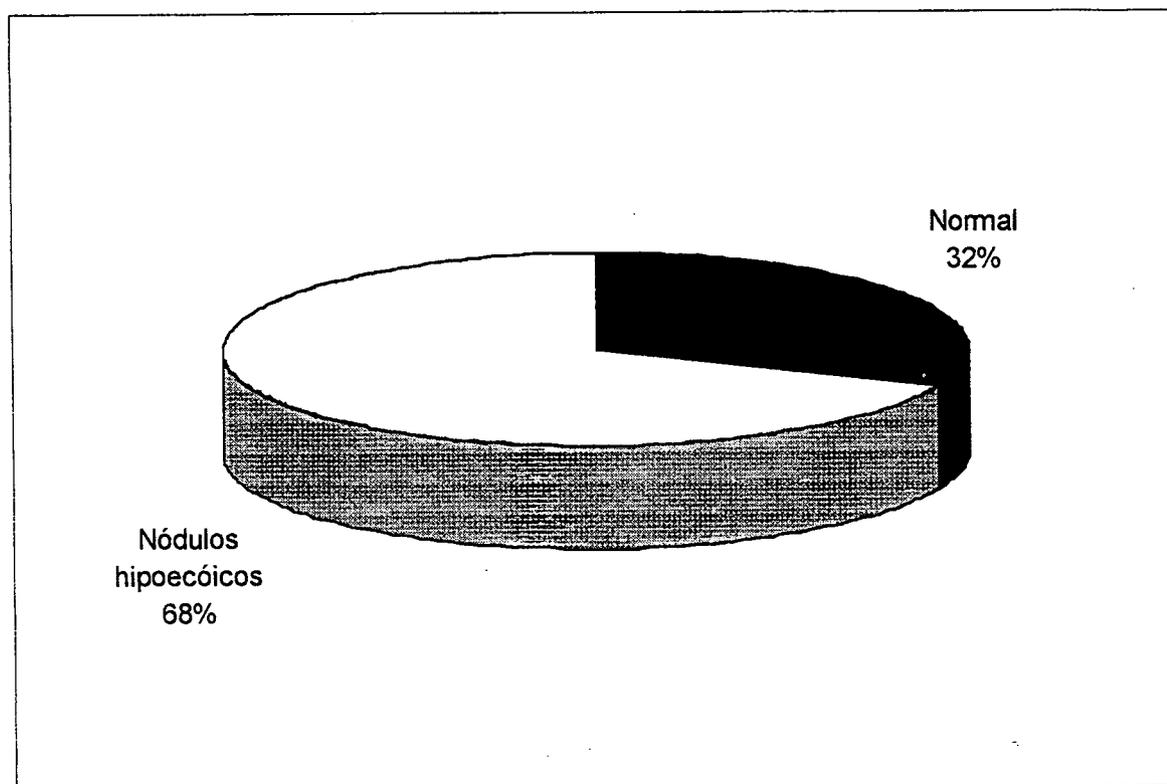
Dos pacientes com câncer da próstata em estudo (19), 2 (10,5%) casos apresentaram níveis séricos de PSA entre 0-4ng/dl , 7 (37%) entre 4-10ng/dl, 8 (42%) entre 10-30ng/dl, e 2 (10,5%) casos acima de 30ng/dl.



FONTE: Ultralitho Centro Médico - Florianópolis, no período de jan./93 à out./97

Figura 4 - Nível de PSA em pacientes com câncer de próstata localizado.

Todos os pacientes (19) foram submetidos a USTR, sendo que 6 (31,5%) não apresentaram imagens sugestivas de malignidade na próstata e 13 (68,5%) apresentaram imagens nodulares hipoecóicas na próstata.



FONTE: Ultralitho Centro Médico - Florianópolis, no período de jan./93 à out./97

Figura 2 - Ultrassom na avaliação do câncer de próstata localizado

Todos os pacientes (19), foram submetidos a TC pélvica e em 100% dos casos não houve o comprometimento de nódulos linfáticos pélvicos.

Ao exame de toque retal, 11 (58%) casos não mostraram sinais de malignidade e 8 (42%) casos evidenciaram sinais de malignidade restrita à próstata.

A dosagem sérica do PSA foi parâmetro para diagnóstico em 5 (26%) casos.

Ao exame de imagem, o USTR não evidenciou imagens de malignidade em 6 (31,5%) casos, mostrou imagens nodulares hipoecóicas comprometendo até meio lobo prostático em 6 (31,5%), bem como em 6 (31,5%) mostrou imagens nodulares hipoecóicas em um lobo prostático e 1 (5,5%) caso apresentou comprometimento de ambos os lobos prostáticos.

A TC é utilizada para avaliar o comprometimento de gânglios linfáticos regionais e mostrou ausência de metástases nos gânglios. Conforme tabela I.

Tabela I - Métodos de estadiamento do câncer de próstata localizado.

TNM	TR	USTR	PSA	TC
T0	11	6	-	-
T1a	-	-	-	-
T1b	-	-	-	-
T1c	-	-	5	-
T2a	2	6	-	-
T2b	6	6	-	-
T2c	-	1	-	-
T3a	-	-	-	-
T3b	-	-	-	-
T3c	-	-	-	-
T4a	-	-	-	-
T4b	-	-	-	-
N0	-	-	-	19
N1	-	-	-	-
N2	-	-	-	-
N3	-	-	-	-
M0	-	-	-	19
M1	-	-	-	-
M2	-	-	-	-
Total	19	19	5	19

FONTE: Ultralitho Centro Médico - Florianópolis, no período de jan./93 à out./97

O estadiamento clínico, embasado nos exames apresentados anteriormente, mostrou 5 (26%) casos estadiados em T1c N0 M0, 3 (16%) casos em T2a N0 M0, 10 (52,5%) casos em T2b N0 M0 e 1 (5,5%) caso estadiado em T2c N0 M0.

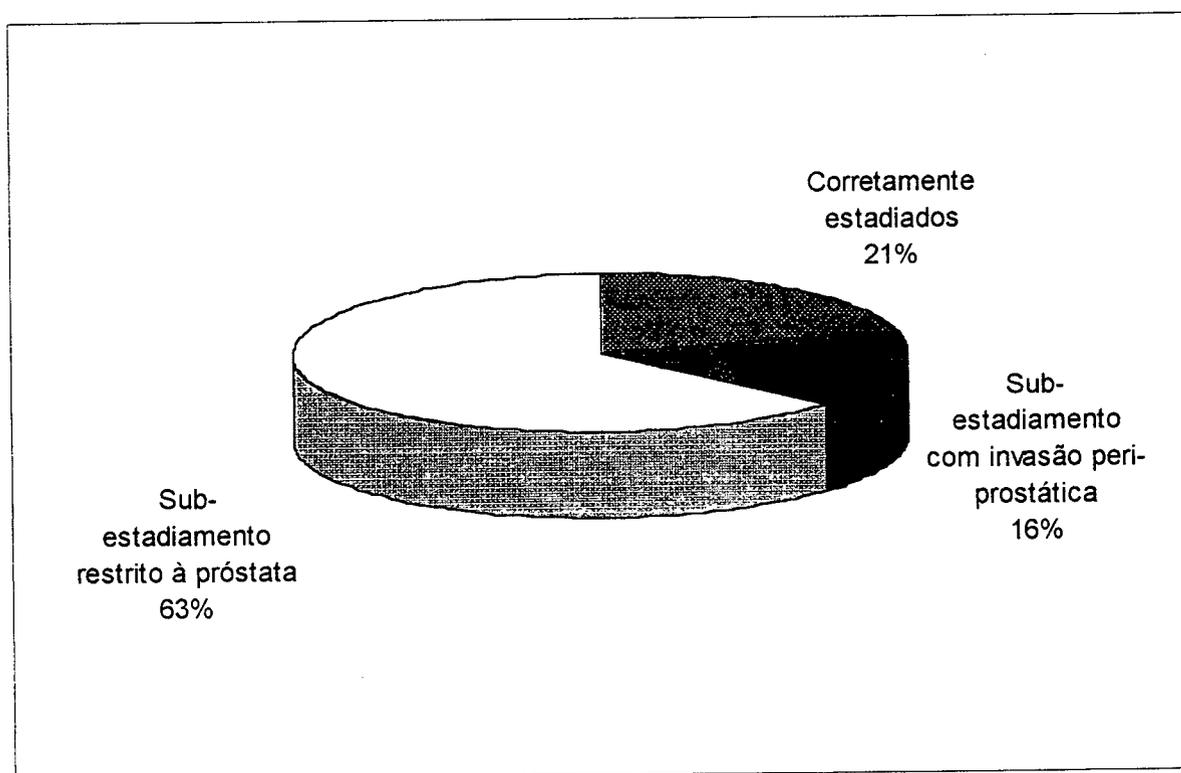
O estadiamento cirúrgico, embasado no estudo anátomo-patológico do espécime cirúrgico, mostrou 1 (5,5%) caso estadiado em T2a N0 M0, 5 (26%) casos em T2bN0 M0, 10 (52,5%) casos em T2c N0 M0, 1 (5,5%) caso em T3a N0 M0 e 2 (10,5%) casos estadiados em T3c N0 M0, conforme tabela II.

Tabela II - Estadiamento clínico e cirúrgico do câncer da próstata localizado.

TNM	Estadiamento clínico	Estadiamento cirúrgico
T0	-	-
T1a	-	-
T1b	-	-
T1c	5	-
T2a	3	1
T2b	10	5
T2c	1	8
T3a	-	2
T3b	-	-
T3c	-	3
T4a	-	-
T4b	-	-
N0	19	19
N1	-	-
N2	-	-
N3	-	-
M0	19	19
M1	-	-
M2	-	-
Total	19	19

FONTE: Ultralitho Centro Médico - Florianópolis, no período de jan./93 à out./97

Concluimos que dos 19 casos em estudo, 4 (21%) casos foram corretamente estadiados, 12 (63%), foram sub-estadiados clinicamente com câncer restrito à próstata e 3 (16%) foram sub-estadiados clinicamente com invasão peri-prostática. O comprometimento de gânglios linfáticos regionais, mostraram-se ausentes, conforme figura 3.



FONTE: Ultralitho Centro Médico - Florianópolis. no período de jan./93 à out./97

Figura 3 - Estadiamento clínico do câncer de próstata localizado.

5 DISCUSSÃO

O toque retal representa a forma mais acurada de se identificar casos de adenocarcinoma da próstata, sendo sua sensibilidade de 67% a 69% e sua especificidade de 89% a 97%, obtidos da análise de pacientes com câncer da próstata em diversos estágios^{10,11}.

Em nosso estudo, o exame de toque retal apresentou uma sensibilidade de 42,1% e uma especificidade de 100%, retratando um valor inferior ao da literatura^{10,11}, com relação à sensibilidade, devido a amostra enfocada em nosso estudo ser de pacientes com estágio inicial da doença. A especificidade apresenta uma correlação positiva com a literatura^{10,11} e devemos levar em consideração que a amostra enfocada foi de casos de câncer da próstata.

Os níveis de PSA no sangue dependem diretamente do volume de tecido prostático benigno ou maligno existentes^{12,13}. Estudos prévios demonstram que 81% a 97% de pacientes com adenocarcinoma da próstata apresentam níveis séricos de PSA elevados ($> 4\text{ng/dl}$)¹⁴. A literatura ainda mostra que de 70 pacientes com CA da próstata estadiados em T1N0M0, 37% apresentaram PSA entre 0-4 ng/dl, 33% entre 4-10 ng/dl e 30% com PSA > 10 ng/dl, e que de 90 pacientes estadiados em T2N0M0, 29% apresentaram PSA entre 0-4 ng/dl, 21% entre 4-10 ng/dl e 50% com PSA > 10 ng/dl¹⁵. Em nosso estudo, dos 19 pacientes com câncer da próstata, 2 (10,5%) apresentaram PSA entre 0-4 ng/dl, 7 (37%) entre 4-10 ng/dl e 10 (52,5%) com PSA $> 10\text{ng/dl}$, portanto 17 (89,5%) dos pacientes com níveis séricos de PSA elevados (> 4 ng/dl), mostrando uma correlação positiva com a literatura^{14,15}.

O USTR é considerado um método eficiente para identificação de nódulos intra-prostáticos, apresentando elevada sensibilidade na identificação de nódulos hipoeoicóicos prostáticos, porém, estudos anteriores demonstram que

apenas 15% a 37% dos nódulos hipoecóicos representam realmente neoplasia local².

Moritz et al., em estudo recente, mostrou que de 110 pacientes com adenocarcinoma de próstata, o exame de USTR, demonstrou uma especificidade de 69,26% e sensibilidade de 70,06%¹⁶.

Em nosso estudo, 13 (68,4%) dos 19 casos de adenocarcinoma da próstata se mostraram ao USTR como imagens nodulares hipoecóicas. O aumento apresentado em relação a literatura² é devido a amostra enfocada em nosso estudo ser de casos de câncer de próstata, e a literatura² enfoca uma amostra com casos de nódulos hipoecóicos de caráter benigno e maligno. Em relação à Moritz et al., nosso trabalho apresenta uma concordância nos resultados, visto que em ambos os estudos, as amostras enfocadas foram de pacientes com câncer de próstata.

O exame de tomografia computadorizada pélvica tem sido recomendado na avaliação dos linfonodos pélvicos em pacientes com câncer da próstata¹.

A literatura mostra que de 521 pacientes com câncer localizado da próstata, 35 (6,7%) casos tiveram comprometimento de nódulos linfáticos no estudo do espécime cirúrgico¹⁷.

Em nosso estudo, dos 19 pacientes com câncer localizado da próstata, 100% não apresentaram comprometimento de nódulos linfáticos no estudo do espécime cirúrgico.

Entre 22% e 60% dos pacientes com câncer da próstata são estadiados de forma incorreta e evidenciam doença mais avançada quando abordadas cirurgicamente^{18,19}

Isa-Kroon et al., em estudo recente de 38 pacientes com câncer da próstata localizado, clinicamente estadiados, 60% foram sub-estadiados, 37% foram corretamente estadiados e 3% foram super-estadiados. Dos 38 pacientes, 4

realizaram linfadenectomia pélvica, 34 foram submetidos à prostatectomia radical e 10 (29%) tiveram invasão periprostática do espécime cirúrgico²⁰.

Em nosso estudo, 4 (21%) foram corretamente estadiados, 12 (63%) foram sub-estadiados clinicamente com câncer restrito à próstata no espécime cirúrgico e 3 (16%) foram sub-estadiados clinicamente com invasão periprostática no espécime cirúrgico, mostrando uma correlação positiva com a literatura^{18,19,20}

6 CONCLUSÃO

O estadiamento clínico pré-operatório dos pacientes com câncer da próstata localizado, baseado nos métodos de estadiamento apresentados, é impreciso, pois evidencia doença mais avançada quando estadiados através de análise anatomo-patológico do espécime cirúrgico.

O estadiamento clínico mostra 12 (63%) dos pacientes sub-estadiados com adenocarcinoma restrito à próstata e 3 (16%) casos sub-estadiados com invasão peri-prostática, o que não modificaria a conduta terapêutica. O correto estadiamento foi observado em 4 (21%) dos pacientes.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Srougi M, Simon S. Câncer da próstata. In: Srougi M, Simon S, Câncer Urológico. São Paulo: Palatina;1996 p.281-359
2. Pontes JE, Ohe H, Watanabe H, Murphy GP. Transrectal ultra-sonography of the prostate. *Cancer* 1984; 53:1369.
3. Sadi VM. Cancer da próstata. *J B Urol* 1994; 20 (Supl): 4
4. Steinberg GA, Brendler CB. Diseases of the prostate. In: Bennett JC, Plum F, Cecil textbook of medicine. 20 th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1996. p. 1341-5
5. Resnik MI, Novick AC. Segredos em urologia. Porto Alegre:Artes Médicas Sul;1996. p. 117-20
6. Curham DJ, Babayan RK, Kulivoska E, Krane RJ. Utility of transrectal ultrasonography in the staging of clinically localized prostate carcinoma. *J Urol* 1989; 141:199-A.
7. Montie JE. 1992 staging system for prostate cancer. *Semin Urol* 1993; 11:10-3.
8. Srougi M. Prostatectomia radical: evolução técnica. *J B Urol* 1994; 20 (Supl): 4
9. Adolfsson J, Steineck G, Whitmore Jr WF. Recent results of management of palpable clinically localized prostate cancer. *Cancer* 1993; 72:310-22.
10. Guiman P, Bush I, Ray V, Vieth R, Rao R, Batti R. The accuracy of rectal examination in the diagnosis of prostate carcinoma. *New Engl J Med* 1980; 303:499.
11. Herr HW. Iodine-125 implantation in the management of localized prostatic carcinoma. *Urol Clin North Am* 1980; 7:605.

12. Stamey TA, Kabalin JN, Mc Neal JE, Johnstone IM, Freiha F, Redwine EA et al. Prostate specific antigen in the diagnosis and treatment of adenocarcinoma of the prostate. II. Radical Prostatectomy treated patients. *J Urol* 1989; 141:1076.
13. Stamey TA, Yang N, Hay AR, Mc Neal JE, Freiha FS, Redwine E. Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of prostate. *New Engl J Med* 1987; 317:909.
14. Ferro MA, Barnes I, Roberts JBM, Smith PJB. Tumor markers in prostatic carcinoma. A comparison of prostate-specific antigen with acid phosphatase. *Brit J Urol* 1987; 60:69.
15. Lange PH, Ercole CJ, Vessela RL. Tumor markers in the follow-up of initial therapy of prostate cancer. Em Lange PH. *Tumor markers in prostate cancer*. Excerpta Medica, Amsterdam 1986:16.
16. Moritz RP, Hülse WH, Souza LM, Piovesan LF. Avaliação comparativa entre antígeno prostático específico, ultrassonografia transretal e exame digital retal na detecção do adenocarcinoma de próstata. *J B Urol* 1997; 23 (Supl): 111
17. Petros JA, Catalona WJ. Lower incidence of unsuspected lymph node metastases in 52, consecutive patients with clinically localized prostate cancer. *J urol* 1992; 147:1574-5
18. Walsh PC, Jewett, HJ. Radical surgery for prostatic cancer. *Cancer*, 1980;45: 1906.
19. McLaughlin AP, Salzstein SL, McCullough DL, Gittes RF. Prostatic carcinoma: incidence and location of unsuspected lymphatic metastase. *J Urol* 1976; 115:89.
20. Isa KWA, De Castro BF, Abad VPJI, Robles GJE, Zudaire BJJ, Berian PJM. Clinico pathologic correlation in patients undergoing surgical staging and radical prostatectomy for prostatic cancer. *Actas Urol Esp* 1993; Feb;17(2):122-5. .

NORMAS ADOTADAS

Resolução N° 001/97 do Colegiado do curso de graduação em Medicina,
Florianópolis; 1997

Comitê Internacional de Editores de revistas Médicas. Requisitos uniformes
para originais submetidos a revistas biomédicas. J Pediatr 1997; 73:213-
24

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NB-85. Rio de Janeiro:
ABNT; 1990.

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NB-764. Rio de Janeiro:
ABNT; 1990.

RESUMO

Introdução e Objetivo: O estadiamento clínico do câncer da próstata é de importância central para orientação terapêutica a ser estabelecida. Neste trabalho, avaliamos a acurácia do estadiamento clínico do câncer da próstata localizado em comparação com o estadiamento anátomo-patológico do espécime cirúrgico.

Método: A avaliação do estadiamento clínico do câncer da próstata localizado foi feita com base em um estudo comparativo contando com 19 pacientes, investigados através do toque retal, PSA, USTR e TC pélvica, posteriormente submetidos à prostatectomia radical e estadiamento do espécime cirúrgico.

Resultado: Dos 19 pacientes com câncer de próstata localizado, o exame de TR, mostrou-se sensível em 8 (42%) dos casos e 11 (58%) não evidenciou alterações sugestivas de neoplasia. A dosagem sérica do PSA mostrou que 2 (10,5%) dos casos tiveram PSA entre 0 e 4 ng/dl, 7 (37%) entre 4 e 10 ng/dl e 10 (52,5%) com PSA > que 10 ng/dl. O USTR foi sensível em 13 (68,5%) dos casos. Na avaliação dos linfonodos pélvicos, a TC pélvica não evidenciou comprometimento de linfonodos em concordância com estudo anátomo-patológico. O estadiamento do câncer da próstata mostrou um correto estadiamento em 4 (21%) dos pacientes, 12 (63%) foram sub-estadiados com câncer restrito à próstata e 3 (16%) foram sub-estadiados com invasão peri-prostática, o que não modificaria a conduta terapêutica.

Conclusão: O estadiamento clínico pré-operatório dos pacientes com câncer da próstata localizado, baseado nos métodos de estadiamento apresentados, é impreciso, pois evidencia doença mais avançada quando estadiados através da análise anatomopatológica do espécime cirúrgico.

ABSTRACT

Introduction and Objective: The clinical staging of prostate cancer plays an critical role in determining the correct therapeutical guidance. This work evaluates the accuracy of the clinical staging of localized prostate cancer as compared to the anatomico-pathological staging of the surgical specimen.

Method: The clinical staging of localized prostate cancer has been analyzed in a comparative study based on 19 patients examined by digital rectal exam, PSA, TRUS, and pelvic CT. Subsequently, the patients were submitted to radical prostatectomy and surgical specimen staging.

Results: DRE exams were sensitive to 8 of the 19 patients with localized prostate cancer (42%), whereas in 11 cases (58%) it did not show any significant changes that could be attributed to neoplasia. PSA serum dose suggested that 2 patients (10.5%) had PSA levels between 0 and 4 ng/dl, 7 (37%) between 4 and 10 ng/dl, and 10 (52.5%) had levels greater than 10 ng/dl. TRUS tests were sensitive in 13 cases (68.5%). The analysis of pelvic lymph nodes by pelvic TC did not show signs of lymphnodal implication, which is in good agreement with the anatomico-pathological results. The prostate cancer staging was correct in 4 patients (21%), whereas 12 patients (63%) were under-staged with cancer restricted to the prostate, and 3 (16%) were under-staged showing periprostatic invasion, which would not change the therapeutical approach.

Conclusion: The clinical pre-surgical staging of patients affected by localized prostate cancer was imprecise when based on the staging methods presented herein, as they indicate conditions in advanced stages as estaded by the anatomico-pathological analysis of the surgical specimen.

APÊNDICE

Avaliação do estadiamento clínico pré e pós operatório do CA de Próstata

1-Idade do paciente:

40-49 50-59 60-69 70-79 80≤

2-Cor: _____

3-Profissão: _____

4-História familiar:

1º grau 2º grau 3º grau

5-Score sintomas prostáticos: S=_____ L=_____

6-Toque retal:

normal aumento de tamanho nódulo até ½ lobo

nódulo + ½ até 1 lobo nódulo 2 lobos limites irregulares

7-PSA:

0-4 4-10 10-30 30≤

8-USTR: vol.=_____

s/ nódulos nódulo até ½ lobo nódulo + ½ até 1 lobo

nódulo 2 lobos invasão extracapsular unilateral invasão extracapsular bilateral invasão vesícula(s) seminal(s)

9-Biopsia: Gleason=_____

BD MD AD BE ME AE VS

10-TC:

não feita ausência gânglios 1 gânglio até 2cm

1 gânglio entre 2 e 5cm ou múltiplos até 5cm 1 gânglio >5cm

gânglios aumentados sem características neoplásicas

11-Cintilografia óssea:

normal áreas hipercaptantes não típicas áreas suspeitas

áreas típicas

12-RX:

normal suspeito típico

13-AP:

ausência tu tu até ½ lobo tu + ½ até 1 lobo tu 2 lobos

invasão extracapsular unilateral invasão extracapsular bilateral

invasão vesícula seminal invasão colo bexiga, esfíncter externo ou reto invasão músculos elevadores e/ou fixado à parede pelviana

-Gleason=_____ -tamanho tu=_____

-gânglios obturadores: número=_____

tamanho=_____

**TCC
UFSC
CC
0340**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0340

Autor: Sobrinho, Aristite

Título: Avaliação do estadiamento clinic



972814754

Ac. 253162

Ex.1 UFSC BSCCSM