

“ACTIVE SURVEILLANCE IN PROSTATE CANCER”: Vigilância ativa em câncer prostático .
REFLEXÕES ACERCA DESSA TENDÊNCIA

FERNANDO DA ROCHA CAMARA/prof.dr/ MÉDICO UROLOGISTA

A próstata situa-se logo abaixo da bexiga, ao redor da uretra. Sua principal função é participar da ativação da mobilidade dos espermatozoides. Na meia idade ela pode crescer para dentro da bexiga e da uretra. Assim, muitos pacientes começam a ter sintomas obstrutivos e irritativos. Essa é a história natural da doença, conhecida como hiperplasia prostática benigna (HPB). Muitos pacientes são assintomáticos, outros vivem bem com seu quadro clínico; quando necessário é instituído um tratamento medicamentoso, e em casos selecionados realizado tratamento cirúrgico. O local da glândula em que se desenvolve a HPB é a região mais central. Suas causas ainda não são bem conhecidas.

O câncer de próstata (adenocarcinoma de próstata/ACP) se desenvolve na região periférica, e tem maior incidência com o aumento da idade; é mais comum em pessoas de raça negra, em pacientes com parentes próximos, com a doença e em quem abusa de gorduras de origem animal.. Não há sintomas específicos. Não há medidas seguras de prevenção.

A grande arma de que dispomos hoje para o diagnóstico precoce do ACP é o PSA, que não dispensa o exame prostático. É um marcador de tecido prostático. O PSA não é nem tão específico nem tão sensível quanto seria desejável. Há falsos positivos e falsos negativos. Pode estar aumentado quando a glândula é grande; aumenta também com a idade. Outras causas de elevação são o ACP, as prostatites, e as manipulações da próstata, como biópsia, toque retal, coito anal e ultrassom pelo reto.

Mas é indiscutível que a dosagem anual do PSA permitiu que se fizesse diagnóstico precoce, quando a doença tem muita chance de cura, na maioria dos pacientes. No passado o mais comum era que os pacientes procurassem atendimento, com tumores já avançados, nos quais só era possível um tratamento paliativo. Na idade avançada, muitos pacientes desenvolvem ACP, mas vem a falecer por outras patologias.

É muito frequente, que o câncer prostático tenha um crescimento lento. Para detecção precoce do câncer de próstata, após dosagem do PSA, e exame digital da próstata, casos suspeitos são submetidos à biópsia transretal, guiada por ultrassom-trans retal; são colhidos, sob sedação, um mínimo de 12 fragmentos, de diferentes regiões da glândula. O Serviço de Patologia irá examiná-los para o diagnóstico. Nesse material, caso positivo, serão avaliadas a agressividade (grau de Gleason), e a extensão do tumor.

As possibilidades de tratamento, em casos não avançados, são a cirurgia, radioterapia ou braquiterapia (sementes radioativas implantadas na glândula). A cirurgia pode ser por via aberta, por vídeo laparoscopia (tubos com instrumentos delicados, conectados a um sistema óptico, e um monitor) ou robótica. Os resultados são muito semelhantes e as complicações equivalentes.

As principais complicações são hemorragia, incontinência urinária e disfunção erétil. O sangramento se tornou menos frequente. As outras complicações não ocorrem sempre, e muitas vezes são transitórias. Quando persistentes, têm solução.

A agilidade diagnóstica atual, e as complicações que podem ocorrer levaram a comunidade científica urológica a questionar se não estaríamos praticando um hiper-diagnóstico e praticando um hiper tratamento. Pacientes ainda jovens, com eventuais sequelas cirúrgicas, poderiam ter sido poupados, com melhor qualidade de vida por anos, se tivessem sido submetidos a uma “vigilância ativa”.

O questionamento é pertinente. Contudo o seguimento deve ser competente!

Ainda não há um padrão internacional definido, acerca dos critérios para inclusão de um paciente nesse seguimento. De modo geral um PSA menor do que 10, um Gleason 6, densidade de PSA baixa (relação entre volume prostático e PSA total , isto é menor do que 0,15), uma biópsia com tumor em apenas alguns locais e pacientes com menor expectativa de vida.

Para uma avaliação mais precisa de cada caso poderia ser utilizada a ressonância nuclear magnética multiparamétrica. Este recurso não é disponível na maioria dos serviços. Há a necessidade de um profissional altamente qualificado, para que o exame seja de ótima qualidade.

Quando se realiza a biópsia prostática e em sequência a prostatectomia radical, nota-se que, em muitos pacientes, o grau do tumor e sua extensão têm resultados diferentes. Nessa circunstância, ao colocar-se esse paciente sob vigilância ativa, se ignoraria que os caracteres do tumor haviam sido subestimados.

Durante o seguimento dos pacientes em vigilância ativa, depois de um ano, e quando necessário, repete-se a biópsia. Outro cuidado durante o seguimento é o acompanhamento com exames repetidos de PSA.

Outro vizez a ser considerado durante essa vigilância é o psiquismo do paciente, que pode sentir-se fragilizado por saber que tem em seu organismo um câncer em atividade.

Quando recebemos pacientes com câncer de pênis, é comum notarmos um tumor muito avançado, que poderia ser tratado de modo muito menos agressivo. De modo semelhante, no seguimento expectante dos tumores prostáticos, a segurança vai depender da fidelidade dos pacientes às recomendações.

Por outro lado, a vigilância ativa em Hospitais Universitários ou Públicos pode ser comprometida por sobrecarga ou desorganização de agendamento das consultas. Pode ocorrer uma greve e o pacientes entrarem “em uma fila”, que o risco de cada caso não poderia permitir.

Recentemente tomei conhecimento de paciente operado em outro serviço; havia indicação para vigilância ativa; o mesmo optou por cirurgia, e ao exame da peça cirúrgica, o tumor já invadia tecidos vizinhos.

O médico americano, Prof. Whitmore, que há anos propôs, com outros colaboradores, o não tratamento do câncer de próstata, morreu dessa doença 3 anos após ter sido feito o diagnóstico. O Prof. Dr. Miguel Srougi, Titular de Urologia da FM USP, em seu livro “A próstata, isto é com você”, afirma que tumor indolente é tumor no balde.

Recentemente circulou no Brasil, uma recomendação totalmente errada, pela qual pacientes só deveriam procurar o urologista quando o câncer de próstata estivesse dando sintomas. A bem da verdade, então já seria tarde para uma cura da doença. E o câncer de próstata é uma causa importante de mortalidade, no sexo masculino.

Sem dúvida a vigilância ativa é uma alternativa válida, que deve ser tomada pelo paciente, após um diálogo esclarecedor com o urologista. É um processo que ainda está em evolução e seus padrões estão sob avaliação, na literatura urológica.

É fundamental, ao se optar por essa conduta, que haja uma orientação segura e um comprometimento com um seguimento responsável.

Para terminar, quero salientar que os casos de câncer de próstata avançados, ou mais agressivos permitem tratamento paliativo, no qual se procura prolongar a expectativa de vida, com a melhor qualidade, possível. Essa conduta de avaliação ativa surge em algumas outras áreas da oncologia.

Referências:

Vaz,FP; Corria,JAP Rastreamento com PSA
Controvérsias em Urologia-SBU pp13-27(2012)

Cohen,DJ Radical prostatectomy or watchful waiting. BIU p15 abril-março 2014.