

Autores: João Pádua Manzano^{1,2}; João Henrique Sendrete de Pinho³; Davi Souza Constantim¹; Vinicius Meneguette de Souza¹; Thaina de Oliveira Azambuja¹; Frederico Barbosa¹; Jaime Comar¹; Fabrizio Messetti¹; Daniel Beltrame¹; Ricardo Luis Vita Nunes¹. **Instituições:** 1. Hospital Moriah, São Paulo - SP, Brasil; 2. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP, Brasil; 3. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora - MG, Brasil.

Introdução e Objetivo

A diferenciação entre os escores de Gleason na biópsia de próstata é importante na tomada de decisão do tratamento. No entanto, erros de graduação em comparação com o escore de Gleason real observado no exame anatomopatológico do espécime cirúrgico das prostatectomias radicais são comuns. Alguns estudos anteriores demonstraram que o aumento do escore de Gleason está intimamente relacionado a um aumento na taxa de recorrência bioquímica e resultados oncológicos adversos em pacientes com câncer de próstata, reforçando a importância dessa discordância no desfecho do tratamento. Portanto, nosso objetivo nessa análise retrospectiva de 146 pacientes submetidos a prostatectomia radical robótica em um centro brasileiro de alto volume cirúrgico, foi comparar o escore Gleason na biópsia com o resultado do exame anatomopatológico da peça cirúrgica, analisando a taxa de coincidência do escore de Gleason e os fatores associados ao aumento do escore de Gleason.

Método

Neste estudo retrospectivo foram avaliados todos os pacientes submetidos a prostatectomia radical robótica por nossa equipe entre 2016 e 2022, sendo excluídos os pacientes com dados incompletos. Dos dados dos pacientes, coletamos: idade, índice de massa corporal (IMC), antígeno prostático específico (PSA) pré-operatório, tamanho da próstata, RM-PIRADS, número de fragmentos removidos na biópsia, porcentagem de fragmentos positivos na biópsia, escore de Gleason na biópsia, escore de Gleason no anatomopatológico, presença de padrão ductal ou cribriforme, e extensão extra-prostática. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Após a análise da taxa de coincidência, os pacientes foram divididos em dois grupos, com e sem aumento do Gleason, sendo as variáveis: PSA, PIRADS, tamanho da próstata, número total e porcentagem de fragmentos positivo na biópsia, porcentagem de tumor, extensão extra prostática e o Gleason, comparadas entre os grupos por meio dos testes Qui-quadrado e T de Student. Consideramos o nível de significância $p < 0,05$ e todos os dados foram analisados no programa Stata (versão 14).

Figuras

Tabela 1: Características dos Pacientes

Idade, média ± DP em anos	66.07 ± 7.9
Índice de Massa Corporal, média ± DP em kg/m ²	28.06 ± 6.01
PSA pré-operatório, média ± DP em ng/ml	7.28 ± 4.55
Tamanho da próstata, média ± DP em gramas	41.21 ± 22.74
RM-PIRADS, n (%):	
0	1 (0.76)
1	1 (0.76)
2	5 (3.82)
3	27 (20.61)
4	68 (51.91)
5	29 (22.14)
Número de fragmentos removidos na biópsia, média ± DP	13.55 ± 3.19
Fragmentos positivos na biópsia (%), média ± DP	34.85 ± 19.36
Escore de Gleason na biópsia, n (%):	
6 (3+3)	27 (18.49)
7 (3+4)	70 (47.95)
7 (4+3)	22 (15.07)
8 (4+4)	18 (12.33)
9 (4+5)	8 (5.48)
9 (5+4)	1 (0.68)
Escore de Gleason no anatomopatológico, n (%):	
6 (3+3)	3 (2.05)
7 (3+4)	55 (37.67)
7 (4+3)	43 (29.45)
8 (4+4)	21 (14.38)
9 (4+5)	21 (14.38)
9 (5+4)	2 (1.37)
10 (5+5)	1 (0.68)
Padrão ductal ou cribriforme, n (%)	23 (15.86)
Extensão extra-prostática, n (%)	58 (40)
N: número; DP: desvio padrão.	

Tabela 2: Prevalência e fatores associados a alterações no Escore de Gleason

Comparação do Escore de Gleason na Biópsia e no Anatomopatológico:	
Tiveram diferença no Escore de Gleason, n (%)	87 (59.59)
Escore de Gleason aumentou (<i>upgrading</i>), n (%)	77 (88.5)
Escore de Gleason diminuiu (<i>downgrading</i>), n (%)	10 (11.5)
Fatores associados ao aumento no Escore de Gleason:	
Menor porcentagem de fragmentos positivos na biópsia	$p = 0.0326^*$
Extensão extra-prostática	$p = 0.029^*$
Menores Escores de Gleason na biópsia	$p = 0.001^*$

*: estatisticamente significante.

Resultados

Os pacientes do estudo apresentavam uma média de idade acima dos 65 anos e uma média de IMC correspondente a faixa de sobrepeso. Em relação a próstata, em média, o tamanho da grândula e o PSA pré-operatório foram, respectivamente, 41,21 gramas e 7,28 ng/ml.

Entre todos os pacientes, mais de 80% apresentavam escore de Gleason 6 ou 7 no pré-operatório, sendo a média de fragmentos removidos na biópsia e a porcentagem média de fragmentos positivos na biópsia iguais à, respectivamente, 13,55 e 34,85%.

No anatomopatológico, aproximadamente 15% dos pacientes apresentavam padrão ductal ou cribriforme, e 40% apresentavam extensão extra-prostática. A proporção de pacientes com escore de Gleason 6 ou 7 caiu para menos de 70% no anatomopatológico. Vale ressaltar que, enquanto na biópsia 18,49% dos pacientes tinham escore de Gleason 6, apenas 2,05% dos pacientes apresentaram escore de Gleason 6 no anatomopatológico. As características basais dos pacientes incluídos no estudo estão sintetizadas na Tabela 1.

Entre os 146 pacientes incluídos (Tabela 1), a taxa de coincidência no Gleason foi de 40.41%, sendo que a discordância era maior quanto menor fosse o Gleason na biópsia, ou seja, dos 27 pacientes Gleason 6 na biópsia, 24 (88.89%) tiveram um Gleason maior no espécime cirúrgico.

Em nossa análise, dos 87 casos onde houve discordância no Gleason, 88,5% das vezes aconteceu um aumento da graduação no anatomopatológico em relação a biópsia, sendo que um menor escore de Gleason na biópsia ($p = 0,001$), uma menor porcentagem de fragmentos positivos na biópsia ($p = 0,0326$) e a presença de extensão extra-prostática ($p = 0,029$) foram fatores associados a esse aumento (Tabela 2).

Conclusão

A discordância entre o escore de Gleason na biópsia prostática pré-operatória e no exame anatomopatológico do espécime cirúrgico da prostatectomia radical é alta, principalmente para os paciente que apresentam pontuações mais baixas no escore de Gleason na biópsia, o que pode gerar insegurança na indicação da vigilância ativa para o câncer de próstata. Portanto, deve-se manejar com cautela os pacientes com escore de Gleason 6 na biópsia, principalmente os que apresentam menores porcentagens de fragmentos positivos na biópsia ou suspeita de extensão extra-prostática, mesmo que esses pacientes possuam valores de PSA menores que 10 ng/ml.

Referências

- Wang Y, Chen X, Liu K, et al. Predictive Factors for Gleason Score Upgrading in Patients with Prostate Cancer after Radical Prostatectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Urol Int. 2023;
- Thomas C, Pfirrmann K, Pielele F, et al. Predictors for clinically relevant Gleason score upgrade in patients undergoing radical prostatectomy. BJU Int. janeiro de 2012;
- Boorjian SA, Karnes RJ, Crispen PL, et al. The impact of discordance between biopsy and pathological Gleason scores on survival after radical prostatectomy. J Urol. janeiro de 2009.