

DIRETRIZES PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA

(Texto atualizado em Fevereiro de 2012)

A. Heidenreich (presidente), P.J. Bastian, J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau, T.H. van der Kwast, M.D. Mason, V. Matveev, N. Mottet, T. Wiegel, F. Zattoni

Eur Urol 2008 Jan;53(1):68-80

Eur Urol 2011 Jan;59(1):61-71

Eur Urol 2011 Apr;59(4):572-83

Introdução

O câncer de próstata (CaP) é, atualmente, a segunda causa mais comum de morte entre os homens. Nos países desenvolvidos, o CaP representa 15% dos cânceres masculinos, comparado com uma frequência de 4% nos países em desenvolvimento. Na Europa, existem também grandes diferenças regionais com relação aos índices de incidência de CaP.

Existem três fatores de risco bem estabelecidos para o CaP: aumento da idade, origem étnica e predisposição genética. Dados clínicos sugerem que fatores de risco exógenos, tais como a dieta, padrão de comportamento sexual, consumo de álcool, exposição à radiação ultravioleta e exposição ocupacional podem, também, desempenhar um papel importante no risco de desenvolvimento do CaP.

A introdução de um teste sanguíneo efetivo, o Antígeno Prostático Específico (PSA), resultou em mais diagnósticos da doença em estágio inicial, em que as opções de tratamento,

potencialmente curativas, podem ser oferecidas. Entretanto, se procedimentos terapêuticos eficazes são inadequadamente utilizados em homens idosos com sobrevida curta, os problemas de excesso de diagnóstico e de tratamento podem ocorrer. Consequentemente, o mesmo estágio do câncer de próstata pode exigir estratégias terapêuticas diferentes, dependendo da expectativa de vida individual de cada paciente.

Sistema de estadiamento

A 7ª edição da “Union Internationale Contre le Cancer” (UICC) 2009, classificação Tumor, Nódulo, Metástase (TNM) é usada para estadiamento (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação Tumor, Nódulo, Metástase (TNM) de câncer de próstata

T	Tumor Primário
Tx	O tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
T1	Tumor não diagnosticado clinicamente, não palpável ou visível por meio de exame de imagem
T1a	Achado histológico incidental em 5% ou menos de tecido ressecado
T1b	Achado histológico incidental em mais que 5% de tecido ressecado
T1c	Tumor identificado por biópsia de agulha (p. ex., devido à PSA elevado)
T2	Tumor limitado à próstata 1
T2a	Tumor envolve metade de um dos lobos ou menos

	T2b Tumor envolve mais do que a metade de um dos lobos, mas não os dois lobos
	T2c Tumor envolve os dois lobos
T3	Tumor se estende através da cápsula prostática 2
	T3a Extensão extracapsular (unilateral ou bilateral)
	T3b Tumor invade vesícula(s) seminal(is)
T4	Tumor está fixo ou invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores e/ou parede pélvica
N – Linfonodos Regionais³	
Nx	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástase em linfonodo regional
N1	Metástase em linfonodo regional
M Metástase à distância⁴	
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Metástase à distância
	M1a linfonodo(s) não regional(is)
	M1b Osso(s)
	M1c Outra(s) localização(ões)
<p>¹ Tumor encontrado em um ou ambos os lobos por biópsia de agulha, mas não palpável ou visível por exame de imagem, e classificado como T1c.</p> <p>² Invasão do ápice prostático, ou da cápsula prostática (mas não através), não é classificado como T3, mas como T2.</p> <p>³ Os linfonodos regionais são os nódulos da pelve verdadeira, os quais são essencialmente os nódulos abaixo da bifurcação da artéria ilíaca comum. Lateralmente, não há efeito na classificação N.</p> <p>⁴ Quando mais de uma localização de metástase está presente, deve ser usada a categoria mais avançada.</p>	

Escore de Gleason

O sistema mais comumente utilizado para graduação do CaP é o escore de Gleason.

Diagnóstico e estadiamento

A decisão do prosseguimento do diagnóstico e estadiamento é definida pelas opções de tratamento que estão disponíveis para o paciente, levando-se em consideração a idade e as comorbidades do mesmo. Procedimentos que não afetam a decisão terapêutica devem usualmente ser evitados.

Relatório sinóptico do espécime cirúrgico resulta em um exame patológico mais transparente e completo.

Lista para relatório patológico das biópsias prostáticas

1. Tipo histológico do carcinoma
2. Graduação histológica (Global ou grau mais alto)
 - Grau primário
 - Grau secundário (mais alto)
3. Fração de fragmentos envolvidos
 - Número de fragmentos envolvidos pelo carcinoma
 - Número total de fragmentos
4. Quantificação do tumor
 - Porcentagem de tecido prostático envolvido pelo carcinoma ou extensão em mm do câncer
5. Extensão Tumoral
 - Identificação de extensão perineural
 - Identificação de extensão extraprostática
 - Identificação de invasão de vesícula seminal

Lista para o processamento e relatório patológico do espécime da prostatectomia radical (PR)

1. Processamento do espécime da PR

- Incorporação total do espécime da prostatectomia é o preferido, quer por secção convencional (secção por quadrante) ou por secção de todo o montante
- A totalidade da superfície das amostras da PR deve ser coberta, antes de cortar, a fim de avaliar o estado da margem cirúrgica
- O ápice deve ser examinado separadamente, usando o método de cone com o seccionamento sagital ou radial

2. Tipo histológico

3. Grau histológico

- Grau primário (predominante)
- Grau secundário
- Grau terciário (se exceder > 5% do volume do CaP)
- Escore global de Gleason
- Porcentagem aproximada de Gleason graus 4 e 5 (opcional)

4. Quantificação do tumor (opcional)

- Porcentagem do tecido prostático envolvido
- Dimensão do tumor do nódulo dominante (se identificado), maior dimensão em mm

5. Estadiamento patológico (pTNM)

- Presença de extensão extraprostática (focal ou extenso), especificando o local
- Presença de invasão de vesícula seminal
- Presença de metástases linfonodais, número total de linfonodos e número de linfonodos positivos

6. Margens cirúrgicas

- Presença de carcinoma na margem
- Se presente, especificar local(is) e se a invasão é intra ou extraprostática

7. Outros

- Se identificado, presença de invasão vascular
- Localização (local, zona) do tumor dominante (opcional)
- Invasão perineural (opcional)
- Se presente, especificar invasão extra ou intraprostática

Um breve resumo das orientações sobre diagnóstico e estadiamento do CaP é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Diretrizes para o diagnóstico e estadiamento do CaP		
	Diagnóstico de CaP	GR
1.	Um exame de toque retal (TR) anormal ou uma medida sérica de PSA elevada pode indicar CaP. O exato nível de corte que é considerado valor normal de PSA deve ainda ser determinado, mas valores aproximados < 2 – 3 ng/ml são frequentemente usados para homens jovens.	C
2.	O diagnóstico de CaP depende de confirmação histopatológica (ou citológica).	B
	A biópsia e o seguimento na investigação de estadiamento são somente indicadas se isto afeta a conduta do paciente.	C
3.	Ultrassom transretal (USTR)-com biópsia é o método recomendado na maioria dos casos de suspeita de CaP. No mínimo 8 fragmentos, lateralmente direcionados, são recomendados, com talvez mais fragmentos em próstatas de grande volume.	B

	Biópsias da zona de transição não são recomendadas no primeiro conjunto de biópsias, devido às baixas taxas de detecção.	C
	Uma série de repetição de biópsias é necessária nos casos com persistente indicação de CaP (TR anormal, PSA elevado, achados histopatológicos sugestivos de malignidade na biópsia inicial).	B
	Recomendações gerais para nova sequência de biópsias (três ou mais) não podem ser feitas; a decisão deve ser realizada baseada em achados individuais do paciente.	C
4.	A injeção periprostática transretal com anestésico local pode ser oferecida para os pacientes como analgesia efetiva quando submetidos à biópsia prostática.	A
	Estadiamento do CaP	
1.	O estadiamento local (estadiamento T) do CaP deve ser baseado na ressonância magnética (RM). Informações adicionais são fornecidas pelo número e locais positivos nas biópsias de próstata, o grau tumoral e o nível sérico do PSA.	C
	Apesar da grande especificidade na avaliação da extensão extraprostática (EEP) e invasão ou envolvimento das vesículas seminais (IVS), o USTR é limitado pela pobre resolução de contraste, resultando em baixa sensibilidade e uma tendência a um estadiamento menor do CaP. Mesmo com o advento do Doppler colorido no auxílio na identificação da vascularização tumoral, a acurácia do USTR no estadiamento local permanece inadequada.	C

	<p>Em comparação com o TR, com o USTR e com a tomografia computadorizada (TC), a ressonância magnética demonstra maior acurácia para a avaliação da doença uni ou bilobar (T2), EEP e IVS (T3), assim como a avaliação de estruturas adjacentes (T4). O acréscimo do contraste dinâmico na RM (CD-RM) pode ser útil em casos ambíguos. O acréscimo da imagem espectroscópica da ressonância magnética (RME) também aumentou a acurácia e diminuiu a variabilidade interobservador na evolução da EEP.</p>	
2.	<p>O estadiamento linfonodal (estadiamento-N) é somente importante quando o tratamento potencialmente curativo é planejado. Pacientes com estágio T2 ou menores, PSA < 20 ng/ml e um escore de Gleason menor que 6, têm uma chance menor que 10% de metástases linfonodais e podem ser poupados de avaliação linfonodal.</p>	B
	<p>Dada as significantes limitações das imagens pré-operatórias na detecção de pequenas metástases (<5mm), a dissecação linfonodal pélvica (DLNP) permanece como o único método confiável de estadiamento em CaP clinicamente localizado.</p>	
	<p>Atualmente, parece que somente métodos de detecção histológica de metástases linfonodais possuem grande sensibilidade. Como a dissecação do linfonodo sentinela ou DLNP estendida, são adequados para o estadiamento linfonodal do CaP.</p>	C

3.	Metástases ósseas (estadiamento-M) são mais bem avaliadas por cintilografia óssea. Isto pode não ser indicado em pacientes assintomáticos, com nível sérico de PSA < 20 ng/ml, na presença de tumores bem ou moderadamente diferenciados.	B
	Em casos duvidosos, 11C-colina, 18F-fluor PET/CT ou ressonância magnética de corpo inteiro são opções.	C

Tratamento do câncer de próstata

Uma visão geral das opções terapêuticas para pacientes com CaP, subdividida pelo estadiamento no diagnóstico, é apresentada na tabela 3. Devido à falta de ensaios clínicos randomizados no CaP, uma opção terapêutica não pode ser considerada superior a outra. No entanto, baseadas na literatura disponível atualmente, as recomendações na tabela 3 podem ser realizadas.

Diretrizes para o tratamento primário do CaP			
Estadiamento	Tratamento	Comentários	GR
T1a	Conduta expectante	Tratamento padrão para adenocarcinoma de próstata score de Gleason ≤ 6 e 7 e < 10 anos a expectativa de vida.	B

	Vigilância ativa	Em pacientes com expectativa de vida > 10 anos, reestadiamento com USTR e biópsias é o recomendado.	B
	Prostatectomia radical	Opcional em pacientes jovens com longa expectativa de vida, especialmente para adenocarcinomas escore de Gleason ≥ 7 .	B
	Radioterapia	Opcional em pacientes jovens com longa expectativa de vida, em particular em tumores mal diferenciados. Grandes riscos de complicação após RTUp, especialmente com radiação intersticial.	B
	Hormonioterapia	Não é uma opção.	A

	Tratamento combinado	Não é uma opção.	C
T1b-T2b	Vigilância ativa	Opção de tratamento em pacientes com cT1c-cT2a, PSA < 10 ng/ml, escore de Gleason na biópsia ≤ 6, ≤ 2 biópsias positivas, ≤ 50% de envolvimento do câncer em cada biópsia.	B
		Paciente com expectativa de vida < 10 anos.	
		Paciente com expectativa de vida > 10 anos, desde que seja informado sobre a falta de dados de sobrevida após os 10 anos.	
		Pacientes que não aceitam complicações relacionadas ao tratamento.	

	Radioterapia	Pacientes com expectativa de vida > 10 anos que aceitam complicações relativas ao tratamento.	B
		Pacientes com contraindicações para cirurgia.	
		Pacientes com 5 – 10 anos de expectativa de vida e tumores mal diferenciados (terapia combinada é recomendada; veja abaixo).	
	Braquiterapia	Braquiterapia em baixa dose pode ser considerada para CaP de baixo risco, com volume prostático ≤ 50 ml e um IPSS ≤ 12 .	B

	Hormonal	Pacientes sintomáticos, que necessitam de palição dos sintomas, não são adequados para tratamento curativo.	C
		Antiandrógenos são associados com um desfecho pobre, comparados com “vigilância ativa” e não são recomendados.	A
	Tratamento combinado	Para pacientes de alto - risco, tratamento hormonal neo-adjuvante e concomitante terapia hormonal mais radioterapia resulta em aumento da sobrevida global.	A

T3-T4	Conduta expectante	Opção em pacientes assintomáticos com T3, com tumores bem-diferenciados e moderadamente diferenciados, e uma expectativa de vida < 10 anos e que não são candidatos a tratamento local.	C
	Prostatectomia radical	Opção para pacientes selecionados com T3a, PSA < 20 ng/ml, escore de Gleason na biopsia ≤ 8 e uma expectativa de vida > 10 anos.	C

		<p>Pacientes devem ser informados que PR é associada a um aumento do risco de margens cirúrgicas positivas, histologia desfavorável e linfonodos positivos e que, portanto, terapia adjuvante ou terapia de salvamento como radioterapia ou deprivação androgênica podem ser indicadas.</p>	
	Radioterapia	<p>T3 com expectativa de vida > 5 – 10 anos. Dose escalada > 74 Gy parece possuir benefício. Uma combinação com terapia hormonal pode ser recomendada (veja abaixo).</p>	A

	Tratamento Hormonal	Pacientes sintomáticos, extensão T3 – T4, nível alto de PSA (>25 – 50 ng/ml), Tempo de Duplicação do PSA (DT) < 1 ano	
		Escolha do paciente, pacientes impróprios.	
		Monoterapia com hormonioterapia não é uma opção para pacientes aptos para tratamento radioterápico.	
	Tratamento combinado	Sobrevida global é melhorada com terapia adjuvante hormonal concomitantemente (3 anos), combinada com radiação externa.	A

		NHT mais prostatectomia radical: não há indicação.	B
N+, M0	Conduta expectante	Pacientes assintomáticos, escolha do paciente (PSA < 20-50 ng/ml), PSA DT > 12 meses. Requer um seguimento próximo.	B
	Prostatectomia radical	Opção para pacientes selecionados com uma expectativa de vida > 10 anos, como parte de um tratamento multimodal.	C
	Radioterapia	Opção em pacientes selecionados com uma expectativa de vida > 10 anos, terapia combinada com terapia de bloqueio androgênico adjuvante por 3 anos é mandatória.	C

	Hormonal	Terapia adjuvante padrão em mais do que 2 linfonodos positivos para radioterapia ou prostatectomia radical, como terapia local primária. Terapia hormonal pode somente ser usada como monoterapia em pacientes que não são aptos para qualquer tipo de terapia local.	A
	Terapia combinada	Não é opção padrão. Escolha do paciente.	B
M+	Conduta expectante	Não é opção padrão. Pode ter pior sobrevida/ mais complicações do que com tratamento hormonioterápico imediato. Requer seguimento próximo.	B

	Prostatectomia radical	Não é opção padrão.	C
	Radioterapia	Não é uma opção com intenção curativa; opção terapêutica em combinação com bloqueio androgênico para tratamento de sintomas derivados de acometimento local pelo câncer.	C
	Hormonal	Opção padrão. Mandatório em pacientes sintomáticos.	A

Para mais informações detalhadas e discussões sobre terapia de segunda linha, por favor, procure a versão completa das diretrizes.

Seguimento dos pacientes com câncer de próstata

Determinação do PSA sérico, história da doença-específica e TR são as pedras fundamentais no seguimento dos pacientes com CaP. Exames de imagem de rotina em pacientes estáveis não são recomendados e somente podem ser utilizados em situações específicas.

Diretrizes para o seguimento após tratamento com intenção curativa	GR
Em pacientes assintomáticos, uma história da doença atual e medida do PSA suplementado pelo TR são os testes recomendados para o seguimento de rotina. Isto pode ser realizado no 3 ^o , 6 ^o e 12 ^o meses após o tratamento, após a cada 6 meses, até os 3 anos e, depois anualmente.	B
Após PR, um nível sérico de PSA > 0,2 ng/ml pode ser associado com doença residual ou recorrência da doença.	B
Após radioterapia, um aumento do nível do PSA > 2 ng/ml acima do nadir do PSA, ao invés de um valor limiar, é o mais confiável sinal de doença persistente ou recorrente.	B
Tanto um nódulo palpável quanto um aumento sérico do nível do PSA podem ser sinais de recorrência de doença local.	B
Detecção de recorrência local por USTR e biópsia são somente recomendadas se isso vir a afetar o plano terapêutico. Na maioria dos casos, USTR e biópsia não são necessárias antes da terapia de segunda linha.	B
As metástases podem ser detectadas por TC/IMR ou cintilografia óssea. Em pacientes assintomáticos, estes exames podem ser omitidos se o nível sérico do PSA for < 20 ng/ml.	C

<p>Cintilografia óssea de rotina e outros estudos de imagem não são recomendados em pacientes assintomáticos. Se um paciente tem dor óssea, uma cintilografia óssea deve ser considerada independente do nível sérico de PSA.</p>	<p>B</p>
---	----------

<p>Diretrizes para o seguimento após tratamento hormonal</p>	<p>GR</p>
<p>Pacientes devem ser avaliados no 3^o e 6^o meses após início do tratamento. Os testes devem, no mínimo, incluir nível sérico de PSA, TR, Testosterona sérica e cuidadosa avaliação dos sintomas, a fim de se avaliarem a resposta ao tratamento e os efeitos colaterais.</p>	<p>B</p>
<p>Se o paciente foi submetido à deprivação androgênica intermitente, PSA e testosterona devem ser monitoradas a um intervalo de 3 meses, durante a interrupção do tratamento.</p>	<p>C</p>
<p>O seguimento deve ser adaptado individualmente a cada paciente, de acordo com os sintomas, fatores prognósticos e o tratamento efetuado.</p>	<p>C</p>
<p>Em pacientes com doença em estágio M0 com boa resposta ao tratamento, o seguimento é programado a cada 6 meses, e deve incluir, no mínimo, uma história da doença específica, TR e medida sérica do PSA.</p>	<p>C</p>

Em pacientes com doença em estágio M1 com boa resposta ao tratamento, o seguimento é programado a cada 3 / 6 meses. Seguimento deve incluir, pelo menos, uma história específica da doença, TR e medida sérica do PSA, frequentemente suplementados por hemoglobina, creatinina sérica e fosfatase alcalina.	C
Pacientes (especialmente os estadiados como M1b) devem ser aconselhados sobre sinais clínicos que podem sugerir compressão medular.	A
Quando ocorre progressão da doença, ou se o paciente não responde ao tratamento dado, o seguimento deve ser individualizado.	C
Não são recomendado exames de imagem de rotina em pacientes estáveis.	B

Tratamento da recaída após terapia com intenção curativa

Um esforço deve ser feito para distinguir entre a probabilidade de falha local e a falha à distância (+/- local). Patologia inicial, quanto tempo após a terapia primária ocorreu a recaída e quão rápida foi a elevação do PSA são informações que podem ajudar na distinção entre falha local ou a distância. Tumores pouco diferenciados, recaída precoce do PSA e um pequeno tempo de duplicação do PSA são sinais de falha a distância. O tratamento pode ser guiado pelo presumido sítio de falha. Estudos de imagem têm valor limitado em pacientes com recaída precoce do PSA.

Diretrizes para terapia de segunda linha após tratamento curativo		GR
Falha local presumida após prostatectomia radical	Pacientes com falha local presumida devem ser candidatos a radioterapia de salvamento. Deve ser usada a dose de, pelo menos, 64 Gy e, preferencialmente, antes do PSA ter aumentado acima de 0,5 ng/ml. O oferecimento de vigilância ativa (monitoramento ativo) por um período pode ser o melhor para outros pacientes, com possível hormonioterapia em um momento futuro.	B
Falha local presumida após radioterapia	Pacientes selecionados podem ser candidatos a PR de salvamento e eles devem ser informados sobre o alto risco de complicações, como incontinência e disfunção erétil. Prostatectomia de salvamento somente deve ser realizada em centros experientes.	B
	Para outros pacientes, a melhor oferta é um período de vigilância ativa (monitoramento ativo), com possível hormonioterapia em momento futuro.	B

Falha à distância presumida	Há alguma evidência de que hormonioterapia inicial pode ter benefício em +/- falha local, atraso na progressão da doença e, possivelmente, alcançando benefício na sobrevivência em comparação com terapia não inicial. Os resultados são controversos e não recomendados, exceto por razões paliativas.	B
-----------------------------	--	---

Tratamento da recaída após terapia hormonal

CaP refratário à castração (CPRC) é usualmente uma doença debilitante, frequentemente afetando pacientes idosos. Terapia multidisciplinar é requerida com o auxílio de médicos oncologistas, radioterapeutas, urologistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Na maioria dos casos a decisão sobre se o tratamento deve ou não ser realizado é feita com base no aconselhamento individual do paciente, o que limita o papel das diretrizes.

Diretrizes para manejo de terapia hormonal secundária em pacientes com CPRC	GR
Terapia antiandrogênica deve ser interrompida, uma vez que a progressão do PSA é documentada.	B

<p>Não há uma clara recomendação para qual medicação hormonal para manipulação secundária seja mais efetiva, porque dados de estudos randomizados são escassos. Entretanto, Abiraterona e MDV3100 podem direcionar esta questão, enquanto os dados finais de ensaios clínicos randomizados de fase 3 são analisados.</p>	<p>C</p>
--	----------

Comentário: Uma eventual retirada do antiandrogênio poderia tornar seu efeito aparente após 4-6 semanas da descontinuação da flutamida ou bicalutamida.

<p>Diretrizes para terapia citotóxica em pacientes com CPRC</p>	<p>GR</p>
<p>Pacientes com CPRC devem ser aconselhados, gerenciados e tratados por uma equipe multidisciplinar.</p>	
<p>Em CPRC não metastático, a terapia citotóxica deve somente ser utilizada em ensaios clínicos.</p>	<p>B</p>
<p>Em pacientes com aumento do PSA isolado, dois aumentos consecutivos do nível sérico de PSA, acima de uma referência prévia, devem ser documentados.</p>	<p>B</p>
<p>Previamente ao tratamento, o nível sérico de PSA deve ser > 2 ng/ml, para garantir a correta interpretação da eficácia terapêutica.</p>	<p>B</p>
<p>Benefícios potenciais da terapia citotóxica e efeitos colaterais esperados devem ser discutidos individualmente com os pacientes.</p>	<p>C</p>
<p>Em pacientes com CPRC metastáticos que são candidatos a terapia citotóxica, Docetaxel, 75 mg/m² a cada 3 semanas é a droga de escolha, desde que tenha demonstrado significativo aumento na sobrevida.</p>	<p>A</p>

Em pacientes com metástases ósseas sintomáticas devido ao CPRC, ambos docetaxel ou mitoxantrona com prednisona ou hidrocortisona são opções terapêuticas viáveis. Se não for contraindicado, docetaxel é o agente preferido, baseado na significativa vantagem do alívio algíco .	A
Em pacientes com recaída após docetaxel como primeira linha quimioterápica, baseados nos resultados de estudos clínicos randomizados fase III, Cabazitaxel e Abiraterona são considerados como primeira opção para tratamento de segunda linha.	A
Docetaxel como tratamento de segunda linha pode ser considerado em pacientes com boa resposta, tratados previamente com docetaxel. De outra forma, o tratamento deve ser adaptado individualmente ao paciente. Nos casos em que o paciente não for elegível para cabazitaxel ou abiraterona, docetaxel é uma opção.	A

Diretrizes para manejo paliativo em pacientes com CPRC	GR
Pacientes com metástases ósseas extensas e sintomáticas não se beneficiam de tratamento médico com o propósito de aumento da sobrevivência.	A
O manejo destes pacientes deve ser direcionado na melhora da qualidade de vida e providência na redução da dor.	A

Manejo médico efetivo com a mais alta eficácia e a mais baixa frequência de efeitos contralaterais é o maior objetivo da terapia.	A
Bifosfonados (ex. Ac. Zolendrônico) devem ser oferecido aos pacientes com massas no esqueleto para evitar complicações ósseas. Entretanto, os benefícios devem ser balanceados contra a toxicidade destes agentes, em particular, necrose de mandíbula deve ser evitada.	A
Tratamentos paliativos, como radionucleídeos, radioterapia externa e uso adequado de analgésicos, devem ser considerados precocemente no manejo de metástases ósseas dolorosas.	B
Cirurgia de medula espinhal ou radioterapia descompressiva são cirurgias de emergência às quais devem ser consideradas para pacientes com sintomas neurológicos críticos.	A

Resumo

O câncer de próstata é uma doença complexa, na qual muitos aspectos da própria doença e do paciente afetado devem ser considerados antes das decisões a respeito do manejo diagnóstico, tratamento e seguimento a serem realizados.

Tradução para o Português:

Dr. Marcelo Quintanilha Azevedo

Médico Urologista Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia

Fellow em cancer de prostata pela Wayne

State University - Detroit

Dr. Ricardo Zordan | Cotradutor

Urologista - TISBU

Mestre em Patologia

O processo de tradução para a Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

Este texto resumido está baseado nas recomendações da EAU (ISBN 978-90-79754-96-0), disponíveis aos membros da Associação Europeia de Urologia no seu website, <http://www.uroweb.org>.