

RESULTADOS CLÍNICOS COMPARATIVOS DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE PROSTATECTOMIA RADICAL: REVISÃO DE LITERATURA

LUCAS THOMAZELLI MACHADO ¹
JULLY ANNE OLIVEIRA CHAGAS ¹
PAULO TADEU MACHADO ²

¹ Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário IMEPAC Araguari

² Docente orientador. Médico urologista e preceptor do Serviço de Urologia do Hospital Geral de Goiânia
Alberto Rassi (HGG)

e-mail: lucas.tmachadoo@gmail.com

Resumo

Introdução. O câncer de próstata (CaP) representa o mais comum carcinoma diagnosticado em homens acima de 60 anos. A prostatectomia radical retropúbica (PRR) é o tratamento padrão do CaP. Técnicas avançadas, mediante a prostatectomia radical laparoscópica (PRL) ou a prostatectomia radical assistida por robô (PRAR), parecem oferecer vantagens clínicas em relação à abordagem tradicional. **Objetivo.** Comparar os procedimentos PRR, PRL e PRAR no tratamento do CaP quanto a desfechos clínicos: oncológicos, perioperatórios, potência sexual e continência urinária e elucidar se há benefícios na escolha da cirurgia robótica como abordagem. **Metodologia.** Foram escolhidas 4 meta-análises por conveniência através dos descritores: *Prostatic neoplasms; Prostatectomy; Laparoscopy; Robotics*. A base de dados utilizada foi *European Urology*. **Resultados.** Por ser revisão literária, não há resultados diretos. **Discussão.** As técnicas de PRR, PRL e PRAR foram comparadas a partir dos desfechos clínicos elencados. Não houve diferença estatística entre elas quanto ao oncológico. A PRAR é vantajosa em relação à PRR quanto ao perioperatório, mas sem diferença estatística se comparada a PRL. Quanto à recuperação da potência sexual, a PRAR é superior à PRR, todavia os resultados são sobrepostos em relação à PRL. Finalmente, sobre a recuperação da continência urinária, a análise evidenciou vantagem estatística favorecendo a PRAR em relação às demais técnicas. **Conclusão.** As análises sugerem que a PRAR possui vantagens em relação à PRR. Todavia, evidenciou-se que a técnica robótica se equivale à laparoscópica quanto aos benefícios supracitados. Dessa forma, não há respaldos suficientes que confirmem à cirurgia robótica superioridade em relação à laparoscópica.

Palavras-chave: Câncer de próstata; Laparoscopia; Prostatectomia; Telecirurgia robótica.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CaP) representa o mais comum carcinoma não-cutâneo diagnosticado em homens com mais de 60 anos. Sendo assim, é de interesse público a diminuição dos novos casos através do rastreio precoce, bem como o aumento da sobrevida daqueles já diagnosticados. A prostatectomia radical retropúbica (PRR) é o tratamento cirúrgico padrão do CaP. Todavia, técnicas avançadas, mediante a prostatectomia radical laparoscópica (PRL) ou a prostatectomia radical assistida por robô (PRAR), parecem oferecer vantagens pós-operatórias e benefícios clínicos ao paciente em relação à abordagem cirúrgica aberta tradicional.

OBJETIVOS

Comparar os procedimentos cirúrgicos de PRR, PRL e PRAR no tratamento do CaP quanto a desfechos clínicos: oncológicos (margem cirúrgica positiva [MCP]) perioperatórios (tempo operatório, perda sanguínea, taxa de transfusão e taxa de complicações gerais), potência sexual e continência urinária e elucidar se há benefícios clínicos na escolha da cirurgia robótica como intervenção terapêutica.

METODOLOGIA

Realizada através de busca na base de dados *European Urology*, jornal especializado da Associação Europeia de Urologia (EAU, em inglês), a partir dos descritores: *Prostatic neoplasms; Prostatectomy; Laparoscopy; Robotics*. Foram selecionados, por conveniência, 4 revisões sistemáticas com meta-análises que se enquadravam nos objetivos da pesquisa e, assim, incluídos nesta revisão de literatura. Foram 79 artigos descritos na meta-análise que aborda o desfecho oncológico, 72 no perioperatório, 31 no potência sexual e 54 no continência urinária, totalizando um universo de 236 artigos compilados.

DISCUSSÃO

Ao se tratar do resultado oncológico, no qual se compara a MCP das peças ressecadas após cirurgia, não se mostrou diferença significativa entre PRR e PRAR (OR: 1.21; 95% IC, 0.91–1.63; $p = 0.19$). As taxas de MCP foram similares entre PRL e PRAR (OR: 1.12; 95% IC, 0.81–1.55; $p = 0.47$).

Em relação aos desfechos perioperatórios, as análises cumulativas apontaram diferenças estatisticamente significantes em termos de taxa de perda sanguínea (WMD: 582.77; 95% IC, 435.25–730.29; $p < 0.00001$) e transfusão (OR: 7.55; 95% IC, 3.56–15.64; $p < 0.00001$) a favor da PRAR, enquanto que as taxas de tempo operatório (WMD: 15.8; 95% IC, 68.65 - 37; $p = 0.56$) e complicações gerais (OR: 1.25; 95% IC, 0.53–2.93; $p = 0.61$) foram semelhantes para PRR e PRAR. Taxas de tempo operatório (WMD: 34,78; IC 95%, 1,36 - 70,93; $p = 0,06$), perda sanguínea (WMD: 54,21; IC 95%, 75,17 - 183,59; $p = 0,41$) e complicações gerais (OR: 1,4; IC95%, 0,73–2,69; $p = 0,31$) foram semelhantes para PRL e PRAR. Somente a taxa de transfusão (OR: 2,56; IC 95%, 1,32-4,96; $p = 0,005$) foi significativamente menor nos pacientes submetidos a PRAR.

Ao tratar-se da recuperação da potência sexual em 12 meses, análises cumulativas mostraram vantagem estatisticamente significativa a favor da PRAR em relação à PRR (OR: 2,84; IC95%, 1,48-5,43; $p = 0,002$). Ademais, não houve diferença estatisticamente significativa entre PRL e PRAR neste quesito (OR: 1,89; IC 95%, 0,70-5,05; $p = 0,21$).

Finalmente, sobre a recuperação da continência urinária em 12 meses, a análise demonstrou vantagem estatisticamente significativa a favor da PRAR comparada à PRR (OR: 1,53; IC 95%, 1,04-2,25; $p = 0,03$). Correlatada à PRL, mostrou-se novamente vantagem estatisticamente significativa em prol da PRAR (OR: 2,39; IC95%, 1,29–4,45; $p = 0,006$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante ao desfecho oncológico, as taxas de MCP foram similares independentemente da abordagem cirúrgica.

Os dados sugerem que a PRAR pode ser realizada rotineiramente com um número razoavelmente limitado de complicações. As análises cumulativas demonstraram que a perda sanguínea e as taxas de transfusão foram significativamente mais baixas na PRAR em relação à PRR. As taxas de transfusão foram menores com PRAR do que com PRL, embora todos os outros recursos fossem semelhantes, independentemente de abordagem cirúrgica.

Evidências sugerem vantagem significativa à PRAR em relação à PRR no que se refere à potência sexual. No entanto, não se demonstrou diferença significativa entre a PRAR e a PRL neste item.

Ademais, observou-se vantagem significativa em prol da PRAR em comparação com PRR e PRL em termos de recuperação da continência urinária em 12 meses. Assim, infere-se que a técnica de PRAR é mais vantajosa se comparada à abordagem cirúrgica aberta tradicional em termos de benefícios clínicos. Por outro lado, as análises comprovam que as abordagens laparoscópica e robótica se equivalem, não havendo, assim, respaldos suficientes que justifiquem a opção terapêutica pelo robô.

BIBLIOGRAFIAS

FICARRA, Vincenzo et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting potency rates after robot-assisted radical prostatectomy. **European urology**, v. 62, n. 3, p. 418-430, 2012.

FICARRA, Vincenzo et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. **European urology**, v. 62, n. 3, p. 405-417, 2012.

NOVARA, Giacomo et al. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical prostatectomy. **European urology**, v. 62, n. 3, p. 431-452, 2012.

NOVARA, Giacomo et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting oncologic outcome after robot-assisted radical prostatectomy. **European urology**, v. 62, n. 3, p. 382-404, 2012.