

Comparação da Patologia entre Biópsia e Peça Cirúrgica em Pacientes com Câncer de Próstata

Dennis Tomio Fujiike*, Rommel Prata Regadas, Ricardo Reges Maia de Oliveira, Alexandre Sabóia Leitão Júnior.

Divisão de Urologia do Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC.

ABSTRACT

Introduction: Prostate cancer is considered the most common malignant neoplasm to affect men, with the exception of non-melanoma skin tumours. The classification proposed by D'Amico at low, intermediate or high risk encompasses heterogeneous patients with different diseases. Changing the classification could change the treatment modality of the patient.

Objective: To compare the concordance of the Gleason score between the biopsy and the surgical specimen in 42 patients with prostate cancer at Walter Cantídio University Hospital.

Materials and Methods: We retrospectively reviewed the medical records of 42 patients operated from January 2014 to September 2016. Statistical analyses were performed by the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 24 with the Kappa Test to evaluate the concordance related to the Gleason score.

Results: The average age was 63.8 years (48 to 75 years) and the average total PSA was 8.76 ng / ml (1.97 to 29 ng / ml). In the evaluation of the Gleason score by prostatic biopsy, the 3 + 3 graduation was responsible for 59% of the cases; however, we identified 3 + 4 graduation predominance in 49% of the results of the surgical pieces. The agreement rate was verified in 45.2% of the patients studied, with a general Kappa coefficient of 0.291; Confidence interval (0.127 to 0.456) with p of 0.001. Sub graduation and over graduation were found, respectively, in 7.1% and 45.2% of the cases.

Conclusion: It is important to know the degree of agreement of the Gleason score between prostate biopsy and surgical specimen to increase the safety in the therapeutic decisions of patients with prostate cancer.

INFORMAÇÕES

Correspondência*:

R. Capitão Francisco Pedro, 1290
Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-370
Fortaleza, Ceará.
dennistfujiike@gmail.com

Palavras-Chave:

Câncer de Próstata, Escore de Gleason, Biópsia de Próstata.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é considerado a neoplasia maligna mais comum a acometer o homem, excetuando-se tumores de pele não-melanoma.¹ No Brasil, acredita-se que 61.200 homens foram diagnosticados com a doença no ano de 2016.² A detecção precoce do câncer de próstata utilizando a dosagem sérica do PSA (antígeno prostático específico) e o exame digital retal ainda é motivo de discussão entre diversos estudos,³ entretanto, a Sociedade Brasileira de Urologia recomenda o início a partir dos 50 anos para homens sem fator de risco e aos 45 anos caso exista algum fator de risco (história familiar, etnia negra).⁴

A classificação proposta por D'Amico⁵ em risco baixo, intermediário ou alto, engloba pacientes heterogêneos com doenças distintas⁶. Um dos critérios utilizados, o Escore de Gleason (EG), apresenta concordância entre a biópsia realizada no pré-operatório e o resultado da patologia da peça cirúrgica entre 26% a 75% dos casos⁷. A mudança da classificação poderia mudar a modalidade de tratamento do paciente.⁸⁻⁹ O presente estudo buscou comparar a concordância do Escore de Gleason entre a biópsia e a peça cirúrgica em pacientes com câncer de próstata do Hospital Universitário Walter Cantídio.

MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, os prontuários de 42 pacientes portadores de adenocarcinoma de próstata, tratados com prostatectomia radical nesta instituição no período de 02 de janeiro de 2014 a 30 de setembro de 2016. As análises estatísticas foram realizadas pelo Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 24 com aplicação do Teste Kappa para avaliar a concordância relacionada ao Escore de Gleason.

RESULTADOS

Dos 42 pacientes avaliados, a média da idade foi de 63,8 anos (48 a 75 anos) e a média do PSA total de 8,76 ng/ml (1,97 a 29 ng/ml). A prostatectomia radical aberta foi realizada em 76,2% contra 23,8% por videolaparoscopia.

Na avaliação do Escore de Gleason pela biópsia prostática, a graduação 3+3 foi responsável por 59% dos casos, conforme descrito na tabela 1. Entretanto, na tabela 2, identificamos predominância da graduação 3+4 em 49% dos resultados das peças cirúrgicas.

A migração de pacientes de risco baixo para intermediário ocorreu em 28,6% dos casos; risco intermediário para baixo em 4,7% e em 1 caso houve migração de risco baixo para alto.

A taxa de concordância foi verificada em 45,2% dos pacientes estudados com coeficiente geral de Kappa 0,291; intervalo de confiança (0,127 a 0,456) com *p* de 0,001, conforme ilustrado na tabela 3. Subgradação e supergradação foram encontradas, respectivamente, em 7,1% e 45,2% dos casos. Em um paciente não foi encontrado malignidade na peça estudada.

DISCUSSÃO

A biópsia de próstata e a peça cirúrgica em pacientes com adenocarcinoma de próstata podem apresentar Escore de Gleason distintos. Erros de superposição do padrão de Gleason e de amostragem estão implicados nesses achados.¹⁰⁻¹¹

O uso de ressonância magnética em biópsia de próstata é uma alternativa para tentar diminuir a subgradação do Escore de Gleason conforme descrito por Arsov et al¹². A capacidade da biópsia em prever o Escore de Gleason da peça cirúrgica, segundo Patrão et al¹³, é inferior a 60%. No estudo realizado por Moreira et al¹⁴, teve como taxa de concordância 72,86% casos, subgradação em 21,43% e supergradação em 5,71%.

Lendínez-Cano⁵ et al descreveu subgradação de 18,4%. Em nosso estudo, encontramos taxa de concordância e de subgradação de 45,2% e 7,1%, respectivamente.

Utsumi et al¹⁶ sugere uso de nomogramas para prever a probabilidade de supergradação do Escore de Gleason entre biópsia e patologia da prostatectomia radical a fim de tentar diminuir essa diferença. No nosso trabalho, em 45,2% dos pacientes ocorreu a supergradação.

A migração de pacientes com risco baixo para intermediário ou alto como encontrado em nosso estudo, dificulta na maioria das vezes a possibilidade de vigilância ativa¹⁷, além de poder alterar o tratamento proposto tais como radioterapia associada ou não com hormonioterapia.¹⁸

O maior grau de concordância com o Escore de Gleason pode aumentar a segurança nas decisões terapêuticas.¹⁹

TABELA 1 – Escore de Gleason - Biópsia.

CLASSIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
3+3	25	59,5
3+4	11	26,2
3+5	1	2,4
4+3	2	4,8
4+4	3	7,1
Total	42	100,0

TABELA 2 – Escore de Gleason – Peça Cirúrgica.

CLASSIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Ausência Malignidade	1	2,4
3+3	11	26,2
3+4	18	42,9
4+3	7	16,7
4+4	3	7,1
4+5	2	4,8
Total	42	100,0

TABELA 3 – Teste Kappa.

Kappa Geral	0,291
<i>p</i> - Valor Geral	0,001
Intervalo de 95% de Confiança do Kappa	Superior: 0,456 Inferior: 0,127

REFERÊNCIAS

1. Wiwanitkit V. Prostate Specific Antigen por Screening for Prostate Cancer: Na Appraisal of Thai Reports. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 5, 2004.
2. Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Boletim ano 2015. Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>.
3. Barbosa RRT, Pompeo ACL, Glina S. Prostate câncer in Brazil and Latin America: epidemiology and screening. International Brazilian Journal Of Urology, 2016.
4. Rastreamento do Câncer de Próstata. Sociedade Brasileira de Urologia, 2016. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/noticias/nota-oficial-rastreamento-do-cancer-de-prostata-2/>
5. D'Amico AV, et al. Biochemical Outcome After Radical Prostatectomy, External Beam Radiation Therapy, or Interstitial Radiation Therapy for Clinically Localized Prostate Cancer. JAMA, September 16, Vol 280, nº 11. 1998.
6. Schiffmann J, et al. Heterogeneity in D'Amico classification – based low-risk prostate câncer: Differences in upgrading and upstaging according to active surveillance eligibility. Urologic Oncology, Volume 33, July 2015.
7. Cury J, Srougi, M. Correlação entre a graduação histológica de biópsias e do espécimen cirúrgico em câncer da Próstata. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Volume XXVI – Número 1, 1998.
8. Keyes M, Crook J, Morton G, Vigneault E, Usmani N, Morris WJ. Treatment options for localized prostate câncer. Canadian Family Physician, Vol 59, December, 2013.
9. Azmi A, et al. Active surveillance for low-risk prostate câncer: diversity of practice across Europe. Irish Journal of Medical Science, 21 March, 2014.
10. Epstein JI, et al. European Urology 61 (2012) 1019-1024.
11. Reis LO, Sanches BCF, Mendonça GB, Billis A, Silva DM, Aguiar T, et al. Gleason under estimation is predicted by prostate biopsy core length. World Journal Urology. August, 2014.
12. Arsov C, et al. The use of targeted MR-guided prostate biopsy reduces the risk of Gleason upgrading on radical prostatectomy. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 27 May 2015.
13. Patrão R, et al. Score de Gleason na Biópsia vs Prostatectomia Radical – Resultados de uma série contemporânea. Acta Urológica 2009, 26;2:21.
14. Moreira MVS, et al. Comparação do escore de Gleason da biópsia prostática com o da peça cirúrgica em pacientes com câncer de próstata. Revista Brasileira de Clínica Médica. São Paulo, 2012 set; 10 (5): 367-71.
15. Lendínez-Cano G, et al. Comparación de datos anatomopatológicos entre biopsia de próstata y pieza de prostatectomía radical em pacientes com câncer de bajo y muy bajo riesgo. Actas Urológicas Españolas, 2015.
16. Utsumi T, et al. External validation and comparison of two nomograms predicting the probability of Gleason sum upgrading between biopsy and radical prostatectomy pathology in two patient populations: a retrospective cohort study. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2015 Nov; 45 (11): 1091-5.
17. Mohan R, Schellhammer PF. Treatment Options for Localized Prostate Cancer. Am Fam Physician. 2011 Aug 15;84(4):413-420
18. Adam M, Tennstedt P, Lanwehr D, Steuber T et al. Functional Out comes and Quality of Life After Radical Prostatectomy Only Versus a Combination of Prostatectomy with Radiation and Hormonal Therapy. European Urology. 2017 Marc; 71(3):330-336.
19. Helpap B, Egevad L. The significance of modified Gleason gradino f prostatic carcinoma in biopsy and radical prostatectomy specimens. Virshows ARch (2006) 449:622-627.