TRIAGEM E PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO DESCRITIVA SISTEMÁTICA



Pedro Henrique Fernandes de Carvalho1, João Marcos Alcântara de Souza1, Beatriz de Oliveira Ávila1, Ghaspar Gomes de Oliveira Alves Francisco1, Lilian Silveira Carvalho1, Bárbara Heloisa Rodrigues Rosa1 Sabrina Reis2

1 Discente da Faculdade Atenas Campus Passos

2 Docente da Universidade de São Paulo

FACULDADE ATENAS

E-mails: pedro.hf.carvalho@outlook.com, joaomarcosalcantara3@gmail.com, beatriz.oliveiraavila@hotmail.com, ghaspargomes.f@gmail.com, liliancarvalho1998@hotmail.com, barbaraheloisaestudante@gmail.com

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

E-mail: sasareis@gmail.com

Introdução

O Câncer de Próstata (CP) é a neoplasia sólida mais comum em homens, com aproximadamente 1,3 milhão de novos casos por ano, e é a quinta causa de mortalidade relacionada ao câncer entre os homens em todo o mundo[1-3]. Ressalta-se que existe uma relação bem estabelecida entre o aumento da idade e o aumento da incidência de CP, e que o risco aumenta muito após os 50 anos[4,5]. Além disso, a etnia dos homens atua como fator de risco, uma vez que os homens negros apresentam maior índice em relação aos homens brancos e asiáticos[5]. Por muitos anos, o rastreamento para detecção precoce de CP dependia apenas do toque retal (exame retal)[1]. Nesse período, a maioria dos tumores malignos foi diagnosticada em estágios mais avançados[6]. Entretanto, com a introdução do rastreamento do antígeno prostático específico (PSA) na década de 1990, 80% dos diagnósticos são feitos em estágio precoce e subclínico, muitas vezes sem lesões palpáveis ao toque retal[5,7]. Com isso, houve um aumento dramático no diagnóstico dessa neoplasia[8]. No entanto, um nível elevado de PSA pode ser um sinal de CP, mas também pode ocorrer devido a um aumento não canceroso ou inflamação da próstata[7]. Além disso, nos últimos anos, o método de dosagem do PSA e o toque retal estão associados a sobrediagnóstico, sobretratamento, riscos associados a biópsias desnecessárias e ansiedade[7]. Por outro lado, em estágios iniciais, o câncer de próstata não causa sinais e sintomas[9]. Assim, confiar apenas nos sintomas para estabelecer o

diagnóstico pode ser perigoso, pois as lesões malignas só são identificadas em estágios mais avançados[9]. Com base nessas informações, nosso estudo tem como objetivo revisar sistematicamente a literatura, abordando as principais evidências científicas sobre a triagem de CP, enfatizando sua influência na sobrevida do paciente.

Método

Este artigo é uma revisão sistemática que visa responder à seguinte questão: "O rastreamento do câncer de próstata tem benefício prognóstico?". Foram utilizados ensaios clínicos randomizados em inglês, publicados há menos de 5 anos, com os seguintes descritores: "prostate Neoplasms", "cancer", "prognosis", "Neoplasms", "Prostatic". A busca foi feita no Pubmed (Medline), EMBASE e SciELO.

Resultados

Em 35 artigos, 9 artigos foram selecionados para uma análise qualitativa do benefício do rastreamento precoce do câncer de próstata. Essa patologia apresenta altas taxas de mortalidade, principalmente associadas à não realização do rastreamento ou ao mau seguimento. Os benefícios que a triagem precoce para CP traz mostra que há uma mudança no prognóstico do paciente, podendo assim relacionar a triagem precoce a um melhor prognóstico.

Discussão

De acordo com os resultados, evidenciou-se que o CP apresenta alta taxa de mortalidade, porém, quando rastreado precocemente a mortalidade diminui, e esse rastreamento precoce é feito principalmente por meio de exames como o PSA e toque retal. Não há consenso entre as organizações de saúde quanto ao rastreamento do câncer de próstata. Embora o rastreamento com PSA já tenha sido amplamente aceito, as opiniões sobre a utilidade do rastreamento mudaram nos últimos anos e hoje há controvérsia em torno de seu uso como ferramenta de rastreamento devido ao sobrediagnóstico e tratamento excessivo de cânceres indolentes[10]. O rastreamento do PSA contribui para a redução da mortalidade em relação aos casos sem rastreamento, apesar de correr o risco de causar sobredetecção da doença[8]. Além disso, avanços tecnológicos que contribuem para o diagnóstico do câncer de próstata, como avanços na ressonância magnética e biomarcadores mais específicos para PSA, são de total importância para a evolução da saúde dos pacientes. A identificação de pacientes com alto risco de desenvolver a doença de forma mais agressiva por meio de parâmetros clínicos ou laboratoriais pode ajudar a individualizar a indicação e a frequência do rastreamento. O sobrediagnóstico do câncer de próstata pode causar danos de várias maneiras, sendo os principais danos físicos comuns o excesso de tratamento, infecção, perda de sangue que requer transfusão, disfunção erétil e incontinência[6,16]. Uma estratégia para diminuir o sobrediagnóstico é aplicar seletivamente a triagem e/ou biópsia apenas para aqueles indivíduos com maior risco de mortalidade por câncer

de próstata ou para melhorar o desempenho diagnóstico do PSA como teste de triagem. O tratamento do câncer de próstata é feito individualmente, levando em consideração a singularidade de cada diagnóstico. Dentre essas singularidades, o médico deve analisar, junto ao paciente, as consequências que o tratamento escolhido provoca em relação aos benefícios que pode trazer, bem como os riscos e efeitos colaterais recorrentes[17].

Conclusão

Apesar das controvérsias envolvendo rastreamento precoce e sobrediagnóstico, se assumirmos que dos 9 estudos analisados nesta revisão sistemática, todos obtiveram melhores resultados naqueles pacientes que tiveram rastreamento precoce para CP, então o rastreamento é aconselhável. No entanto, o médico e o paciente devem estar sempre de acordo, com total esclarecimento do paciente para iniciar o tratamento. Assim, levando em consideração a individualidade e autonomia do paciente, deve-se buscar a melhor forma de tratar, seja por meios mais invasivos ou menos, como cirurgia ou vigilância ativa.

Referências Bibliográficas

1. Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer. GLOBOCAN 2012: Incidência e mortalidade por câncer em todo o mundo em 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx#.

2. Colaboração da Carga Global da Doença do Câncer, FITZMAURICE C *et al*. A Carga Global do Câncer 2013. JAMA Oncol. 2015;1(4):505-27.

3. HAMDY FC *et al*. Resultados de 10 anos após monitoramento, cirurgia ou radioterapia para câncer de próstata localizado. N Engl J Med. 13 de outubro de 2016;375(15):1415-1424. doi: 10.1056/NEJMoa1606220. Epub 2016 14 de setembro. PMID: 27626136.

4. HUGOSSON J *et al*. Dezoito anos de acompanhamento do Teste de Triagem de Câncer de Próstata Baseado em População Randomizada de Gotemburgo: efeito de variáveis sociodemográficas na participação, incidência e mortalidade por câncer de próstata. Scand J Urol. 2018 fev;52(1):27-37. doi: 10.1080/21681805.2017.1411392. Epub 2017 18 de dezembro. PMID: 29254399; PMCID: PMC5907498.

5. NARDOZZA, AJ; ZERATI FILHO, M; REIS, RB. Urologia Fundamental. São Paulo: Planmark, 2010. 422 p.

6. HALPERN JA *et al*. Uso do exame retal digital como adjuvante ao antígeno específico da próstata na detecção de câncer de próstata clinicamente significativo. J Urol. 2018 abr;199(4):947-953. doi: 10.1016/j.juro.2017.10.021. Epub 2017 20 de outubro. PMID: 29061540; PMCID: PMC6719551.

7. ILIC D *et* al. Rastreamento do câncer de próstata com teste de antígeno prostático específico (PSA): uma revisão sistemática e meta-análise. BMJ. 5 de setembro de 2018;362:k3519. doi: 10.1136/bmj.k3519. PMID: 30185521; PMCID: PMC6283370.

8. MARVIN RM *et al*. Efeito de uma intervenção de triagem baseada em PSA de baixa intensidade na mortalidade por câncer de próstata: o

estudo clínico randomizado CAP. JAMA. 6 de março de 2018;319(9):883-895. doi: 10.1001/jama.2018.0154. PMID: 29509864; PMCID: PMC5885905.

9. HOFF, PMG. Tratado de oncologia. São Paulo: ATENEU, 2013.

10. KOVAC E *et al*. Associação do nível basal de antígeno específico da próstata com diagnóstico de longo prazo de câncer de próstata clinicamente significativo entre pacientes com idade entre 55 e 60 anos: uma análise secundária de uma coorte no estudo de triagem de câncer de próstata, pulmão, colorretal e ovário (PLCO). JAMA Netw Open. 3 de janeiro de 2020;3(1):e1919284. doi: 10.1001/jamannetworkopen.2019.1928 4. PMID: 31940039; PMCID: PMC6991265.

11. LINDBERG A *et al*. Estimativas corrigidas de viés dos efeitos das decisões de rastreamento de PSA sobre o risco de diagnóstico de câncer de próstata e morte: Análise do estudo finlandês Estudo randomizado de rastreamento do câncer de próstata. Int J Câncer. 1º de agosto de 2019;145(3):632-638. doi: 10.1002/ijc.32129. Epub 2019 4 de fevereiro. PMID: 30653262.

12. HUGOSSON J *et al*. Um acompanhamento de 16 anos do estudo randomizado europeu de triagem para câncer de próstata. Eu Urol. Julho de 2019;76(1):43-51. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.009. Epub 2019 26 de fevereiro. PMID: 30824296; PMCID: PMC7513694.

13. SAARIMÄKI L *et al*. Impacto do limiar de antígeno prostático específico e intervalo de triagem em resultados de triagem de câncer de próstata: comparando o estudo randomizado europeu sueco e finlandês de triagem para centros de câncer de próstata. Eur Urol Focus. 2019 mar;5(2):186-191. doi: 10.1016/j.euf.2017.07.007. Epub 2017 10 de agosto. PMID: 28803925; PMCID: PMC5809235.

14. CARLSSON S *et al*. Triagem para câncer de próstata começando na idade 50-54 anos. Um estudo de coorte de base populacional. Eu Urol. 2017 Jan;71(1):46-52. doi: 10.1016/j.eururo.2016.03.026. Epub 2016 13 de abril. PMID: 27084245; PMCID: PMC5061609

15. GODTMAN RA *et al*. O efeito da idade de início e término na triagem sobre o risco de ser diagnosticado com câncer de próstata. J Urol. 2016 maio;195(5):1390-1396. doi: 10.1016/j.juro.2015.11.062. Epub 2015 8 de dezembro. PMID: 26678954; PMCID: PMC4948858.

16. NIELSEN, SB *et al*.consequências psicossociais do potencial sobrediagnóstico no câncer de próstata, um estudo de entrevista qualitativa - Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2020. Páginas 439-446.

17. MALUF, F. Câncer de Próstata | Tratamento. Instituto Vencer o Câncer, 2018. Disponível em: < https://vencerocancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata-tipos-de-cancer/tratamento-9/ >. Acesso em: 2 de junho de 2021.