

Editorial

Câncer de próstata: qual a mensagem correta?

Prostate cancer: what is the right message?

Sidney Glina¹, Jacyr Pasternak¹

O público em geral e os médicos não especialistas assistem a um debate que, no mínimo, deixa dúvidas sobre como se comportar.

Várias organizações vêm condenando o uso do antígeno prostático específico (PSA) para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, baseadas na recomendação da *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF),⁽¹⁾ que condenou o rastreamento dessa neoplasia. Esta declaração baseou-se em um estudo americano, que não mostrou diminuição da sobrevivência dos pacientes com câncer de próstata e nem que o uso do PSA aumentou significativamente o diagnóstico desse tumor.⁽²⁾ Associado ao número de biópsias prostáticas desnecessárias, pois o PSA tem baixa especificidade, o diagnóstico de tumores indolentes, que não evoluiriam, transformaram o PSA em um grande vilão. O documento de 2012 já produziu uma redução no número de exames solicitados pelos clínicos americanos.⁽³⁾

Por outro lado, várias sociedades de urologia ainda recomendam que homens entre 55 e 69 anos façam os exames, desde que esclarecidos de todos os riscos, pois os “benefícios ultrapassariam os riscos”.⁽⁴⁾ No Brasil, o “Novembro Azul” é uma campanha apoiada pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), realizada anualmente

no mês de novembro, na qual o homem é esclarecido sobre os cuidados com sua saúde, especialmente sobre o câncer da próstata.⁽⁵⁾

Deixando de lado o debate emocional, vários aspectos precisam ser considerados. O estudo que serviu de base para a recomendação da USPSTF vem sendo criticado pela contaminação do grupo controle (homens que não deveriam fazer dosagens de PSA e boa parte o fez por conta própria). Por outro lado, estudo europeu⁽⁶⁾ que tinha desenho semelhante mostrou que o diagnóstico precoce do câncer de próstata diminuiu o risco de morte em 21% em 11 anos. Verdade que uma metanálise, que incluiu os dois estudos, mostrou que o diagnóstico precoce do câncer de próstata não reduziu a mortalidade.⁽⁷⁾

O estágio atual do conhecimento não pode simplesmente dizer que não deve se buscar o diagnóstico precoce do câncer de próstata e abandonar esta doença. O câncer de próstata é a neoplasia que mais afeta os homens e é o segundo que mais mata, após o câncer de pulmão.

O abandono das políticas de diagnóstico precoce vai nos devolver a 1987, na era pré-PSA, quando os pacientes buscavam ajuda médica com quadros já metastáticos e sem possibilidade de tratamento curativo.

¹ Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Sidney Glina – Avenida Albert Einstein, 627/701 – Morumbi – CEP: 05652-900 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 2151-1233
E-mail: glina@einstein.br

DOI: 10.1590/S1679-45082015ED3595



Esta obra está licenciada sob uma Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

É inquestionável que o uso do PSA diminuiu radicalmente o número de casos com tumores avançados e metastáticos, ao contrário da mamografia, que não diminuiu estes casos na neoplasia de mama.⁽⁸⁾

O rastreamento do câncer de próstata está longe de ser perfeito, mas pode e está sendo aperfeiçoado. O uso de outros indicadores, como a relação do PSA livre/total, a ressonância magnética multiparamétrica e a busca de novos marcadores tem diminuído o número de biópsias desnecessárias e ajudado a identificar os casos de tumores indolentes.

Em 1980, a expectativa de vida média do homem no Brasil era de 59,6 anos,⁽⁹⁾ e, como sabemos que o tumor de próstata de alto risco localizado não tratado leva ao óbito em 10 anos,⁽¹⁰⁾ provavelmente não diagnosticá-lo aos 50 anos não alterava muito a sobrevida média do homem brasileiro. Em 2007, esta expectativa média passou a ser de 68,7 anos,⁽⁹⁾ e esse impacto na diminuição da sobrevida pode ser significativo – e maior ainda nos países desenvolvidos onde a expectativa é maior.

Muitas questões ainda precisam ser respondidas, entre elas qual vai ser o impacto econômico de se tratar um número maior de casos metastáticos; qual o impacto do PSA e do diagnóstico precoce no prolongamento da sobrevida dos pacientes com câncer de próstata; e qual o impacto do abandono do rastreamento em homens entre 45 e 50 anos, quando muitas vezes os tumores são de alto risco.

Antes de se ter todas as respostas, parece irresponsável não informar aos pacientes todas as nossas dúvidas e dizer simplesmente que não se deve fazer o diagnóstico precoce. A decisão deve ser compartilhada e, em última análise, o paciente escolhe o que fazer – mas consciente dos riscos de sua escolha.

REFERÊNCIAS

1. Chou R, Croswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Fu R, et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;155(11):762-71. Review.
2. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN, Isaacs C, Kvale PA, Reding DJ, Weissfeld JL, Yokochi LA, O'Brien B, Ragard LR, Clapp JD, Rathmell JM, Riley TL, Hsing AW, Izmirlian G, Pinsky PF, Kramer BS, Miller AB, Gohagan JK, Prorok PC; PLCO Project Team. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104(2):125-32.
3. Jemal A, Fedewa SA, Ma J, Siegel R, Lin CC, Brawley O, et al. Prostate Cancer Incidence and PSA Testing Patterns in Relation to USPSTF Screening Recommendations. *JAMA.* 2015;314(19):2054-61.
4. Carter HB. American Urological Association (AUA) guideline on prostate cancer detection: process and rationale. *BJU International.* 2013;112(5):543-7. Review.
5. Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Portal da Urologia [Internet]. Novembro Azul 2015. Novembro Azul conscientiza sobre câncer de próstata [citado 2015 Nov 21]. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/destaques/novembro-azul-2015/>
6. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, Denis LJ, Recker F, Berenguer A, Määttänen L, Bangma CH, Aus G, Villers A, Rebillard X, van der Kwast T, Blijenberg BG, Moss SM, de Koning HJ, Auvinen A; ECRPC Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 2009;360(13):1320-8.
7. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD004720. Review.
8. Welch HG, Gorski DH, Albertsen PC. Trends in Metastatic Breast and Prostate Cancer - Lessons in Cancer Dynamics. *N Engl J Med.* 2015; 373(18):1685-7.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Séries Históricas e Estatísticas. Esperança de vida ao nascer por sexo [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 1980-2007. [citado 2015 Nov 26]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD107&t=esperanca-vida-nascer-sexo>
10. Popiolek M, Rider JR, Andrén O, Andersson SO, Holmberg L, Adami HO, et al. Natural history of early, localized prostate cancer: a final report from three decades of follow-up. *Eur Urol.* 2013;63(3):428-35.