



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Protocolo de Conduta da Assistência Médico- Hospitalar - Próstata

Versão eletrônica atualizada em
Novembro - 2008

Protocolo de Conduta da Assistência Médico-Hospitalar

Objetivos:

- manuseio das doenças de forma rápida e efetiva
- diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes
- melhora da qualidade de vida e a diminuição dos custos

A intenção deste protocolo é de encorajar a uniformização de alguns serviços de saúde prestados. Embora pretenda melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços não é uma garantia absoluta sobre os resultados. O protocolo constitui apenas um guia de condutas, cabendo ao médico responsável as decisões finais sobre o manuseio de seus pacientes. Deve conter os requisitos mínimos aceitos para o manejo dos pacientes.

I. Este protocolo envolve: radioterapia no tratamento do câncer de próstata (CID C61).

II. Tempo de Tratamento hospitalar previsto: 08 semanas.

III. Introdução

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima 49.530 casos novos de câncer de próstata no Brasil em 2008. Estes valores correspondem a um risco estimado de 52 casos novos a cada 100 mil homens (Tabela 4).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais freqüente em todas as regiões com risco estimado de 69/100.000 na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Centro-Oeste, 38/100.000 na região Nordeste e, 22/100.000 na região Norte.

O prognóstico, de acordo com estatísticas norte-americanas é de 100% de sobrevida em 5 anos para doença localizada e 33,5% para doença à distância.

IV. Critérios de inclusão:

Será considerado elegível o paciente que apresentar TODOS os seguintes critérios de inclusão:

- ser portador de neoplasia maligna primária de próstata com confirmação histológica;
- estágio clínico T1-3 N0 M0 (AJCC);
- pacientes portadores de recidiva bioquímica (BQ) ou nodular (clínica) ou com indicação de radioterapia adjuvante após prostatectomia e ausência de metástases linfonodais ou à distância, poderão igualmente ser incluídos neste protocolo.

V. Critérios de exclusão: (contra-indicações absolutas)

Será considerado inelegível o paciente que apresentar UM OU MAIS dos seguintes critérios de exclusão:

- senilidade e/ou falta de compreensão dos procedimentos;
- impossibilidade de adesão ao tratamento;
- recusa ao tratamento;
- radioterapia pélvica prévia;
- colagenose em atividade.

VI. Confirmação do diagnóstico clínico:

- história clínica;
- exame físico: (geral e dirigido)
- exames complementares:
 - *Biópsia de próstata, com especificação do grau de Gleason;
 - *TC ou RM de pelve;
 - *Radiografia de tórax;
 - *Exames laboratoriais e dosagem sérica de PSA (pré-hormonioterapia, e pré e pós-cirurgia, quando indicado);
 - *Mapeamento ósseo;
 - *Exames desejáveis: ultra-sonografia trans-retal.

VII. Plano Terapêutico:

VII. A. Tratamento radical curativo:

- Radioterapia externa:

Haverá estratificação dos pacientes com tumores primários em 3 grupos de risco, a saber: baixo risco, para pacientes com grau de Gleason 6, PSA menor ou igual a 10ng/ml e estágio T2a; risco intermediário, para pacientes apresentando um dos fatores prognósticos com valor mais elevado; e alto risco, para pacientes com 2 ou mais fatores prognósticos com valores mais elevados.

Baixo risco: GTV: = próstata +/- inserção das vesículas seminais

Risco intermediário e alto risco: GTV: = próstata +/- vesículas seminais

Neoplasia maligna primária de próstata: CTV: = GTV

Recidiva bioquímica (BQ) ou nodular (clínica) ou indicação de radioterapia adjuvante após prostatectomia: CTV: = loja prostática e de vesículas seminais

PTV: = CTV + margens

Dose-dia: 200cGy

Doses totais:

Baixo risco: 7600cGy no PTV

Risco intermediário: 7600cGy no PTV

Alto risco: 7800cGy no PTV

Recidiva BQ: 7200cGy no PTV

Recidiva BQ + clínica: 7400cGy no PTV

Obs.: nos casos de recidiva BQ + clínica as doses-dia poderão ser diferenciadas (ex.: 200cGy X 210cGy, resultando em doses totais de 72 Gy e 75,6 Gy)

doses e volumes de tratamento em outras situações (por exemplo, irradiação pélvica concomitante) serão estabelecidos à critério médico;

Doses máximas em órgãos de risco:

Reto:

≤55%: ≥ 47Gy

≤40%: ≥ 65Gy

≤25%: ≥ 70Gy

≤10%: ≥ 75Gy

Dmáx: 82Gy

Dose circunferencial máxima 45Gy

Bexiga:

≤55%: ≥ 47Gy

≤30%: ≥ 70Gy

Dmáx: 82Gy

Cabeça femoral:

Dmáx: 50Gy

PTV:

Dmin: 72Gy

Variação: 20%

Posicionamento e imobilização:

- decúbito dorsal;
- utilização de imobilizador individual;
- tratamento diário com bexiga cheia e reto vazio, conforme rotina específica de enfermagem.

Técnica de irradiação:

- Radioterapia de Feixe de Intensidade Modulada (IMRT) e checagem regular (diária ou, no mínimo, semanal) do posicionamento dos pacientes com técnica de Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT).

VIII. Critérios de suspensão temporária do tratamento:

- qualquer toxicidade grau III ou superior (RTOG).

IX. Critérios de interrupção do tratamento:

- progressão de doença;
- toxicidade grau 4 (RTOG) persistente, sem recuperação com suspensão temporária do tratamento e/ou terapêutica habitual;
- perda de peso maior que 20% do peso habitual.

X. Instruções específicas por ocasião da alta:

Tipo	Instruções
Dieta	De acordo com protocolo específico da nutrição.
Atividade Física	Normal, dentro de sua capacidade.
Curativos/Incisões	Não.
Medicamentos	Medicações conforme clinicamente indicado.
Exames controle	Dosagem sérica do PSA e toque retal a cada retorno; radiografia de tórax a cada 12 meses; demais exames a critério clínico.
Materiais especiais	Nenhum.
Educação (sinais, sintomas, equipamentos, etc.)	Observar sintomas urinários e intestinais, em geral. Checar desempenho sexual.
Reavaliação/Emergência	Reavaliações no 1o mês após o tratamento; a cada 3 meses no primeiro ano; a cada 4 meses no segundo ano; a cada 6 meses nos anos subseqüentes.

XI. Abreviaturas explicativas usadas:

GTV: gross tumor volume;
 CTV: clinical target volume;
 PTV: planning target volume;
 RTOG: Radiation Therapy Oncology Group;
 AJCC: American Joint Committee on Cancer;
 RM: ressonância nuclear magnética;
 TC: tomografia computadorizada;
 USG: ultrassonografia.

XII. Tabelas e anexos:

MORBIDADE AGUDA - RTOG*

Órgão - tecido	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Pele	Eritema folicular fraco ou apagado, epilação, descamação seca, diminuição se sudorese.	Eritema brando ou claro, descamação úmida em placas, edema moderado.	“Descamação úmida confluyente, além das dobras da pele ou edema em casca de laranja”	Ulceração, hemorragia ou necrose.



Membrana Mucosa	Eritema puntiforme, pode haver dor branda sem a necessidade de analgésicos.	Mucosite em placas que pode produzir uma secreção sero-sanguinolenta inflamatória. Pode haver dor moderada necessitando de analgésicos.	Mucosite fibrinosa confluenta. Pode incluir dor intensa, necessitando de narcóticos.	Ulceração, hemorragia ou necrose.
Gastrointestinal Superior	Anorexia com menos de 5% de perda de peso. Náuseas não necessitando de antieméticos. Desconforto abdominal não necessitando de drogas parassimpatolíticas ou analgésicos.	Anorexia com menos de 15% de perda de peso. Náuseas ou vômitos necessitando de antieméticos. Dor abdominal necessitando de analgésicos.	Anorexia com mais de 15% de perda de peso ou necessitando de sonda nasogástrica ou de suporte parenteral. Dor abdominal intensa ou distensão (radiografias demonstrando distensão de alças intestinais). Hematêmese ou melena.	Obstrução aguda ou sub-aguda do íleo e dor abdominal intensa. Perfuração intestinal ou sangramento requerendo transfusão.
Gastrointestinal Inferior	Aumento da frequência ou modificação do hábito intestinal não necessitando de medicação. Sem desconforto retal.	Diarréia necessitando de drogas parassimpatolíticas. Descamação de mucosa ou dor retal e abdominal.	Diarréia requerendo suporte parenteral. Mucosite grave ou sangramento necessitando de fraudas.	Obstrução aguda ou sub-aguda, fístula ou perfuração. Sangramento requerendo transfusão. Dor abdominal ou tenesmos necessitando de sonda nasogástrica.
Genitourinário	Frequência urinária ou	Frequência urinária ou	Frequência urinária ou	Hematuria requerendo



	nictúria duas vezes maior que o habitual. Urgência miccional não necessitando de medicação.	nictúria menos freqüente do que a cada hora. Disúria ou espasmo de bexiga necessitando de analgésico tópico (p ex. Pyridium).	nictúria a cada hora ou mais freqüente. Disúria, dor pélvica ou espasmo de bexiga necessitando o uso de narcóticos regularmente. Hematúria macroscópica, com ou sem coágulos.	transusão. Obstrução aguda de bexiga. Ulceração ou necrose.
Hematológico	11 > Hb > 9,5 4000 > Gb > 3000 1900 > fagócitos > 1500 100.000 > plaquetas > 75.000	9,5 > Hb > 7,5 3000 > Gb > 2000 1500 > fagócitos > 1000 75.000 > plaquetas > 50.000	7,5 > Hb > 5 2000 > Gb > 1000 1000 > fagócitos > 500 50.000 > plaquetas > 25.000	Hb < 5 Gb < 1000 fagócitos < 500 plaquetas < 25.000 *Grau 0: Sem mudança / ausência de toxicidade.

MORBIDADE TARDIA / SEQÜELAS - RTOG / EORT*

Órgão/tecido	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Pele	Leve atrofia, mudança de pigmentação ou alguma perda de cabelo.	Atrofia, teleangectasia moderada ou perda total de cabelo.	Atrofia e teleangectasia acentuadas.	Ulceração.
Tecido Subcutâneo	Leve fibrose e perda de gordura subcutânea.	Fibrose acentuada mas assintomática. Leve contratura no campo com diminuição linear menos de 10%.	Fibrose intensa e perda de tecido subcutâneo. Contratura no campo igual ou superior a 10%.	Necrose.
Membrana	Leve atrofia e	Atrofia	Atrofia com	Ulceração.



Mucosa	secura.	moderada e teleangectasia. Pouco muco.	secura completa. Teleangectasia grave.	
Intestinal	Diarréia branda ou cólicas leves. Até 5 evacuações ao dia. Descarga retal ou sangramento leves.	Diarréia moderada e cólicas. Evacuações mais de 5 vezes ao dia. Excessivo muco retal ou sangramento intermitente.	Obstrução e sangramento requerendo cirurgia.	Necrose, perfuração ou fístula..
Bexiga	Atrofia epitelial leve, teleangectasia branda ou hematúria microscópica leve e rara.	Freqüência urinária moderada, teleangectasia generalizada ou hematúria microscópica intermitente.	Freqüência urinária elevada ou disúria. Teleangectasia generalizada. Hematúria freqüente ou redução da capacidade vesical (< 150 cc)	Necrose ou bexiga contraída secundária (< 100 cc). Cistite hemorrágica severa)

*Grau 0: Sem mudança ou ausência de toxicidade; Grau 5: Óbito diretamente relacionado ao efeito tardio da radiação.

XIII. Data da realização do protocolo: 09/2008

Data da próxima revisão:

XIV. Equipe responsável pela elaboração

Nomes	Profissão / Especialidade
Michael Jenwei Chen	Médico / Radioterapia
Eduardo Weltman	Médico / Radioterapia
Robson Ferrigno	Médico / Radioterapia
Rodrigo de Moraes Hanriot	Médico / Radioterapia