

Lucas Antonio Pereira do Nascimento¹, Vinícius Ramos Machado¹, João Jorge Saab Filho¹, Matheus Vieira Santos², Mário Henrique Bueno Bavaresco³, Renato Meirelles Mariano da Costa Junior³, Renato Panhoca⁴, Wagner Aparecido França⁵, Luis Augusto Seabra Rios⁶, Gregório Pinheiro Soares⁷

1. Residente do Programa de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE / HSPE); 2. Fellow do Programa de Uro-Oncologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE / HSPE); 3. Urologista Assistente do Serviço de Uro-Oncologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE / HSPE); 4. Coordenador do Serviço de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE / HSPE); 5. Coordenador do Serviço de Disfunção Mioel e Cirurgia Reconstructiva do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE / HSPE); 6. Diretor do Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE / HSPE); 7. Oncologista Assistente do Serviço de Oncologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE / HSPE)

Introdução e Objetivo

O câncer de próstata (CaP) é uma doença complexa e com alta incidência sendo a segunda principal causa de morte câncer específica no sexo masculino^{2,3}. Possui diversos tipos de apresentação e evolução, o que torna seu manejo desafiador⁴. Quando metastático, possui uma sobrevida média em cinco anos de aproximadamente 29%⁴, podendo ser ainda menor a depender do status clínico do paciente e do comportamento tumoral⁵. Todas essas características tornam necessário um seguimento amplo e dinâmico à essa população, justificando a recomendação e adoção, por diversas entidades médicas internacionais, de reuniões multidisciplinares como parte fundamental do tratamento a esses pacientes⁶.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto que reuniões multidisciplinares (Tumor Board), instituídas em 2020, apresentam sobre os cuidados a pacientes com câncer de próstata metastático.

Método

Estudo de coorte retrospectivo e unicêntrico em que pacientes foram subdivididos em dois grupos de acordo com a data do diagnóstico de neoplasia de próstata metastática: (1) 2018 a 2019, antes da instituição do Tumor Board – Grupo 1 (G1); e (2) 2022, após instituição do Tumor Board (TB) – Grupo 2 (G2).

O período escolhido objetiva afastar interferências geradas pela pandemia de Sars-CoV 2.

Os resultados foram obtidos através da análise estatística (SPSS versão 22.0) de diversas características, como: tempo para consulta com oncologista, número de pacientes com terapia complementar a deprivação hormonal, tempo e tipo de terapia complementar, tempo até terapia adicional (em caso de progressão), status de sensibilidade e administração de ácido zoledrônico na fase castração sensível.

Figuras

Tabela 1 - Distribuição estatística das idades segundo grupos de pacientes

Variável	Categoria/Estatística	Anos				p-valor		
		2018-2019		2022				
		n	%	n	%			
Idade (diag. câncer) cat.	<60 anos	2	2,8%	4	6,0%	6	4,3%	0,004 ⁴
	60-75 anos	26	36,6%	41	61,2%	68	48,9%	
	>75 anos	43	60,5%	22	32,8%	65	46,8%	
Total		71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	
n		72		67		139		
Idade (diag. câncer)	Média	75,69		71,79		73,91		0,006 ¹
	Mediana	76,50		71,00		73,00		
	desvio-padrão	8,79		8,53		8,88		
	Mínimo	68,00		67,00		67,00		
	Máximo	92,00		88,00		92,00		
Intervalo interquartil		13,75		12,00		14,00		

¹ Teste t-Student para amostras independentes
² Teste U de Mann-Whitney
³ Teste Qui-quadrado de Pearson
⁴ Teste Exato de Fisher

Tabela 2 - Distribuição de variáveis qualitativas e categóricas segundo grupos de pacientes

Variável	Categoria	Anos				p-valor		
		2018-2019		2022				
		n	%	n	%			
ISUP	G1	5	7,0%	4	6,0%	9	6,5%	0,333 ¹
	G2	10	14,1%	13	19,4%	23	16,7%	
	G1	18	25,4%	8	11,9%	26	18,8%	
	G2	34	47,9%	37	55,2%	71	51,4%	
	Total	71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	
Tratamento local	Prostatectomia	5	7,0%	0	0,0%	5	3,6%	1,000 ²
	Radoterapia	10	14,1%	11	16,4%	21	15,2%	
	Prostatectomia + Radoterapia	2	2,8%	1	1,5%	3	2,1%	
Me de novo	Recidiva	54	76,0%	51	76,1%	105	76,0%	0,843 ³
	Resistente	16	22,5%	16	23,8%	32	23,1%	
	Total	71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	
Status da castração	Sensível	68	95,7%	64	95,5%	132	95,6%	1,000 ²
	Resistente	3	4,2%	3	4,5%	6	4,3%	
	Total	71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	
Metástase	Linfonódica	12	16,9%	11	16,4%	23	16,7%	0,075 ⁴
	Osteo	46	64,8%	38	52,2%	81	58,7%	
	Outras	11	15,5%	21	31,3%	32	23,2%	
Classificação de Volume CHARTED	Alto	34	47,9%	19	28,4%	53	38,4%	0,023 ¹
	Médio	33	46,5%	27	40,3%	60	43,5%	
	Baixo	7	9,8%	17	25,4%	24	17,5%	
Classificação de Risco LATITUDE	< 3 meses	6	8,5%	5	7,5%	11	8,0%	0,496 ¹
	3 a 6 meses	10	14,1%	8	11,9%	18	13,0%	
	> 6 meses	24	33,5%	22	32,8%	46	33,4%	
Tempo até terapia adicional	< 3 meses	28	39,4%	7	10,4%	35	25,4%	0,000 ¹
	3 a 6 meses	22	31,0%	12	17,8%	34	24,6%	
	> 6 meses	21	29,7%	48	71,6%	69	50,0%	
Status na terapia adicional	Sensível	27	38,0%	47	70,1%	74	53,6%	0,008 ¹
	Resistente	4	5,6%	10	14,9%	14	10,1%	
	Total	71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	
Tratamento adicional	Bicalutamida	10	14,1%	14	20,9%	24	17,4%	0,001 ¹
	Abiraterona	9	12,7%	2	3,0%	11	8,0%	
	Outros	2	2,8%	5	7,5%	7	5,1%	
Realizou segunda terapia adicional	Sim	27	38,0%	47	70,1%	74	53,6%	0,008 ¹
	Não	14	19,7%	11	16,4%	25	18,1%	
	Total	71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	
Status na segunda terapia adicional	Sensível	1	1,4%	5	7,5%	6	4,3%	0,061 ¹
	Resistente	12	16,9%	9	13,4%	21	15,2%	
	Total	14	19,7%	11	16,4%	25	18,1%	
Segunda terapia adicional	Bicalutamida	1	1,4%	0	0,0%	1	0,7%	0,885 ¹
	Abiraterona	8	11,3%	6	9,0%	14	10,1%	
	Outros	0	0,0%	1	1,5%	1	0,7%	
= 2 doses de Ácido Zoledrônico (fase castração sensível)	Sim	14	19,7%	0	0,0%	14	10,1%	0,047 ¹
	Não	56	78,3%	67	100,0%	123	89,1%	
	Total	71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	
Desfecho	Progressão	24	33,8%	25	37,3%	49	35,5%	0,006 ¹
	Desconhecido	22	31,0%	34	50,7%	56	40,5%	
	Falecimento	8	11,3%	1	1,5%	9	6,5%	
Status	Falecido	25	35,2%	26	38,8%	51	36,8%	0,000 ¹
	Desconhecido	24	33,8%	5	7,5%	29	21,0%	
	Total	71	100,0%	67	100,0%	138	100,0%	

¹ Teste Qui-quadrado de Pearson
² Teste Exato de Fisher

Resultados

Foram incluídos 138 pacientes e subdivididos de acordo com a data do diagnóstico de CaP metastático: (1) 2018 a 2019 (71); e (2) 2022 (67). No primeiro grupo prevaleceram pacientes com idade superior a 75 anos, enquanto que, no segundo, houve maior número de pacientes com idade entre 60 e 75 anos. A média de idade foi, respectivamente 75,8 vs 71,7 (p < 0,05). Ambos os grupos eram compostos por pacientes com maior volume de doença, de acordo com os critérios de CHARTED (52,1% vs 71,6%) e maior risco, de acordo com os critérios do LATITUDE (53,5% vs 59,7%).

Notou-se redução no tempo para consulta com oncologista que ocorria em menos de 3 meses em apenas 12,7% e passou a ocorrer, nesse mesmo intervalo de tempo, em 74,6% dos casos (p < 0,05). Consequentemente, reduziu-se o tempo para complementação terapêutica que, em menos de 3 meses, ocorria em apenas 12,5% e passou a ser notada em 51,1% dos pacientes (p < 0,05).

Além disso, houve uma importante mudança no perfil de sensibilidade dos pacientes ao iniciarem a terapia complementar a privação hormonal. No G1 apenas 14,3% dos pacientes eram sensíveis a castração e, após o TB, 69,6% (p < 0,05) apresentavam-se nesse subgrupo.

O tipo de medicação utilizada também foi impactado, notando-se maior emprego de Abiraterona desde o TB (18,5% vs 52,2%, p < 0,05) e menor uso de Bicalutamida como terapia complementar (37% vs 4,3%, p < 0,05).

Também, em conformidade ao uso de Ácido Zoledrônico apenas na fase de resistência a castração, houve redução no seu uso durante fase de sensibilidade a privação hormonal desde a instituição do TB (20% vs 7,5%, p < 0,05).

Após o TB, houve maior seguimento dos pacientes, assim como conhecimento do desfecho apresentado ("desfecho desconhecido"): 23,9% vs 10,4%, p < 0,05).

Conclusão

A instituição de reuniões multidisciplinares apresentou impacto significativo aos cuidados em saúde de pacientes com CaP metastático, dado menores períodos para consulta com oncologista e adição de terapia complementar. Houve aumento no número de pacientes com tratamento completo durante a fase castração sensível e mudança do tipo de medicação prescrita.

Esses dados permitem inferir que a implementação do Tumor Board é peça chave para a melhora dos cuidados a pacientes com CaP metastático e fundamental para o manejo da doença.

Referências

1. Rebelo RJ, Ong C, Krudsen KE, et al. Prostate cancer. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):9. Published 2021 Feb 4. doi:10.1038/s41572-020-00243-0; 2. Rawla P. Epidemiology of Prostate Cancer. *World J Oncol*. 2019;10(2):63-89. doi:10.14740/wjon1191; 3. Mottet N, van den Bergh RCN, Briers E, Van den Broeck T, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-ANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer—2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *European Urology*. 2021 Feb;79(2):243-62; 4. Damodaran S, Kyriakopoulos CE, Jarrard DF. Newly Diagnosed Metastatic Prostate Cancer: Has the Paradigm Changed? *Urologic Clinics of North America*. 2017 Nov;44(4):611-21; 5. Comford P, van den Bergh RCN, Briers E, Van den Broeck T, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-ANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1—2020 Update: Treatment of Relapsing and Metastatic Prostate Cancer. *European Urology*. 2021 Feb;79(2):263-82; 6. Keating NL, Landrum MB, Lamort EB, Bozeman SR, Shulman LN, McNeil BJ. Tumor Boards and the Quality of Cancer Care. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 2012 Dec 28;105(2):113-21.