

CÂNCER DE PRÓSTATA

TIRE SUAS DÚVIDAS

99 RESPOSTAS E UM ALERTA

UBIRAJARA FERREIRA



Ubirajara Ferreira

Professor de Urologia e Chefe do Grupo de Tumores Urológicos da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. Formação complementar nas Universidades de Hamburgo e Mainz, na Alemanha e na Cleveland Clinic, nos Estados Unidos. Autor de 127 trabalhos científicos completos publicados em revistas no Brasil e no exterior. Proferiu 216 palestras em eventos científicos nacionais e internacionais. Participou de 87 bancas de qualificação e examinadoras de mestrado e doutorado.

Agradecimentos

Agradeço a meus pais, Waldemar e Maria, pelo exemplo de vida; à minha esposa, Fernanda e meus filhos, Danilo e Isadora, pelo alicerce emocional que me proporcionam.

CÂNCER DE
PRÓSTATA
TIRE SUAS DÚVIDAS

99 RESPOSTAS E UM ALERTA

PRÓSTATA

Câncer de Próstata
Câncer de Próstata - Tire Suas Dúvidas
99 Respostas e Um Alerta

Copyright © 2006 by Âmbito Editores Ltda.
ambito@uol.com.br

Direção de Arte & Projeto Gráfico
Cecil Rowlands Filho

Revisão
Antonio Palma Filho

Proibida a reprodução total
ou parcial desta obra, por qualquer meio e sistema,
sem o prévio consentimento dos editores.

Âmbito Editores Ltda.
Rua das Prímulas, 21
04052-090 - São Paulo - SP

Impresso no Brasil – 2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Ferreira, Ubirajara

Câncer de Próstata : Tire suas dúvidas :
99 respostas e um alerta / Ubirajara Ferreira.
São Paulo : Âmbito Editores, 2006

1. Perguntas e respostas 2. Próstata - Câncer
3. Próstata - Doenças I. Título.

06-5478

CDD- 616.65
NLM-WJ 750

Índices para catálogo sistemático:

1. Câncer de próstata : Doenças : Medicina
616.65

APRESENTAÇÃO
Câncer de Próstata - Tire suas dúvidas - 99 respostas e um alerta

CÂNCER DE PRÓSTATA

TIRE SUAS DÚVIDAS

99 RESPOSTAS E UM ALERTA

PRÓSTATA

APRESENTAÇÃO

Cabe responder a pergunta que está faltando. Por que escrever este livro? A idéia surgiu a partir da percepção do fato desta doença apresentar características únicas, percepção esta resultante de duas décadas lidando com homens a procura de prevenção ou com pacientes portadores de câncer da próstata.

Ela acomete um percentual considerável da população masculina adulta, instala-se num órgão que, além de ser uma espécie de santuário para a população masculina, está relacionado intimamente com a área sexual física e psicológica do homem.

O momento constrangedor e delicado da comunicação do diagnóstico do câncer, seja ele qual for, faz com que o paciente apresente bloqueios mentais momentâneos, ou até prolongados, que o impedem de expressar suas angústias, medos e dúvidas, fazendo crescer dentro de si o monstro da incerteza e da solidão. Começa aí uma nova batalha contra um inimigo poderoso e desconhecido. Neste momento, ou após o choque que dura alguns dias ou semanas, o paciente precisa de tempo e de informação para conhecer melhor os aspectos peculiares da doença e obter discernimento para uma decisão embasada, isenta de emoções. Conhecer seu inimigo é uma maneira de começar a vencê-lo!

“Câncer de Próstata - Tire suas Dúvidas - 99 respostas e um alerta” tenta esgotar todo o rol de dúvidas trazendo informações atuais sobre os diversos aspectos da doença, desde a prevenção até os cuidados na sua fase terminal.

Eu dedico este trabalho a todos os pacientes que me questionaram das mais diversas maneiras ao longo destes anos, pois foi assim, surgido de um compilado, que esta obra foi concebida.

Ubirajara Ferreira

1

**Qual é a diferença
entre tumor
benigno e câncer?**

A palavra tumor significa um crescimento exagerado e desordenado de células. Ele pode ser benigno ou maligno. Os tumores benignos podem crescer e trazer transtornos no seu sítio de origem, como compressão de órgãos vizinhos, porém, raramente acometem o estado geral do paciente. Além do crescimento, o que caracteriza um tumor maligno (também conhecido como câncer) é a sua capacidade de disseminação para outros lugares ou órgãos (metástases), levando a transtornos mais graves como mau funcionamento de outros órgãos, acometimento do estado geral e até morte.

2

**Todos os cânceres são
igualmente agressivos?**

Não. Este é um equívoco freqüente. O fato de o paciente ser portador de câncer não quer dizer que ele vai morrer da doença. Cada tipo de câncer tem história natural e evolução peculiares. Um mesmo órgão pode ter vários tipos de doença maligna, com distintos graus de gravidade. Também é distinta a evolução de tumores de mesma linhagem celular quando acometem órgãos diferentes. Por exemplo: o adenocarcinoma do pâncreas tem, geralmente, pior prognóstico do que o adenocarcinoma da próstata.

3 O que vem a ser a próstata?

A próstata é uma glândula (estrutura que secreta alguma substância) exclusiva do sexo masculino e que se localiza logo abaixo da bexiga, envolvendo a uretra. Ela pesa entre 25 e 30 gramas e tem formato de uma castanha. Apresenta consistência firme e homogênea ao toque. Sua consistência torna-se endurecida quando da presença de câncer. (Figura 1)

4 Qual é a função da próstata?

Ela produz cerca de 70% do líquido seminal, substância fundamental na vitalidade e no transporte dos espermatozoides. Portanto, a próstata representa um papel fundamental na fertilidade masculina.

5 Qual é a relação entre próstata e ereção?

Diretamente, nenhuma. A ereção masculina depende de fatores orgânicos como: secreção normal de testosterona (hormônio masculino), aporte sanguíneo satisfatório e condução adequada de impulsos nervosos. Além disso, é necessária uma boa condição emocional. Na superfície externa da próstata estão situados alguns nervos chamados erigentes, que podem ser lesados por trauma ou por ocasião da retirada completa da glândula, nos casos de câncer.

6 Quais são as doenças que podem acometer a próstata?

Basicamente são de três tipos: doenças inflamatórias, infecciosas e tumorais. A prostatite é o exemplo mais comum de acometimento inflamatório ou infeccioso (o que difere um do outro é a presença ou não de germes). Já as doenças tumorais podem ser de dois tipos: 1. Os tumores benignos, representados pela hiperplasia (sinônimo de aumento das células, no caso, prostáticas); 2. Os tumores malignos, representados pelo adenocarcinoma (tipo de câncer que acomete glândulas).

7 Quais são os sintomas da prostatite?

A prostatite aguda pode ocasionar febre alta, ardor e dificuldade para urinar, incômodo no reto, além de sensação de mal-estar geral. Esta doença pode ser ocasionada por algum tipo de germe, portanto ser infecciosa, ou ser decorrente de um quadro de forte inflamação. O tratamento é feito com antibióticos e anti-inflamatórios, quando de origem infecciosa, ou somente com anti-inflamatórios, quando não houver esta suspeita. A prostatite crônica é uma condição que leva a um quadro de desconforto à micção e à evacuação. Como regra, não é ocasionada por germes e o seu tratamento, a base de anti-inflamatórios, costuma ser difícil e prolongado.

8

A prostatite pode levar ao câncer da próstata?

Não existe nenhuma evidência que isto possa ocorrer. Existem certas teorias que tentam vincular as duas doenças, mas esta tese é, ainda, apenas especulativa.

9

Quais são os sintomas que o crescimento da próstata acarreta?

Pelo fato da próstata envolver a uretra, o seu aumento pode levar a sintomas urinários. Dificuldade à micção, aumento da frequência, gotejamento exagerado e levantar várias vezes à noite para urinar são alguns dos sintomas mais frequentes. Porém, se o crescimento da glândula ocorrer de maneira periférica, não estrangulando assim a uretra, pode não haver sintoma importante, mesmo que ela adquira o dobro ou triplo do seu tamanho normal.

10

Todos os casos de câncer da próstata são iguais?

Não. Porém, o tipo de câncer mais comum nesta glândula é o adenocarcinoma (em mais de 98% dos casos). Existem vários aspectos que devem ser considerados na avaliação da gravidade do câncer. De

maneira geral, não existe um caso igual a outro. A idade do paciente, o estado geral em que se encontra, a extensão da positividade na biópsia, o tipo de diferenciação das células (se elas se parecem com a glândula original ou não), são algumas das variáveis para análise do caso. De posse destas informações, o médico estará apto a sugerir o tratamento adequado, podendo informar o prognóstico correto da doença.

11

Existe algum tipo de alimento que pode facilitar ou evitar o aparecimento do câncer na próstata?

Muito tem sido estudado no sentido de se detectar alimentos que podem facilitar ou evitar o aparecimento do câncer da próstata. Vários estudos indicam que existe uma relação entre maior ingestão de carnes gordurosas e surgimento deste tipo de câncer. O selênio e o licopeno (caroteno existente no tomate e na melancia) parecem desempenhar um papel importante na proteção desta doença.

12

Existe algum tipo de atividade que possa estar relacionada com câncer de próstata?

Não existe nada comprovado que algum tipo de atividade profissional, sexual, física ou religiosa possa ter relação direta com o surgimento desta doença.

13 Existe alguma relação entre o câncer da próstata e grupo étnico?

De modo geral, os negros apresentam maior chance quando comparados aos brancos. Os asiáticos correspondem ao grupo de menor risco de desenvolver este tipo de câncer. É curioso que quando asiáticos migram para países ocidentais passam a apresentar índices maiores de câncer prostático. A possível explicação está na mudança alimentar.

14 Existe alguma relação entre câncer da próstata e propensão familiar?

Sim. Um homem que tenha um parente de primeiro grau com câncer da próstata tem, ao redor, de duas vezes mais chance e com dois parentes relacionados o risco de desenvolver este câncer sobe para quase nove vezes.

15 Qual é a chance de um homem ter câncer de próstata durante a sua vida?

De maneira geral, esta doença acomete cerca de 10% dos homens após os 50 anos. À medida que a idade avança as chances crescem, chegando a acometer cerca de 50% dos homens aos 75 anos.

16 A obesidade é um fator que aumenta o risco de câncer da próstata?

Este é um assunto muito controverso e que tem sido estudado intensamente. As evidências atuais são insuficientes para mostrar uma correlação positiva entre obesidade e câncer prostático. Por fatores hormonais, o câncer no obeso pode ser detectado mais tardiamente em comparação com a população masculina não obesa e isto levar a diagnóstico de tumores malignos mais agressivos.

17 Qual a relação entre câncer da próstata e câncer da mama na mulher?

Ambos estão intimamente relacionados a fatores hormonais e apresentam características genéticas semelhantes. Ao redor de 10% das mulheres com câncer da mama têm um parente de primeiro grau com câncer da próstata.

18 Se a frequência do câncer da próstata é tão alta, por que não são feitos rotineiramente rastreamentos populacionais?

Esta é uma prática defendida por alguns e desaconselhada por muitos. Isto ocorre pelo fato do câncer ser muito "comum" no idoso e certamente seria diagnosti-

cado um número expressivo de casos. Ocorre que muitos deles não seriam importantes, do ponto de vista clínico, podendo nem sequer tornar-se sintomáticos. Existe muita dificuldade em se diferenciar estes dos que realmente levam à morte ou a alteração importante da qualidade de vida. Muitos pacientes, portanto, seriam tratados desnecessariamente. Sabe-se que os tratamentos podem impactar negativamente na qualidade de vida. Outro fator a ser considerado é o custo que tais políticas de rastreamento poderiam ter. Nos EUA este custo já foi calculado. Para se realizar o exame de toque, dosar-se o PSA (antígeno específico da próstata), efetuar-se a biópsia e conseqüentemente o tratamento necessário em toda a população masculina acima de 50 anos daquele país, seriam necessários cerca de 4 bilhões de dólares!

19 **Se a frequência é tão grande seria de se esperar uma mortalidade maior pelo câncer de próstata, porque isso não ocorre?**

Ao redor de 25% dos pacientes que apresentam câncer da próstata irão apresentar transtornos clínicos, e apenas 10% destes irão morrer devido à doença. O problema é que nem sempre é simples detectar quais os pacientes que se enquadram neste último grupo. O câncer da próstata apresenta evolução lenta, levando cerca de 5 anos para dobrar de tamanho. Por isso é imprescindível uma análise individualizada, com conseqüente conduta específica para cada caso.

20 **Existe relação entre sangramento no esperma e câncer na próstata?**

A hemospermia, nome científico para sangramento no esperma, pode ocorrer em várias faixas etárias, sendo mais comum no adulto jovem. As causas mais frequentes são: traumática, infecciosa, secundária a anomalia vascular ou tumoral. Apesar de possível é muito pouco freqüente o câncer da próstata ser responsável por crises de hemospermia. Abaixo dos 50 anos esta associação praticamente inexistente.

21 **Existe alguma relação entre o tamanho da próstata e a probabilidade de câncer?**

Não existe nenhuma relação entre esses dois fatores. O fato de a próstata estar muito aumentada ou estar aumentando rapidamente, não tem qualquer correlação com maior possibilidade de aparecimento de doença maligna da glândula.

22 Existe alguma relação entre intensidade de sintomas urinários e risco de câncer da próstata?

Não. A intensidade dos sintomas urinários se deve ao grau de obstrução à saída da urina. Existem cânceres que praticamente não acarretam aumento da próstata, portanto podem não apresentar qualquer sintoma urinário, sendo apenas detectados ao toque ou através do exame de PSA.

23 Se eu tratar precocemente os meus sintomas prostáticos, estarei evitando o aparecimento do câncer da próstata?

Não. Mesmo que o indivíduo esteja ingerindo medicamentos para alívio dos sintomas urinários decorrentes do aumento da próstata, ou tenha sido submetido a uma "raspagem" próstática, feita por via endoscópica (nome genérico para ressecção transuretral da próstata) ou ainda, submetido à retirada do tumor benigno da próstata por via aberta (adenomectomia), as chances de desenvolver câncer continuam a existir. Isto porque, em todas essas alternativas de tratamento, uma parte importante do órgão restará no paciente (a região periférica permanece intacta nas condutas cirúrgicas para o tratamento do tumor benigno) Portanto, devem ser tomados os mesmos cuidados rotineiros para a detecção precoce do câncer de próstata.

24 O ultra-som do abdômen é útil no diagnóstico do câncer da próstata?

O ultra-som ou ecografia do abdômen não tem nenhum valor no diagnóstico do câncer da próstata. Este exame apresenta alguma utilidade apenas na avaliação do tamanho e na morfologia da glândula, características pouco importantes na suspeita do câncer da glândula.

25 O ultra-som transretal é útil do diagnóstico do câncer da próstata?

Este exame só deve ser solicitado para direcionar as biópsias da glândula. Ele não substitui o toque retal nem a dosagem do antígeno específico da próstata (PSA). Através dele é possível se detectar áreas suspeitas que devem ser também biopsiadas.

26 Através de quais sintomas pode-se diferenciar tumor benigno do tumor maligno (câncer) da próstata?

Não há como diferenciar estas duas doenças apenas pela sintomatologia. Muitas vezes o paciente pode se queixar de sintomas exuberantes relacionados principalmente à micção e apresentar um crescimento benigno da glândula. Por outro lado, o homem pode

estar totalmente assintomático e ser portador de um câncer agressivo da próstata. Portanto, aguardar sintomas para checar as condições da glândula pode significar a perda da chance de cura de um tumor agressivo, pois estes, muitas vezes, só acarretam sintomas na fase avançada de sua evolução.

27 **A partir de que idade e com que frequência deve-se efetuar o toque retal?**

A partir dos 45 anos é aconselhável a sua realização anual. Caso haja algum caso de câncer da próstata num parente relacionado, aconselha-se o seu início aos 40 anos. Existem alguns dados recentes que tentam identificar, através da dosagem inicial do PSA e seu posterior "comportamento" ao longo do tempo, quais homens devem ser avaliados de maneira mais cuidadosa. Pacientes com níveis de PSA muito baixos e com toque retal normal podem ser avaliados com intervalos mais longos.

28 **Existe algum exame que substitua o toque retal?**

Não. Ainda nenhum exame foi capaz de avaliar, com a mesma eficácia, a consistência da glândula que sua palpação digital. O câncer da próstata pode se apresentar como uma área endurecida na sua porção periférica, região esta facilmente acessível ao toque retal.

29 **Porque a próstata é acessível ao toque retal?**

A próstata se localiza abaixo da bexiga envolvendo a uretra, ficando contígua ao reto. Portanto, durante o toque o médico palpa a parte posterior da glândula que fica colada à parede retal, sendo possível detectar através da sua delgada parede alterações da consistência. É na porção posterior que se localiza a maior parte dos tumores malignos da próstata. A suspeita de sua presença se dá pelo encontro de área(s) endurecida(s). (Figura 2)

30 **Qual a melhor posição para realizar o toque retal?**

Esta decisão cabe ao médico. É possível realizá-lo estando o paciente em pé, de costas para o examinador, com os cotovelos em cima de uma maca. Outra maneira é o paciente ficar deitado com os joelhos fletidos e afastados. Uma terceira possibilidade ainda é o paciente estar deitado de lado, com os joelhos o mais próximo do tórax possível e de costas para o médico.

31 Quanto tempo demora o toque retal?

O tempo é o suficiente para que o médico palpe toda a sua superfície à procura de regiões irregulares e/ou endurecidas. Este exame tem a duração ao redor de 10 segundos.

32 É possível a próstata cancerosa apresentar-se normal ao toque retal?

Sim. Atualmente a maioria dos cânceres prostáticos não são detectados pelo toque retal e sim pelo aumento do PSA. Além disso, algumas vezes o câncer, nos pacientes com toque e PSA normais, só é detectado com a análise da peça cirúrgica, quando há necessidade de ressecção endoscópica da glândula, nos casos com sintomas urinários importantes.

33 O que é PSA?

O antígeno específico da próstata, mais conhecido como PSA, é uma substância produzida pela glândula. Encontra-se aumentado na maioria dos casos de câncer. Sua dosagem é realizada através de coleta simples de sangue.

34 Ultimamente tem sido discutida a real utilidade do PSA no diagnóstico do câncer de próstata. Afinal, qual é o papel do PSA no diagnóstico desta doença?

A dosagem isolada dessa substância tem valor relativo. Vinte a 25% dos casos de câncer da próstata podem evoluir com PSA normal. Ao redor de 20% dos pacientes com tumor benigno da próstata podem apresentar PSA aumentado. Portanto, nem sempre o PSA traz informações definitivas no diagnóstico do câncer da próstata. Porém, a análise da variação de dosagens seriadas do PSA, ao longo do tempo, pode auxiliar em muito na detecção precoce do tumor maligno da glândula. Aliado a isto, existe uma forte tendência atual de se correlacionar o nível de PSA com a idade e não mais se levar em conta um determinado valor limite para todos os homens. Por exemplo, um PSA acima de 1,5 ng/ml num homem de 42 anos pode ser considerado de risco, ao passo que este mesmo nível num de 65 pode ser considerado normal.

35 Todos os cânceres da próstata são produtores de PSA?

Não. Existem tumores malignos na próstata que não acarretam elevação do PSA e muitos destes tumores apresentam uma maior agressividade. Este fato ocasiona um problema no seguimento de pacientes tratados por tumores que não alteram o PSA. Este marcador perde sua função, nestes casos. Felizmente, tais situações são infrequentes.

36 Quais são os fatores que podem ocasionar erros na dosagem do PSA?

O toque retal simples e as atividades esportivas e sexuais moderadas não alteram o nível de PSA. Já as inflamações prostáticas costumam causar aumento de seu valor, sendo aconselhável aguardar 6 a 8 semanas após o tratamento para uma dosagem mais segura.

37 Se houver qualquer alteração do PSA ou do toque retal qual é o próximo exame a se realizar?

Nesta situação, indica-se a biópsia da próstata. Esta intervenção consiste na retirada de alguns fragmentos da glândula por via retal. O número de fragmentos pode variar de acordo com o tamanho da próstata. Existem casos em que 10 fragmentos já é o suficiente e outros que necessitam mais de 20 amostras para se ter maior segurança no diagnóstico.

38 Se eu tiver câncer, a biópsia pode ajudar a disseminá-lo?

Apesar deste fenômeno poder ocorrer em outros tipos de câncer, no de próstata nunca foi evidenciado.

39 Se a biópsia vier negativa significa que eu não tenho câncer?

Se for realizada uma biópsia adequada como número suficiente de fragmentos, pode-se concluir que a chance de existir câncer é pequena, porém não se pode afirmar com segurança absoluta que não exista câncer em algum outro ponto da próstata.

40 Quando está indicada a repetição da biópsia?

Estará sempre indicada quando houver dúvida na biópsia anterior ou quando ocorrer modificação, ao longo do tempo, do toque retal e/ou da dosagem PSA.

41 Existe algum exame que pode ajudar na localização do tumor e direcionar a biópsia?

A biópsia é, normalmente, realizada com o auxílio do ultra-som transretal, que ajuda a direcionar a introdução da agulha na glândula. Em situações especiais, pode-se lançar mão de uma modalidade especial de ressonância magnética (com espectroscopia). Tal exame torna possível uma visibilidade "bioquímica" do tumor da próstata, uma vez que este tipo de câncer apresenta baixos níveis de citrato e altos níveis de colina, comparados com o tecido prostático normal. Tais nuances podem ser detectados por este tipo de ressonância.

42 Até quando se deve indicar biópsia em caso de dúvida?

Existe um consenso que após um total de quatro biópsias negativas pode-se considerar que o risco de câncer é ínfimo, estando o médico autorizado a não mais solicitar tal exame.

43 O resultado da minha biópsia acusou PIN (neoplasia intraepitelial).
O que é isto?

Este diagnóstico não é de câncer. Este resultado mostra que existe uma possibilidade em torno de 20% de haver câncer que não foi detectado pela biópsia. É prudente realizar-se outra biópsia algum tempo depois, principalmente se houver elevação do PSA em dosagens subseqüentes.

44 O resultado da minha biópsia acusou ASAP ("atypical small acinar proliferation").
O que é isto?

Este diagnóstico demonstra que o patologista que analisou a biópsia ficou em dúvida entre haver ou não câncer no material avaliado. O melhor é continuar a pesquisa com outro exame chamado "exame imunohistoquímico", onde se tenta detectar se o material em

questão apresenta características de proliferação maligna, através de reações especiais. Com este exame pode-se chegar ao diagnóstico de certeza. É importante que seja realizado, pois a probabilidade de haver câncer nos casos nominados como ASAP supera os 50%.

45 O que vem a ser e qual a importância da graduação de Gleason?

Este é o nome do patologista que inventou o método de análise microscópica (histológica) do câncer da próstata. Ele introduziu a idéia de que há 5 possíveis graduações do tumor maligno da próstata. Os tumores com características muito semelhantes ao da próstata normal recebem nota 1. À medida que o câncer for mais grave, as notas vão aumentando até o máximo de 5. Os cânceres da próstata geralmente não são homogêneos, apresentando áreas predominantes de um subtipo e outras com uma extensão menor de um segundo subtipo (chamadas secundárias). Por este motivo, são dadas duas notas, uma para o padrão predominante e outra para o secundário. Por exemplo: 3.5 (total 8) - este tumor apresenta uma área predominante de padrão moderadamente diferenciado (nota 3) e outro secundário de padrão indiferenciado (nota 5). As notas finais podem variar, portanto, de 2 (1.1) a 10 (5.5). Soma inferior a 7 denota tumor menos agressivo. Os tumores mais agressivos apresentam soma igual ou superior a 7.

46 O tratamento pode variar de acordo com a graduação de Gleason?

Sim. A graduação histológica de Gleason é um dos fatores mais importantes na avaliação da terapia a ser empregada e do prognóstico do paciente. Casos onde há graduações altas, nota final 9 ou 10, por exemplo, apresentam tumores muito agressivos e provavelmente incuráveis. Casos com Gleason 6 são, na sua maioria de bom prognóstico.

47 O toque retal analisa a consistência da glândula. Quanto maior for a área endurecida, mais grave é o caso?

Se a biópsia encontrou câncer, sim. Nem sempre as áreas endurecidas correspondem a câncer. Juntamente com a graduação de Gleason, a análise da extensão da área endurecida (com câncer) é muito importante na decisão terapêutica e na avaliação do prognóstico. Existe uma classificação internacional dos tumores que leva em conta a extensão do comprometimento da glândula ao toque, podendo ir desde T1 (tumor não palpável ao toque, só detectado com PSA elevado ou encontrado da análise da peça após ressecção de um suposto tumor benigno da próstata) até T4, que representam, ao toque, tumores com extensão até órgãos vizinhos, como reto, bexiga, etc. (Figura 3)

48 É possível que o meu câncer nunca venha a crescer?

Sim isto é possível. Dá-se a este tipo de tumor o nome de "câncer indolente". Se esta condição for suspeitada pelo médico, ele pode sugerir um acompanhamento cuidadoso. Atualmente aconselha-se a repetição de biópsias com intervalos predeterminados para se ter segurança de que realmente o câncer não está evoluindo. Com isso, em casos selecionados, pode-se evitar tratamentos desnecessários ou, pelo menos, postergá-los até que a doença torne-se clinicamente importante.

49 Uma vez constatado o câncer da próstata, quais são os exames que devem ser realizados antes do tratamento definitivo?

É necessário se fazer o que se chama de estadiamento da doença. Isto nada mais é do que avaliar a extensão do acometimento do câncer. É imprescindível se ter idéia da extensão tumoral para um melhor resultado do tratamento e para a correta avaliação do prognóstico da doença.

Quanto maior for o valor do PSA tanto maior a chance de doença avançada. A avaliação dos ossos, (através da cintilografia), do pulmão e do fígado, (através de exames de imagem), devem ser solicitados quando houver suspeita de acometimento (metástases) destes órgãos.

50 Qual é a importância da tomografia computadorizada (TC) e da ressonância magnética (RM) na avaliação do câncer da próstata?

A utilidade destes exames é muito restrita, não devendo ser solicitados de rotina. A TC auxilia na detecção de linfonodos (estruturas que têm a função de defesa contra um agente invasor, célula estranha, por exemplo tumoral, ou agressão ao organismo) acometidos pelo câncer. Quando os linfonodos ao redor da próstata estão acometidos, eles costumam aumentar de tamanho, sendo então detectados pela TC. A RM por via endorectal pode ser útil nos casos em que se deseja saber, no pré-operatório, se há acometimento de estruturas vizinhas ou se o câncer já está ultrapassando os limites periféricos da glândula. A RM deve ser solicitada nos casos em que se suspeita que o tumor seja um pouco mais agressivo e que a cirurgia não mais seja curativa.

51 O que é PETCT e para que serve este exame?

A sigla significa "positron emission tomography". Para melhor definição, ela passou a ser realizada em conjunção com a tomografia computadorizada, por isso PETCT. É útil na distinção entre câncer e processo benigno quando da detecção de nódulos suspeitos. Outro emprego é na confirmação de metástases quando se encontram formações teciduais suspeitas nos

pacientes que estão sendo tratados de algum tipo de câncer. Apesar de ter valor em cânceres como o melanoma, câncer de pâncreas e de pulmão, cujo crescimento é rápido, traz poucas informações no câncer prostático, pelo fato de seu crescimento ser lento. Pode, eventualmente ser solicitado nas fases mais avançadas da doença, momento em que a evolução costuma ser mais acelerada, não se justificando nas fases iniciais.

52 Quais são os possíveis tratamentos curativos do câncer da próstata?

Basicamente dois. A retirada completa da glândula através de cirurgia (prostatectomia a radical) e a radioterapia.

53 A criocirurgia pode substituir a cirurgia ou a radioterapia no tratamento curativo do câncer da próstata?

Até o presente momento, os resultados com a crioterapia (congelamento da glândula, através de equipamentos especiais) são inferiores aos da cirurgia ou radioterapia, acarretando índices maiores de complicações. Ela é, ainda, alvo de estudos clínico-experimentais.

54 Como é possível saber se o tratamento levará à cura completa ou não?

O tratamento curativo só é indicado nos casos em que há fortes indícios clínicos de que a doença está localizada na glândula. Nos casos em que existe evidência de doença fora dos limites da próstata, o tratamento curativo não é mais possível.

55 No que consiste a cirurgia de retirada da próstata?

O objetivo dessa cirurgia é a retirada da próstata com sua cápsula, parte da uretra que ela envolve, as vesículas seminais e parte dos ductos deferentes. Os gânglios linfáticos existentes próximos à glândula também são retirados para exame, uma vez que podem ser sítio de extensão da doença.

Muitas vezes, durante a cirurgia, determinados linfonodos são enviados para pesquisa de presença de infiltração cancerígena, fato que tornaria muito mais improvável a cura com a cirurgia, uma vez que frequentemente existe acometimento destas estruturas concomitante com disseminação microscópica para outros órgãos.

56 Qual é a chance das estruturas ao redor da próstata estarem comprometidas com o tumor?

Antes do advento do PSA, cerca de 30% dos pacientes com câncer da próstata que chegavam à primeira consulta com urologista apresentavam doença disseminada. Com a maior precocidade no diagnóstico do câncer da próstata nos últimos anos, a chance do tumor estar confinado apenas à glândula tornou-se maior. Os gânglios linfáticos estão acometidos em apenas 2% dos casos operados atualmente. A incidência de tumor nas margens da próstata e/ou fora dela gira em torno de 25%. Isto não quer dizer que, invariavelmente, quando há tumor fora das margens da glândula estamos diante de uma doença incurável. Pode existir tumor não viável nas margens ou até resto de tumor benigno, que muitas vezes coexiste com o tumor maligno na mesma glândula. O que vai ser decisivo é a evolução das dosagens do PSA no pós-operatório para se saber se a doença continua ativa ou não.

57 Quais são as maneiras de se realizar a retirada completa da glândula?

Existem basicamente três vias de acesso: através de uma incisão longitudinal que vai do umbigo até o púbis (via suprapúbica); através de uma incisão entre o escroto e o reto (via perineal) e através de punções abdomi-

nais com o auxílio de pinças especiais e endoscópio (via laparoscópica) Não existem grandes vantagens de uma sobre a outra via de acesso. Pequenas diferenças relacionadas ao desconforto e à estética pós-operatórios têm sido relatados. A escolha depende da experiência do cirurgião e da vontade do paciente.

58 **Quais são os detalhes técnicos e cuidados pós-operatório da retirada completa da próstata?**

É uma cirurgia que dura em torno de 2h, o período de internação gira em torno de 72h, não causando transtornos dolorosos de grande monta. Os pontos da ferida cirúrgica são retirados após sete a dez dias. A sonda uretral deve permanecer de dez a catorze dias. Caso haja perda urinária após a sua retirada, aconselha-se o uso de absorventes apropriados existentes no mercado.

59 **Há possibilidade de retirada da próstata através de robô. Qual é a vantagem?**

Sim, alguns centros na Europa e nos EUA têm utilizado robôs para auxiliar na retirada cirúrgica da próstata, com resultados semelhantes aos das técnicas convencionais. Porém, até o momento não foram evidenciadas vantagens consistentes do emprego de robôs nestes casos.

60 **Se a minha próstata for retirada enquanto a doença estiver localizada é certeza que estarei curado?**

Não. Apesar de haver um prognóstico favorável, a probabilidade de cura não é de 100%. Por esse motivo todos os pacientes, mesmo que operados há anos, devem fazer controle periódico rigoroso. A chance de estar sem doença detectada após 15 anos gira em torno de 85%.

61 **Qual é a chance de ficar impotente após a retirada cirúrgica da próstata?**

A impotência ocorre em 50 a 80% dos casos, dependendo de alguns fatores como:

1. Função erétil antes da cirurgia. Se houver uma boa qualidade de ereção no período pré-operatório as chances de continuar potente são melhores.
2. Idade em que foi realizada a cirurgia. Os pacientes jovens apresentam melhor recuperação da potência.
3. Possibilidade de preservação dos nervos erigentes. Isto depende da extensão do tumor. Quanto maior o tumor tanto menor a chance de se realizar uma cirurgia que preserva os nervos que levam à ereção.

62 **O enxerto intra-operatório de nervos diminui significativamente a chance de impotência?**

Neste sentido, muitos trabalhos têm sido publicados, porém os resultados têm sido contraditórios quanto à manutenção da potência no pós-operatório. Esta é uma alternativa atraente que, porém, necessita de análise num maior número de casos e com seguimento mais longo para permitir conclusões mais adequadas.

63 **Qual é a chance de eu vir a perder urina permanentemente após a cirurgia da próstata?**

A incontinência urinária ocorre em cerca de 5 a 10% dos casos. Com certa frequência existe uma perda urinária no pós-operatório após a retirada da sonda uretral. Tal inconveniente pode durar de alguns dias até meses, cessando na maioria absoluta dos casos após esse período.

64 **Quais são as outras possíveis complicações da cirurgia da próstata?**

Esta intervenção cirúrgica é considerada de médio porte. Além das possíveis complicações inerentes a

uma cirurgia deste porte, há a possibilidade de sangramento acima do esperado. Normalmente, a perda sanguínea gira entre 500 e 1000 mL. Outra possível complicação, porém rara, é a perfuração do reto, que ocorre em menos de 1% dos casos. No período pós-operatório imediato pode ocorrer a instalação de coleções líquidas (urina ou linfa) na região operada, sendo este inconveniente de fácil resolução. No pós-operatório mais tardio pode ocorrer estreitamento do canal urinário, cujo tratamento é realizado através de manobras endoscópicas simples.

65 **A impotência que ocorre após o tratamento cirúrgico pode ser tratada?**

Sim, existe possibilidade de tratamento com as medicações orais existentes no mercado. Caso isso não resolva o problema, pode-se instituir a aplicação intra-cavernosa (no interior do pênis) de drogas vasoativas (drogas que causam vasodilatação e conseqüente ereção peniana). Por último, estaria indicada a colocação de próteses penianas.

66 **A incontinência definitiva após o tratamento cirúrgico pode ser curada?**

Sim, a correção da incontinência definitiva após o tratamento cirúrgico pode ser corrigida através de esfínter artificial.

67 Quais são os exames a serem realizados para controle da doença após o tratamento cirúrgico?

Existe necessidade de se realizar retornos periódicos ao urologista. Basicamente o acompanhamento é efetuado com a dosagem de PSA. Este marcador deve estar indetectável ou em níveis não superiores a 0,2 ng/ml após um mês da cirurgia e assim se manter durante o acompanhamento, que em geral é de três em três meses no primeiro ano, se espaçando ao longo do tempo.

68 Como é feita a radioterapia da próstata com o intuito de cura?

Existem dois tipos de radioterapia na tentativa de cura do câncer da próstata.

1. *Radioterapia Conformacional:* tratamento que se realiza através de aplicações diárias de baixa dose de radiação, podendo demorar mais de dois meses para a sua conclusão.

2. *Braquiterapia:* são introduzidas sementes radioativas (em torno de cem unidades) diretamente na glândula próstática. Esse procedimento é realizado em sessão única, sob anestesia.

69 Em que situações se deve indicar a radioterapia conformacional ou braquiterapia?

Não existe nenhum consenso científico para uma resposta segura a esta pergunta. Pelo fato de atuar também na periferia da glândula, existe uma tendência de se utilizar a radioterapia conformacional quando houver extensão tumoral relativamente grande e com chances do tumor acometer até a periferia da glândula. Por outro lado, a braquiterapia pode ser indicada nos casos em que a glândula é relativamente pequena, com tumor localizado e não muito agressivo.

70 Qual das três opções, cirurgia, radioterapia conformacional ou braquiterapia tem melhores resultados a longo prazo?

Não existe nenhum estudo confiável que possa responder com precisão este quesito. Existe um consenso que a cirurgia após 15 anos de seguimento apresenta menor risco de ressurgimento da doença. Porém, antes deste período, parece não haver diferença significativa entre os três métodos, desde que respeitadas as indicações precisas para cada um deles.

71 Quais são as vantagens da cirurgia sobre a radioterapia e vice-versa?

Se for realizada a cirurgia e houver retorno da doença, é possível indicar-se a radioterapia na tentativa de cura. Por outro lado, em caso de falha da radioterapia não é aconselhável realizar-se a cirurgia, pelo alto risco de complicações indesejáveis. A radioterapia tem como vantagem acarretar um menor índice de impotência pós-tratamento, que gira em torno de 30 a 40%.

72 Quais são os exames a serem realizados para controle da doença após a radioterapia?

A análise dos níveis de PSA é igualmente importante após a radioterapia. A queda desses níveis ocorre de maneira mais lenta podendo demorar de seis meses a mais de um ano para alcançar seu nível mais baixo. Não se espera, como no caso do período pós-cirúrgico, que se torne indetectado, porém, níveis abaixo de 1 ng/ml denotam bom resultado.

73 Quais são os sintomas indesejáveis decorrentes da radioterapia conformacional?

Normalmente, não ocorre nenhum sintoma específico, no período de tratamento e imediatamente após. Os sintomas podem aparecer semanas ou meses após a

aplicação. Um certo desconforto miccional ou na defecação não são infreqüentes. Alguns pacientes podem evoluir com urgência miccional, que pode ceder com terapia medicamentosa. Queixas de impotência que podem acometer cerca de um terço dos pacientes, aparecem meses após o final da terapia.

74 Quais são os sintomas indesejáveis decorrentes da braquiterapia?

Como a dose de radiação emitida pelas sementes radioativas é maior e mais concentrada na glândula, após a retirada da sonda vesical, que permanece ao redor de 12h, podem ocorrer sintomas relacionados a desconforto miccional. Em algumas situações, a inflamação prostática exuberante, causada pela própria intervenção, pode acarretar retenção urinária aguda (interrupção súbita da micção). Tal transtorno costuma se resolver com a manutenção da sonda vesical por alguns dias. A impotência, como no caso da radioterapia conformacional, pode aparecer depois de meses.

75 Para a impotência que ocorre após a braquiterapia e a radioterapia conformacional pode haver cura como no caso da cirurgia?

Sim. O tratamento e as possibilidades de cura da disfunção erétil após a radioterapia são semelhantes às da que ocorre após a prostatectomia radical.

76

Nos casos de câncer prostático mais agressivo, a estratégia do tratamento curativo muda?

Sim. Caso se opte por cirurgia, ela deve ser o mais radical possível, não se indicando preservação dos nervos erigentes pelo risco aumentado de doença residual. Caso se opte por radioterapia conformacional, devem-se empregar altas doses de radiação. Em ambas as alternativas terapêuticas, é aconselhável o emprego de um tratamento multimodal (mais de um tratamento ao mesmo tempo). Isto é conseguido introduzindo-se o bloqueio hormonal por tempo prolongado (dois ou três anos) após o tratamento curativo, seja ele cirúrgico ou radioterápico. Nestes casos, a braquiterapia está contra-indicada.

77

O nível do meu PSA não ficou abaixo de 0,2ng/ml após a cirurgia, o que significa isso?

De maneira geral isto significa que restou doença maligna ativa. Excepcionalmente, pode ter restado algum fragmento de glândula prostática benigna, estrutura esta que pode ser responsável pela secreção de PSA ainda no pós-operatório. É válido lembrar que, usualmente, o câncer não acomete toda a glândula e, portanto existem regiões em que há a presença de tumor benigno, ou até glândula normal, na peça cirúrgica a ser retirada.

78

O nível do meu PSA após um período em que ficou abaixo de 0,2ng/ml após a cirurgia, está começando a subir, o que significa isso?

Quando o PSA começa a se elevar após o tratamento cirúrgico a interpretação é que deve haver doença maligna residual. Se esta elevação se der precocemente (antes de seis meses), a suspeita é de que haja doença em outros lugares do corpo (metástases). Caso a subida ocorra num período mais tardio a probabilidade é de que haja doença no local operado (recidiva local). Esta distinção é de fundamental importância pelo fato de acarretar intervenções terapêuticas distintas, com prognósticos diferentes.

79

A única maneira de saber se a doença restou ou está crescendo novamente é através do PSA?

No período pós-tratamento recente, sim. A confirmação através de retirada de tecido do local operado para análise (biópsia) não é realizada usualmente porque apresenta muitos falsos resultados. Os exames de imagem só são úteis quando o PSA estiver muito elevado (acima de 40 ng/ml).

80 O fato do meu PSA estar subindo após o tratamento significa que eu vou morrer do câncer de próstata?

Não. A simples elevação do PSA após o tratamento curativo não significa que o paciente esteja condenado pela doença. Como se sabe, o câncer prostático tem uma evolução lenta, e se a população de células malignas restantes não for significativa, mesmo que o tumor volte a crescer, o paciente poderá viver muitos anos sem apresentar sintomas clínicos decorrentes do câncer da próstata, podendo vir a falecer de outras causas.

81 Qual é o tratamento quando o PSA se eleva rapidamente após o tratamento curativo?

Como a suspeita nesta situação é de que haja doença em outros lugares do corpo, novo tratamento curativo torna-se inviável. A alternativa é a instituição de terapia que bloqueia a ação do hormônio masculino (a testosterona).

82 Qual é a relação entre o hormônio masculino (testosterona) e o câncer da próstata?

O crescimento e a multiplicação das células canceríge-

nas da próstata depende intimamente do estímulo advindo da testosterona. Portanto, o bloqueio da ação deste hormônio ajuda a controlar a progressão da doença. Porém, nem todas as células cancerígenas são dependentes da testosterona para sua sobrevivência. Existe um pequeno percentual delas que resiste mesmo na ausência deste hormônio e irá crescer de maneira autônoma após um período de tempo. É este o fato determinante da impossibilidade de cura dos pacientes com doença disseminada pelo corpo quando submetidos ao bloqueio da ação da testosterona.

83 Quais são as possibilidades de se bloquear a ação do hormônio masculino (testosterona)?

Este bloqueio pode ser conseguido através de cirurgia ou de medicamentos. Como a principal fonte produtora de testosterona são os testículos, a retirada destes órgãos (orquiectomia bilateral) é uma alternativa. É considerada uma cirurgia simples que demora em torno de 1h necessitando em média de 24h de internação. O bloqueio medicamentoso do hormônio masculino pode ser conseguido através de injeções mensais ou trimestrais (dependendo da dosagem utilizada) de drogas que bloqueiam centralmente as substâncias que estimulam a testosterona (goserelina, na dose de 3,6 mg ao mês ou leuprolide, na dose de 7,5 mg ao mês) ou através de medicação via oral diária de bloqueadores periféricos da testosterona (bicalutamida ou flutamida).

84 Quais são os efeitos indesejáveis do bloqueio da testosterona?

A testosterona desempenha um papel importante na função sexual do homem. Com sua inibição o desejo sexual (libido) e a potência ficam comprometidos. Existem alguns bloqueadores hormonais usados por via oral que ocasionam um menor índice deste tipo de transtorno, no entanto apresentam um custo de tratamento mais elevado. Outro efeito indesejável que pode ocorrer com o passar do tempo são os transtornos ósseos, como a osteoporose.

85 Uma vez que o câncer da próstata é sensível ao bloqueio hormonal, por que não utilizá-lo desde o momento do diagnóstico e assim evitar a cirurgia ou a radioterapia?

A idéia é atraente, porém o bloqueio hormonal não é um tratamento curativo. Ele ajuda a controlar o crescimento das células malignas hormônio-sensíveis. Porém, normalmente há clones de células hormônio-independentes e estes vão evoluir de maneira autônoma. Além disso, não se deve desprezar os efeitos colaterais do bloqueio hormonal, que muitas vezes traz grande impacto na qualidade de vida.

86 Como avaliar se o bloqueio hormonal está surtindo efeito?

Normalmente, na fase precoce de aumento do PSA pós-tratamento curativo o paciente é assintomático e o único fator positivo de resposta ao tratamento é a diminuição deste marcador.

87 O bloqueio da testosterona só funciona quando o PSA começa a aumentar após o tratamento curativo?

Não. Existem situações em que o paciente procura o médico quando a doença já não é mais localizada, apresentando invasão de outros órgãos ou doença sistêmica (metástases). Nesta situação o primeiro tratamento a se realizar, de maneira geral, é também o bloqueio hormonal.

88 O que vem a ser metástase?

Uma das características da evolução dos tumores malignos (cânceres) é o risco de crescer e alguma porção dele desprender-se do sítio original e se fixar num outro local do corpo e lá se desenvolver, caracterizando assim a metástase.

89

Aonde se localizam e como se detectam as metástases do câncer da próstata?

Na maioria das vezes elas se situam nos gânglios, ossos (costelas, coluna, bacia, etc), pulmões e fígado. A detecção das metástases pode ser feita através da cintilografia óssea. Nem sempre este exame permite o diagnóstico definitivo de lesão metastática. Certas alterações ósseas benignas, podem simular câncer. Nestas situações, a ressonância magnética e até a biópsia do osso podem ser úteis. (Figura 4)

90

Qual é o resultado esperado quando o bloqueio hormonal é instituído na doença

O efeito que se deseja, e que ocorre em boa parte dos casos, é uma diminuição do número e do tamanho das metástases e com isso, uma melhora dos sintomas dolorosos acarretados por elas. Não se espera cura do câncer prostático, uma vez que, como regra são várias as regiões acometidas pelas metástases, mesmo que por um lapso de tempo muitas delas não sejam detectadas.

91

É possível a retirada cirúrgica das metástases?

Possível, geralmente é. Esta conduta, porém, não está indicada pelo fato de que a doença já não é mais extirpável por inteira, uma vez que as metástases do câncer da próstata são múltiplas e não se poderia retirar todos os locais acometidos através de intervenção cirúrgica. Existem, porém, outros cânceres (por exemplo, renal) em que há, em determinados casos, indicação de retirada das metástases, por haver impacto positivo na sobrevida do paciente.

92

Na falha do bloqueio hormonal inicial, quais são as alternativas de tratamento da doença avançada?

Quando ocorre "escape" da doença em vigência do bloqueio hormonal, a primeira tentativa é suspender o bloqueio. Em alguns casos, por mecanismos não bem entendidos, obtém-se resposta. Na falha desta tentativa, deve-se lançar mão de outras drogas que acarretam também bloqueio hormonal, chamadas de segunda linha. São em geral mais tóxicas e requerem maior cuidado durante o seu uso.

93

Quais são as outras alternativas de tratamento das metástases ósseas?

Existe um grupo de drogas chamado de bisfosfonatos (o mais ativo no tratamento das metástases do câncer da próstata é o ácido zoledrônico) que têm como função diminuir a alteração óssea que ocorre no local das metástases. Além da dor, a metástase pode levar a fratura do osso (conhecida como fratura patológica). Estas drogas administradas por via intra-venosa mensalmente, diminuem a incidência destes transtornos. Estes pacientes apresentam ainda graus variados de osteoporose, seja pela idade avançada, seja pelo tempo de bloqueio hormonal que foram submetidos. Este grupo de drogas têm, também, efeito regenerador dos ossos acometidos por esta doença.

94

Além da dor e da fratura patológica que outros inconvenientes a metástase pode ocasionar?

No caso de acometimento vertebral pela metástase pode ocorrer compressão da medula espinal, com conseqüente déficit neurológico (paraplegia ou tetraplegia), necessitando, muitas vezes, de intervenção cirúrgica para evitar ou aliviar tal transtorno.

95

É possível o câncer da próstata danificar os rins?

Sim. Quando o tumor avança e invade a bexiga, a desembocadura dos ureteres (canais de trazer a urina até a bexiga) pode ficar obstruída. Isto acarreta uma dificuldade ou até impossibilidade de passagem da urina, levando assim à insuficiência renal aguda. Necessita-se de rápida intervenção para desobstrução dos ureteres, implementando-se um desvio no trajeto urinário.

96

A quimioterapia funciona no câncer da próstata?

Sim. Nos últimos anos tem-se obtido resultados alentadores com alguns quimioterápicos. É lógico que na doença avançada não se consegue mais a cura, mas com a quimioterapia moderna pode-se melhorar a qualidade de vida com a diminuição dos sintomas dolorosos e até aumentar um pouco a sobrevida dos doentes na fase avançada da enfermidade.

97 Qual é o melhor momento de se iniciar a quimioterapia?

Não se aconselha o envio do paciente ao oncologista nas fases finais da doença, momento em que pouco pode ser feito. O momento ideal para o início da quimioterapia é quando da presença de metástases dolorosas. Normalmente, o tratamento é realizado conjuntamente com os bisfosfonatos.

98 Quando a quimioterapia e os bisfosfonatos falham, o que fazer?

Existe um grupo de drogas chamado de radiofármacos (samário ou estrôncio) que podem ser úteis nos casos mais graves de dor ocasionada pelas metástases ósseas. O efeito é semelhante aos bisfosfonatos, porém, os transtornos hematológicos podem ser de grande monta.

99 Existem vacinas eficientes contra o câncer da próstata?

Teoricamente é possível desenvolver uma vacina, e isto tem sido tentado com insistência por muitos pesquisadores, a partir das próprias células tumorais. Ainda não existe nenhuma vacina efetiva disponível para uso clínico.

ALERTA

Segundo o *National Cancer Institute*, instituição americana voltada para estimular pesquisas relacionadas ao câncer, a incidência de morte por doenças cardíacas está em declínio, enquanto que o óbito secundário aos tumores malignos está cada vez mais freqüente. Outro dado que merece atenção é o aumento da longevidade no Brasil, fenômeno que apresenta tendência de se manter. O câncer da próstata é a neoplasia maligna que mais incide no homem. Tem seu pico de desenvolvimento clínico entre 60 e 70 anos, mostrando casos mais graves à medida que são diagnosticados em idades mais avançadas, representando um dos maiores custos financeiros para a saúde pública do país.

Aliado a estes fatos, os homens, de maneira geral são desatenciosos com sua própria saúde. Quando o problema é cuidar da saúde prostática, o comportamento se complica ainda mais. O desconhecimento involuntário ou até irresponsável das conseqüências do diagnóstico tardio do câncer da próstata associado ao temor místico quanto ao exame de toque retal, imprescindível para a sua detecção precoce, são fatores que, sem dúvida incrementam os riscos inerentes a esta grave doença.

Neste sentido, muitos estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de conhecer o comportamento psicológico do homem quando o assunto é "cuidar da próstata".

Na Unicamp - Universidade Estadual de Campinas - estamos na fase final de um estudo epidemiológico de homens que procuram pela primeira vez um urologista para checar as condições de sua próstata. O objetivo é avaliar aspectos e percepções do homem antes, durante e após a consulta médica. Já foi analisado o perfil de aproximadamente 200 pacientes e dados interessantes podem ser extraídos deste contingente.

Os resultados mostram que cerca de 60% procuram o atendimento médico por indicação de terceiros e não por conta própria. Além disso, boa parte das consultas (quase 30% delas) também são agendadas por terceiros. Estes números falam por si só, denotando a falta de iniciativa quanto à procura espontânea a atendimento médico especializado. A esposa ou companheira é a grande responsável pelo "incentivo" na maioria dos casos.

Cerca de 60% acharam o toque melhor do que imaginavam e apenas 7% acharam pior do que supunham e cerca de 90% estão dispostos a realizar o exame regularmente. Boa parte dos pacientes referiram ter obtido informações novas durante a consulta médica.

Além de não possuir conhecimentos essenciais relacionados a este tipo de doença, estes números nos mostram que o homem, de maneira geral, tem um comportamento patife com relação ao toque retal, elaborando todo tipo de mito decorrente do exame, desde o medo da dor até o receio da perda da masculinidade.

Indivíduos de diversas camadas sociais, educacionais e econômicas foram estudados, não havendo grandes diferenças de comportamento segundo estes itens.

Na atualidade, o homem pode escolher entre viver ou morrer quando o assunto é câncer da próstata. Este alerta se faz necessário uma vez que a doença é curável

em praticamente todos os casos, quando detectada no seu início, ao passo que diagnosticada tardiamente o que resta ao médico fazer é tentar o controle de sua evolução e impedir que a qualidade de vida seja gravemente comprometida.

Prezado leitor, transforme o seu urologista num amigo e conselheiro para os assuntos que dizem respeito aos transtornos urinários e sexuais, principalmente relacionados à saúde de sua próstata. Saiba que ele, e não o amigo mais próximo, vizinho, internet, blog, chat... é o profissional preparado para informá-lo de maneira adequada sobre as dúvidas e aflições comuns decorrentes das alterações prostáticas.

CASOS CLÍNICOS

Prezado leitor, a seguir serão descritos, de maneira sucinta, alguns casos verídicos que ilustram o dia a dia do consultório do urologista na abordagem dos pacientes à procura de prevenção ou portadores de câncer da próstata. Talvez você se identifique com algum deles.

CASO 1

Um jovem de 30 anos, cujo pai apresentava câncer de próstata, gostaria de ser examinado para saber se também era portador da doença.

Comentários e orientação: Um jovem nesta idade não apresenta risco de ter câncer prostático, portanto não necessita de qualquer exame clínico ou laboratorial. Por ter parente relacionado com a doença apresenta mais chance de desenvolvê-la, tendo sido orientado com cuidados alimentares e retornar quando completasse 40 anos para fazer acompanhamento anual.

CASO 2

Paciente de 51 anos procurou atendimento para checar a saúde de sua próstata. Nunca havia realizado exame retal e também se negava a fazê-lo, apesar do receio de ter o câncer.

Comentários e atendimento: Felizmente este é um tipo de paciente em extinção. Com a divulgação maciça da importância do toque retal, este tipo de postura tornou-se raridade. Expliquei a ele que poderia realizar o exame de PSA, porém que havia a possibilidade deste exame encontrar-se normal e ele ser portador do câncer. Frisei que o toque retal traz informações independentes da dosagem do PSA e que em algumas situações em que o PSA está normal o toque pode estar alterado e, assim, ser detectado o câncer. Parcialmente convencido, o paciente concordou em realizar o exame retal no dia em que trouxesse o resultado do PSA, porém nunca retornou.

CASO 3

Um senhor de 89 anos veio para a sua primeira consulta com o urologista para saber das condições de sua próstata. Sua mulher entrou na frente e veio logo dizendo que passou as últimas décadas tentando convencê-lo a consultar um urologista. Trazia consigo uma dosagem de PSA normal.

Comentários e atendimento: Este senhor já ultrapassou a fase de risco de desenvolver câncer prostático clinicamente relevante. Além de estar assintomático, apresentava PSA inteiramente normal. Realizei o toque prostático, exame este também normal, e comuniquei que, para frustração de sua zelosa esposa, não mais precisaria realizar checagem de sua próstata, por ter ultrapassado a faixa etária de risco, que é de 80 anos.

CASO 4

Paciente de 66 anos com diagnóstico de câncer da próstata com PSA muito pouco elevado e com Gleason (tipo microscópico do tumor) bem favorável e toque retal mostrando próstata normal.

Comentários e orientação: O paciente era bem esclarecido a respeito da doença e queria saber minha opinião quanto à conduta a seguir. Ponderei que provavelmente ele era portador de um tumor muito inicial e que poderia crescer lentamente ou até não crescer. Expliquei que poderíamos estar diante de um tumor indolente (sem significado clínico) e que a conduta de acompanhamento vigiado (intervir caso necessário) poderia ser instituída. O paciente ficou de pensar na minha proposta e retornar a seguir. Duas semanas após decidiu seguir a conduta que sugeri. Hoje o paciente está com 73 anos sem apresentar sinais de crescimento do seu tumor.

CASO 5

Um paciente de 62 anos com diagnóstico de câncer de próstata com PSA de 1468 ng/mL (não é erro de digitação!!). Apresentava-se assintomático e com bom estado físico e emocional.

Comentários e orientação: Não é tão incomum encontrar pacientes com dosagens muito elevadas de PSA. Nem sempre esta situação denota doença terminal. Introduzi bloqueio hormonal total (retirada dos testículos e medicação oral para bloquear o restante da testosterona circulante que é produzida pela glândula adrenal). Atualmente, 5 anos após, o paciente está com PSA de 46ng/ml e assintomático, apesar de apresentar algumas metástases ósseas.

CASO 6

Senhor negro (sito por que habitualmente apresentam câncer de maior gravidade), de 78 anos com câncer da próstata com PSA de 98 ng/mL e com sintomas de dificuldade para urinar.

Comentários e orientação: Indiquei também tratamento de bloqueio hormonal total (retirada dos testículos e medicação oral para bloquear o restante da testosterona circulante) e desobstrução do canal urinário através de ressecção endoscópica da próstata. O paciente evoluiu bem por 4 anos, quando teve um infarto e faleceu. Observe que mesmo em casos de tumor muito avançado é possível o controle da doença e muitas vezes o paciente pode vir a falecer por outros motivos.

CASO 7

Paciente de 62 anos com câncer da próstata com PSA moderadamente elevado e Gleason com somatória final 7 (apresentava uma nota 3 e outra 4, soma final 7) com toque mostrando área endurecida na parte direita da glândula medindo 1,5 cm.

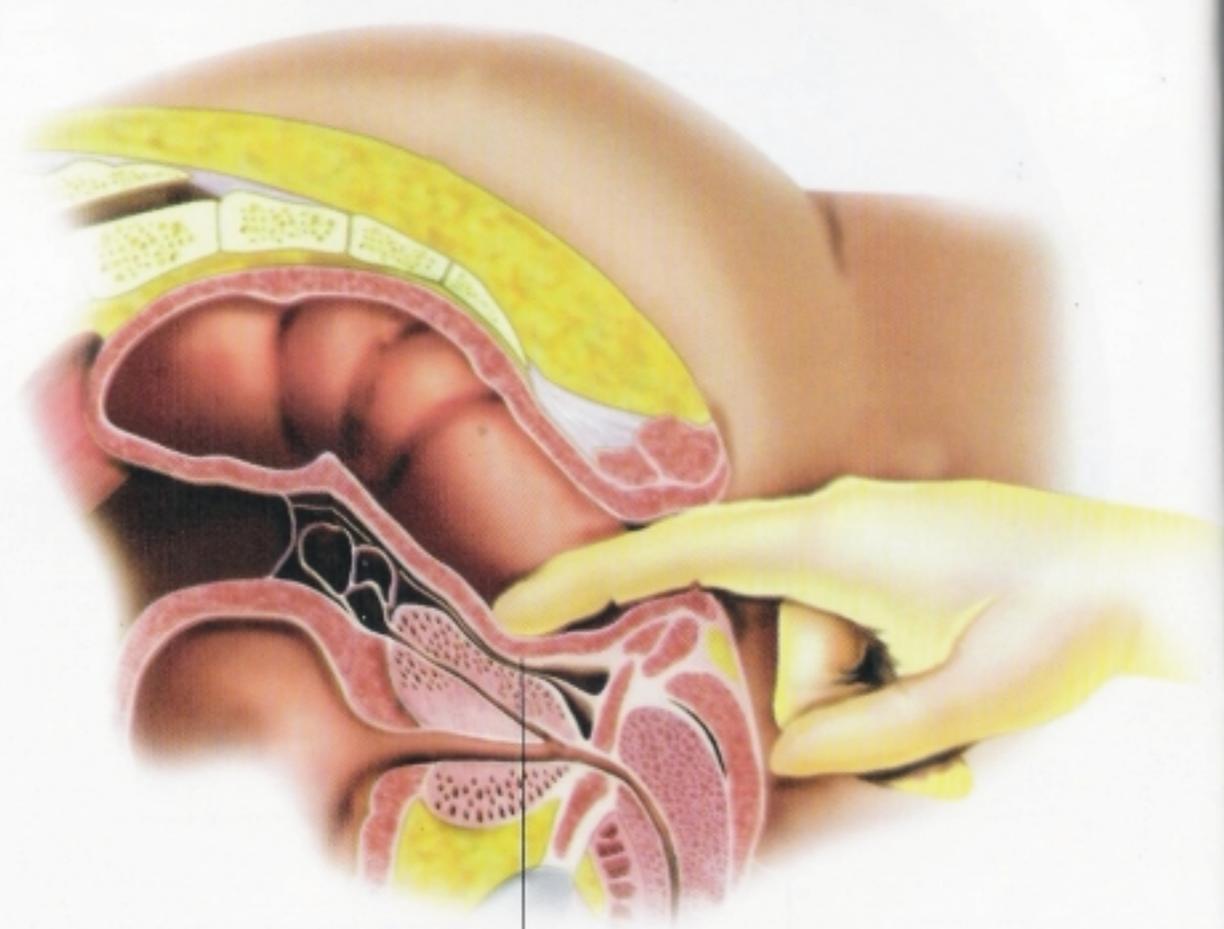
Comentários e orientação: O paciente foi esclarecido das possibilidades terapêuticas curativas que tinha (tanto cirurgia quanto radioterapia) e optou por retirada cirúrgica completa da glândula. Apresentou boa evolução pós-operatória sendo acompanhado como de rotina. Após um período de 15 meses em que ficou com o PSA indetectável, começou a apresentar subida deste marcador. Foi submetido a radioterapia de resgate e após 4 anos encontra-se bem com o PSA indetectável. Este caso exemplifica bem como o acompanhamento bem efetuado pode detectar o retorno da doença em tempo hábil e a radioterapia no leito operado pode controlar a evolução da doença.

CASO 8

Paciente de 58 anos com câncer prostático, com PSA de 18 ng/mL, foi submetido a retirada da glândula. No pós-operatório, o PSA tornou-se indetectável. Após 8 meses teve um aumento do PSA para 12 ng/ml. Começou a apresentar inchaço dos membros inferiores e dor na região pélvica bilateral. Um ultra-som do abdômen mostrou massas nodulares em ambas as regiões pélvicas. Começou a fazer uso concomitante de bloqueadores hormonais e quimioterapia. O paciente veio a falecer 6 meses depois de metástases generalizadas.

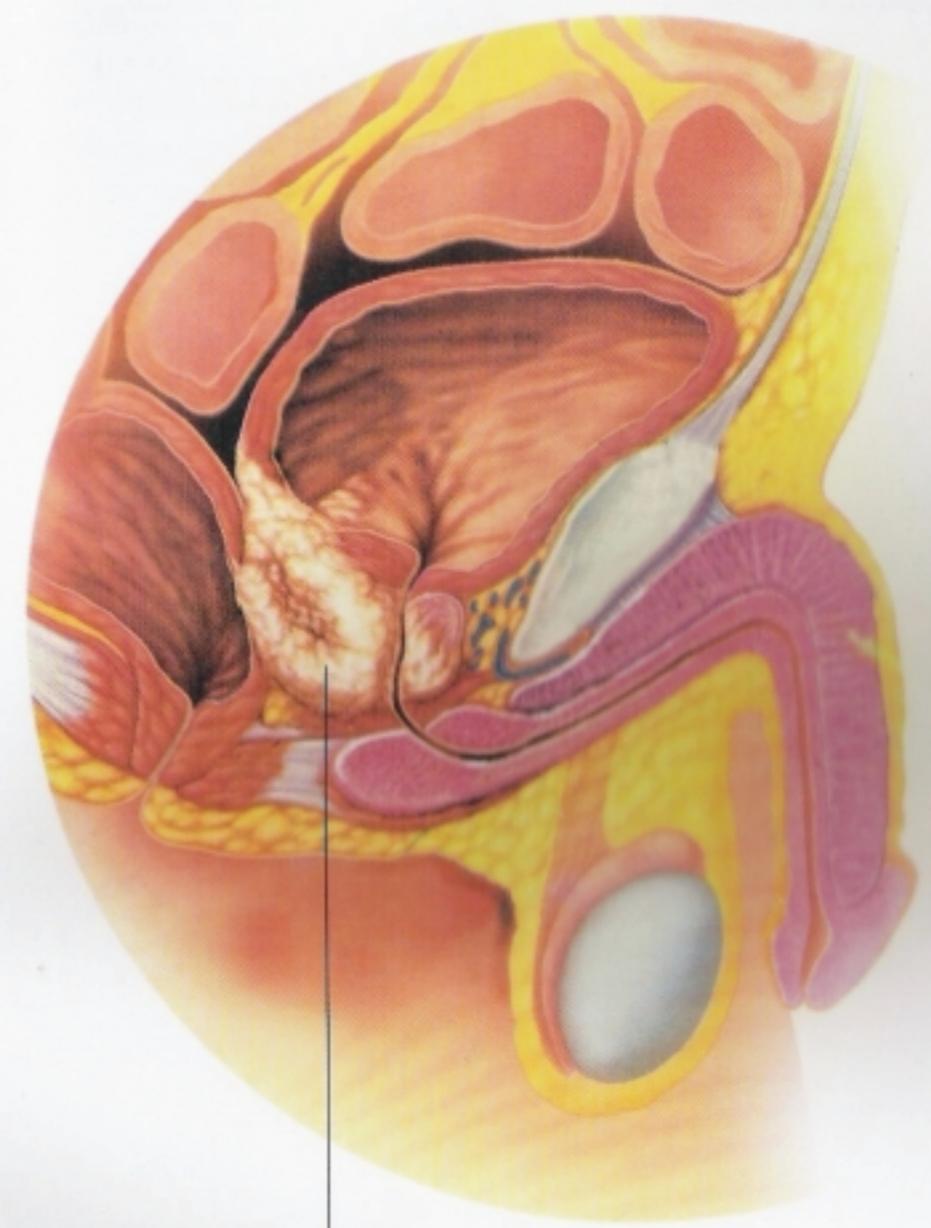
Comentários: Este caso é intrigante pelo fato do paciente ter sido operado, teoricamente a tempo. Apesar disto, apresentou uma evolução muito ruim. Talvez, se o diagnóstico tivesse sido feito mais precocemente, a evolução poderia ter sido mais favorável. Note que o PSA pré-operatório não era tão elevado, porém apresentou nível alarmante poucos meses após a cirurgia. Provavelmente, este paciente já apresentava doença disseminada antes de ser operado, não tendo sido detectada por ser microscópica àquela época.

FIG. 2



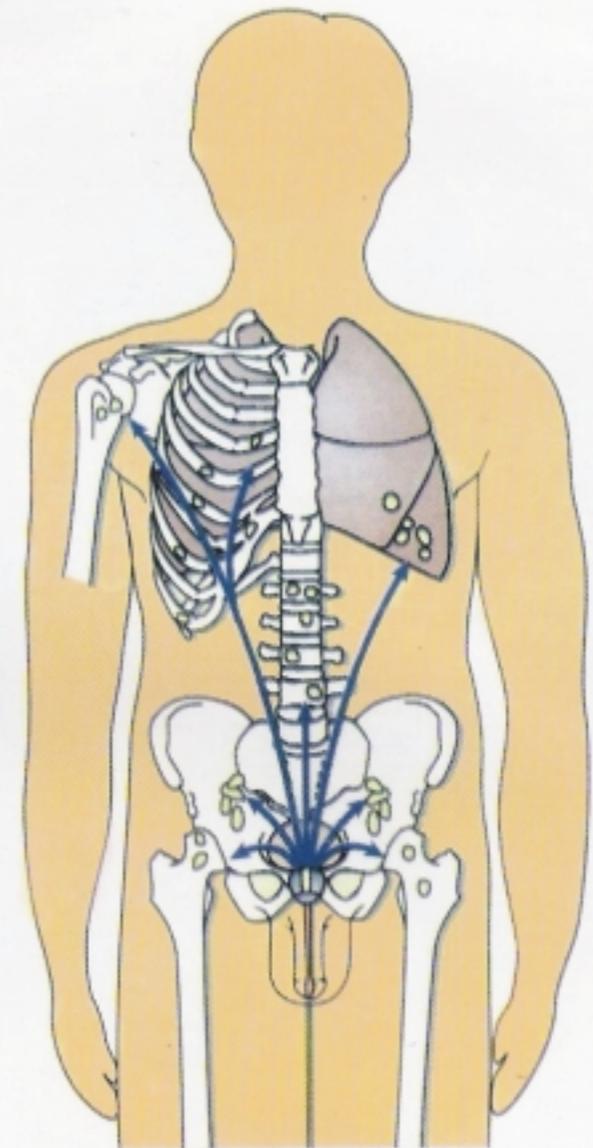
Toque retal

FIG. 3



Câncer prostático T4. Acomete reto e bexiga

FIG. 4



Locais mais comuns de disseminação do câncer da próstata