

# Análise de complicações em pacientes portadores de câncer de próstata metastático submetidos à orquiectomia bilateral

## *Analysis of complications in metastatic prostate cancer patients submitted to bilateral orchiectomy*

BENEDITO MARTINS E SILVA, TCBC-AL<sup>1</sup>; JOSÉ ADEMIR BEZERRA DA SILVA NETO<sup>2</sup>; ROBERTA LINS DE LIMA<sup>2</sup>

### R E S U M O

**Objetivo:** Analisar as possíveis complicações que a ablação hormonal cirúrgica possa causar aos pacientes a ela submetidos. **Métodos:** Estudo transversal analítico com uma amostra de 25 pacientes, de 58 a 82 anos, portadores de câncer de próstata metastático, submetidos à orquiectomia bilateral, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008. Foi realizada avaliação por meio de questionário objetivo para aqueles que ainda encontravam-se vivos. **Resultados:** Dos 25 pacientes avaliados, 56% encontravam-se vivos, com média de idade atual de 71 anos, tendo apresentado como complicações mais frequentes: diminuição da libido e impotência sexual (100%), fragilidade óssea (64%), problemas de memória e variações de humor (57%), fogacho e ganho de peso (50%); 86% dos entrevistados referiram estarem satisfeitos com os resultados do procedimento e afirmaram que conseguem ter uma vida cotidiana normal, com melhora significativa do quadro clínico. E quanto a tratamentos adjuvantes, apenas 36% realizaram, sendo os mais comuns, quimioterapia (36%) e radioterapia (29%). **Conclusão:** A orquiectomia bilateral constitui-se em boa alternativa para pacientes portadores de câncer de próstata metastático, uma vez que foi observada satisfação da maioria dos pacientes em relação à melhora dos sintomas. As complicações apresentadas não tiveram grande impacto na vida cotidiana dos pacientes.

**Descritores:** Neoplasias da próstata. Orquiectomia. Complicações pós-operatórias.

### INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é uma das neoplasias mais prevalentes no mundo, sendo que ainda hoje grande número de homens procura assistência médica quando a doença já se encontra em estádios mais avançados. O câncer de próstata metastático (estadiamento M1) é considerado incurável. O tratamento visa melhorar a qualidade de vida enquanto há vida, cuja média em pacientes com câncer metastático é estimada em aproximadamente 2,5 anos<sup>1-6</sup>. Em 1941, Huggins descobriu que o câncer de próstata é andrógeno dependente, e que a castração ou administração de estrógenos diminuía o tamanho do tumor e, em alguns casos, promovia a regressão das metástases. O principal foco do tratamento para câncer de próstata avançado ou metastático é inibir a biossíntese de andrógenos, os hormônios responsáveis pelo crescimento celular do câncer na próstata. A supressão do andrógeno pode ser conseguida pelo tratamento cirúrgico (orquiectomia bilateral) ou castração medicamentosa. Esta envolve o uso, a longo prazo, de agonistas do hormônio luteinizante (LHRH). Os dois métodos de castração parecem igualmente eficazes em remover andrógenos testiculares<sup>5-11</sup>.

Ainda em 1941, Huggins *et al.* publicaram a primeira orquiectomia total bilateral como tratamento cirúrgico de supressão hormonal no câncer de próstata em estágio avançado. Durante décadas este método tem sido o tratamento de eleição por seu baixo custo, bom êxito, e sem os problemas de aderência do paciente à uma terapia determinada orquiectomia bilateral remove os testículos, que produzem cerca de 90% da testosterona do corpo. Uma vez que eles são a principal fonte de androgênio no corpo, o seu objetivo é reduzir o câncer de próstata e/ou prevenir o crescimento futuro do tumor através da remoção da fonte que o alimenta (testosterona).

A orquiectomia é procedimento efetivo que é relativamente simples, de baixo custo e de menor efeito colateral quando comparada com a ablação hormonal química. Apesar dessas vantagens e de se tratar do método mais empregado no nosso meio, apresenta os inconvenientes de uma "castração" cirúrgica irreversível, que pode manifestar problemas de ordem psíquica e efeitos colaterais.

O tratamento mais popular para alcançar o bloqueio hormonal é o uso de análogos de LH-RH. O problema maior desta modalidade do tratamento é seu custo elevado, especialmente se houver expectativa de prolon-

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED - UFAL), Maceió, AL, Brasil.

1. Professor Associado de Urologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - Maceió, AL - BR; 2. Doutorandos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED - UFAL). Maceió, AL - BR.

gada sobrevivência, como é observado atualmente na literatura<sup>8,10,12-15</sup>. Dentre as vantagens da castração cirúrgica para o câncer de próstata avançado incluem-se: procedimento do custo baixo (anestesia local); efeito imediato (reduz níveis de testosterona em 12h); morbidade baixa; eficácia comparável a outros métodos de castração clínica; tratamento definitivo.

As entidades de saúde pública podem obter significativa economia quando a castração for feita como tratamento para câncer avançado da próstata. Dependendo do país, uma única dose do análogo de LH-RH pode ser mais caro do que a orquiectomia bilateral.

A deprivação andrógena está associada a vários efeitos colaterais que podem afetar fortemente a qualidade de vida dos pacientes. Os sintomas associados com a castração, ou síndrome de deprivação andrógena, incluem fogaços, fadiga, anemia, diminuição da libido, impotência, ganho de peso, fraqueza muscular e perda de massa muscular, perda óssea, problemas de memória, diminuição da capacidade mental, variações de humor e alterações de personalidade, depressão e insônia. Nem todos ocorrem em todos os pacientes, e nem todos ocorrem com a mesma intensidade em diferentes pacientes. Outro aspecto negativo é o fator psicológico. Mesmo que o paciente já seja impotente, a retirada do símbolo da masculinidade é traumatizante<sup>10-14</sup>.

## MÉTODOS

É estudo transversal e analítico realizado no período de julho de 2008 a julho de 2009 no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/FAMED/UFAL). Todos os pacientes foram informados quanto ao questionário que iriam submeter-se e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O trabalho foi aprovado pelo Conselho de Bioética do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com base do item VIII. 13, b, da Resolução nº 196/96, em 17/03/2009, com registro de nº010464/2008-31.

A aplicação dos questionários foi realizada através de visitas domiciliares aos pacientes encontrados. Eram portadores de câncer de próstata metastático tratados através de orquiectomia. Foram diagnosticados e estadiados com os seguintes exames pré-operatórios: ultrassonografia abdominal total e trans-retal; PSA livre e total; biópsia trans-retal; toque digital da próstata; cintilografia óssea.

A amostra inicial era de 35 sujeitos submetidos ao procedimento, dos quais apenas 25 participaram do estudo, visto que 10 não foram encontrados devido à falha de armazenamento de dados no arquivo do hospital.

Os critérios de inclusão foram pacientes que realizaram orquiectomia bilateral por câncer de próstata metastático, e os de exclusão aqueles submetidos ao procedimento e que não eram portadores de câncer de próstata.

A coleta de dados foi feita com base em um questionário semi-estruturado com roteiro de entrevista direcionado para avaliação das possíveis complicações que o procedimento em questão poderia vir a causar na vida destes pacientes.

Os dados quantitativos foram coletados a partir de levantamento com base nos registros do centro cirúrgico do hospital e cadastrados em banco de dados. Depois ocorreram visitas domiciliares, nas quais foram aplicados os questionários.

A coleta de dados qualitativos foi realizada através de questionários semi-estruturados aos pacientes, após explicação detalhada do objetivo e importância desta pesquisa e com a finalidade de buscar informações sobre a qualidade de vida deles após a operação.

Quanto à análise de dados quantitativos, foram eles lançados nos softwares EPI-INFO versão 3.5.1, bem como para a elaboração de gráficos. As variáveis foram representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%). Adotou-se o nível de significância de 0,05 ( $\alpha = 5\%$ ).

Quanto à análise qualitativa, as entrevistas estiveram sujeitas à interpretação dos dados sob a perspectiva de se comprovar os benefícios deste procedimento para melhor qualidade de vida dos pacientes a ele submetidos.

## RESULTADOS

Dos 25 pacientes avaliados, observou-se média de idade no momento da operação de 69 anos, com variação de 58 a 82 anos (Tabela 1). A maioria se encontrava no intervalo entre 60 a 69 anos (48%). Destes, 56% encontravam-se vivos durante o período de pesquisa.

Os pacientes que evoluíram para óbito apresentaram tempo de vida médio entre a data da operação e do óbito de 1,61 anos (com variação de dois meses a três anos e 10 meses) (Tabela 2). A média de idade atual dentre os pacientes que se encontravam vivos foi de 71,70 anos, variando de 63 a 76. Já, entre os pacientes que morreram, a média de idade no óbito foi de 71,02 anos, com variação de 62 a 82.

Dentre as complicações mais frequentes apresentadas, observou-se: diminuição da libido e impotência sexual em 100%; fragilidade óssea em 64%; problemas

**Tabela 1** – Distribuição dos pacientes por idade no momento da operação (N = 25).

Idade	Frequencia
50-59	8%
60-69	48%
70-79	36%
> 80	8%
Total	100%

de memória e variações de humor em 57%; fogacho e ganho de peso em 50%; fadiga, insônia e fraqueza muscular em 29%; sudorese em 21%; obstrução uretral em 14%; palidez, diminuição da capacidade mental, incontinência urinária e perda de massa muscular em 7% (Figura 1).

Dentre os entrevistados, 86% referiram estar satisfeitos com os resultados do procedimento e afirmaram que conseguiam ter vida cotidiana normal, com melhora significativa do quadro clínico, e 14%, não.

Quanto aos tratamentos adjuvantes, apenas 36% realizaram, sendo os mais comuns quimioterapia em 36% e radioterapia em 29%, não havendo referências ao uso de hormonioterapia química ou de cuidados paliativos (Figura 2).

Todos os resultados apresentaram nível de significância fraco (>0,05%).

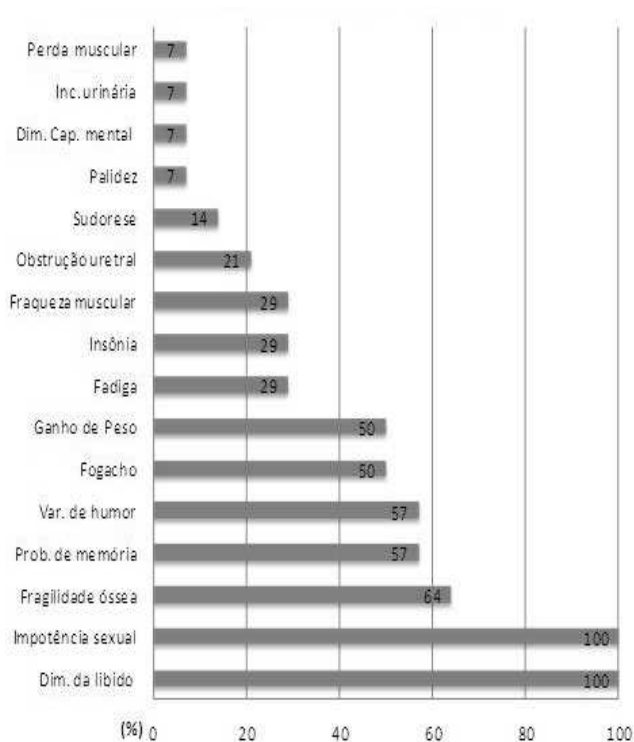
### DISCUSSÃO

No que se refere ao adenocarcinoma inicialmente avançado ou recidivado com metástase(s), o tratamento indicado é a hormonioterapia. Isto pode ser conseguido pela orquiectomia bilateral ou pelo uso de medicamentos agonistas LH-RH (leuprolida ou goserelina), os quais apresentam o mesmo impacto sobre a sobrevida<sup>4,7,16-19</sup>. A orquiectomia bilateral consegue reduzir a testosterona sérica em até 90% e atinge a meta do tratamento hormonal sem os efeitos colaterais do estrógeno, que põem em risco a vida do paciente<sup>7,18</sup>. As complicações mais frequentes observadas neste estudo, foram diminuição da libido e impotência sexual (100%), fragilidade óssea (64%), problemas de memória e variações de humor (57%), fogacho e ganho de peso (50%). Vale ressaltar que nem todas ocorreram em todos os pacientes, e nem com a mesma intensidade, e também não causaram grandes prejuízos psicológicos ou rejeição da operação por parte dos pacientes, visto a comparação dos seus benefícios versus suas complicações.

Dos entrevistados, 86% referiram estarem satisfeitos com os resultados do procedimento e afirmaram que conseguem ter uma vida cotidiana normal, com melhora significativa do quadro clínico, o que favorece a idéia de

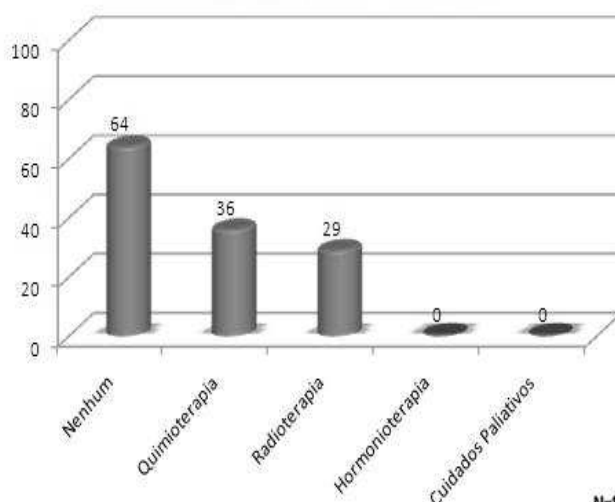
**Tabela 2** – Tempo de vida média em anos entre a data da operação e a data do óbito (N = 11).

Tempo	Frequencia
0 – 1	36,5%
1 – 2	18%
2 – 3	36,5%
3 – 4	9%
4 – 5	0%
Total	100%



N=14

**Figura 1** - Complicações mais frequentes.



N=14

**Figura 2** - Tratamento adjuvante.

que a operação ter tido boa aceitação pelos pacientes e familiares, uma vez que este procedimento apresenta rápida resposta terapêutica com redução dos sintomas próprios da doença avançada.

Durante décadas, a ablação hormonal cirúrgica tem sido o tratamento de eleição por seu baixo custo, bom êxito, e sem os problemas de aderência do paciente a uma terapia determinada<sup>4,8,13</sup>. Apenas 36% realizaram tratamentos adjuvantes, não havendo referências de uso de

hormonioterapia química ou de cuidados paliativos. Isto reforça a validade desta terapia, pois conclui-se que a necessidade de associá-la a outras terapias é baixa. É bom frisar que a frequência relativa tanto das complicações, quanto da realização de tratamentos adjuvantes mostraram-se significativas, pois o número da amostra era pequeno devido à pouca demanda deste tipo de procedimento no hospital do estudo. E isso é evidenciado com o fraco nível de significância dos resultados.

Mesmo havendo muitos trabalhos referentes à terapia hormonal no câncer de próstata avançado publicados na literatura, foram identificados poucos acerca da prática da orquiectomia bilateral e seus resultados no câncer de próstata metastático no Brasil e em Maceió, principalmente de origem brasileira. Isso revela a importância desse trabalho para analisar as repercussões desse procedi-

mento no município. E devido à realidade da saúde pública no Nordeste brasileiro, faz-se importante repensar nas melhores modalidades de tratamento que podem ser oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, mediante a todos os problemas burocráticos, de alta demanda e de difícil acessibilidade a medicamentos de alto custo já tão conhecidos.

Assim, espera-se que com este estudo, haja estímulo para novas pesquisas acerca do tema, contribuindo para maior frequência deste procedimento nos casos em que houver indicação.

Conclui-se que a orquiectomia bilateral se constitui em boa alternativa para pacientes portadores de câncer de próstata metastático, uma vez que se observou satisfação da maioria dos pacientes em relação à melhora dos sintomas e que as complicações apresentadas não tiveram grande impacto na vida cotidiana.

## A B S T R A C T

**Objective:** To analyze the possible complications that the surgical hormonal ablation can cause to the submitted patients.

**Methods:** That's an analytical transversal study with a sample of 25 patients, between 58 to 82 years, carriers of metastatic prostate cancer, submitted to the bilateral orchiectomy in the Professor Alberto Antunes University Hospital's (HUPAA - UFAL), in the period of January of 2003 to December of 2008. It was made an evaluation by an objective questionnaire for those who were still alive. **Results:** Of the 25 evaluated patients, 56% were still alive, with average of current age of 71 years, having presented as more frequent complications: reduction of the libido and sexual impotence (100%), bone fragility (64%), problems of memory and variations of mood (57%), hot waves and gain of weight (50%). 86% of the interviewed ones had related to be satisfied with the results of the procedure and had affirmed that they can have a normal daily life, with significant improvement of the clinical stage. About the adjuvant treatments, only 36% had carried through, being most common, chemotherapy (36%) and x-ray (29%).

**Conclusion:** The bilateral orchiectomy constitutes in a good alternative for metastatic prostate cancer patients, in a way that it is observed satisfaction of the majority of the patients in relation to the improvement of the symptoms and the presented complications had not great impact in the daily life of the same ones.

**Key words:** Prostate neoplasia. Orchiectomy. Postoperative complications.

## REFERÊNCIAS

- Almeida JC, Menezes RP, Kuckelhaus SA, Bocca AL, Figueiredo F. Prognostic value of morphologic and clinical parameters in pT2 - pT3 prostate cancer. *Int Braz J Urol.* 2007; 33(5):662-72.
- Nelson J. New perspectives in prostate cancer [book review]. *N Engl J Med.* 1999; 340(2):158.
- Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto diretrizes. Câncer de Próstata Metastático: Tratamento e complicações. Junho, 2006. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/06-Cancertrat.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/06-Cancertrat.pdf)
- Eisenberger MA, Blumenstein BA, Crawford ED, Miller G, McLeod DG, Loehrer PJ et al. Bilateral orchiectomy with or without flutamide for metastatic prostate cancer. *N Engl J Med.* 1998; 339(15):1036-42.
- Lukka H, Waldron T, Klotz L, Winquist E, Trachtenberg J; Genitourinary Cancer Disease Site Group; Cancer Care Ontario Program in Evidence-based Care. Maximal androgen blockade for the treatment of metastatic prostate cancer - a systematic review. *Curr Oncol.* 2006; 13(3):81-93.
- Tanno CKI, Souhami RL, Horiot JC, Hohenber-Ger P. Oxford textbook of oncology. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: Oxford University Press; 2002. p. 819-833.
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde Portaria Nº 467, 20 de agosto de 2007. Autorização de quimioterapia / hormonioterapia do adenocarcinoma de Próstata - bases técnicas. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/PT-467.htm>
- Castillo O, Kerkehe M, Santomil F, García JL, Attar J. Orquiectomía subalbugínea y reconstitución del volumen testicular com gelatina absorbible. *Rev Chil Urol.* 2005; 70(4):244-6.
- Denis LJ, Murphy GP. Cancer of the prostate. In: Pollock RE, editor. Manual of clinical oncology. 7<sup>th</sup> ed. New York: Wiley-Liss; 1999. p. 563-574.
- Scher HI, Leibel AS, Fuks Z, Cordon-Cardo C, Scardino PT. Cancer of the prostate. In: Rosenberg SA, Hellman S, Devita JRV. Cancer: principles and practice of oncology. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1192-1259.
- Souto CAV. Tratamento do câncer de próstata. In: Schwartzmann G. Oncologia clínica: princípios e prática. Porto Alegre: Artes médicas; 1991. p. 399-406.
- Teles AG, Silva JH, Pinto NP, Piccelli HR, Maltez AR, Franqueiro AG, De Paula AA. Economical impact of orchiectomy for advanced prostate cancer. *Int Braz J Urol.* 2003; 29(2):127-30.
- Guimarães GC, Zequi SC. Câncer de próstata. In: Lopes LF, Lopes A, Iyeyasu H, Castro RMRPS, Almeida ES. Oncologia para a graduação. Ribeirão Preto: Tecmeed; 2005. p. 357-66.
- Obe RAJS, Johnston PG. Oncology from the publishers of the Oxford handbook of clinical medicine. 1<sup>st</sup> ed. Nova York: Oxford University Press Inc; 2001. p. 269-275.

15. Tanno CKI, Souhami RL, Horiot JC, Hohenber-Ger P. Oxford textbook of oncology. 2<sup>nd</sup> ed. Nova York: Oxford University Press; 2002. p. 1939-1972.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. INCA e CGSIAH/DECAS - SAS/MS. SUS-ONCO. Junho, 2002; 7(2). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/oncojun02.htm>
17. Kirby RS, editor. An Atlas of uro-oncology. New York: Parthenon Publishing; 2002.
18. Olapade-Olaopa EO, Oluwasola AO, Shonibare A, Falebita AO, Akang EE, Shokunbi MT. Bilateral orchidectomy in three metastatic prostate cancer patients with failed LHRH-agonist therapy. S Afr Med J. 2006; 96(9):810-1.
19. Tyrrell CJ, Iversen P, Tammela T, Anderson J, Björk T, Kaisary AV, Morris T. Tolerability, efficacy and pharmacokinetics of bicalutamide 300 mg, 450 mg or 600 mg as monotherapy for patients with locally advanced or metastatic prostate cancer, compared with castration. BJU International. 2006; 98(3):563-72. Epub 2006 Jun 8. Erratum in: BJU Int. 2006; 98(3):572.

Recebido em 08/06/2009

Aceito para publicação em 07/08/2009

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

**Como citar esse artigo:**

Silva BM, Silva Neto JAB, Lima RL. Análise de complicações em pacientes portadores de câncer de próstata metastático submetidos à orquiectomia bilateral. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2010; 37(4). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

**Endereço para correspondência:**

Benedito Martins e Silva

E-mail: [benekkk@uol.com.br](mailto:benekkk@uol.com.br)