

Deteção precoce do cancro da próstata



O cancro da próstata é a neoplasia maligna mais comum no homem com mais de 50 anos, e a segunda causa de morte por neoplasia maligna nos países ocidentais, logo a seguir ao cancro do pulmão. Estima-se que em Portugal a sua incidência seja de 82 casos por 100.000 habitantes, com uma mortalidade de 33 por 100.000 habitantes.

Além da idade, os principais factores de risco conhecidos para esta doença são a história familiar de cancro da próstata (sobretudo se em familiares de 1º grau, como pai ou irmão) e a raça negra. Outros factores de risco têm sido propostos na literatura médica, tais como a dieta rica em gordura animal, a obesidade, o tabagismo, as doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, em relação aos quais a evidência científica é bastante menos consistente.

Em muitos doentes, o cancro da próstata progride de forma lenta e não representa uma verdadeira ameaça à saúde, nem limita a esperança de vida. Noutros casos, porém, pode ser altamente agressivo, com disseminação a outros órgãos (metastização) e rápida progressão clínica, levando à morte do doente. Nestas situações, o diagnóstico e tratamento precoces permitem atingir melhores resultados, e este tem sido o principal argumento para justificar o rastreio em homens assintomáticos.

Como é feita a detecção precoce?

A detecção precoce do cancro da próstata assenta fundamentalmente na utilização de três ferramentas diagnósticas: o toque rectal, o estudo analítico com determinação do PSA total e a ressonância magnética multiparamétrica da próstata.

O toque rectal é uma manobra clínica simples, que permite a palpação da próstata através da parede do recto e que pode rapidamente alertar o clínico para a presença de anomalias. Como tal, constitui uma parte indispensável do exame objectivo urológico. No entanto, a taxa de detecção conseguida através do toque rectal isoladamente é muito baixa, pelo que necessariamente tem que ser aliado a outros meios auxiliares de diagnóstico.

O PSA total é uma análise sanguínea que permite a aferição dos níveis do antigénio específico da próstata (PSA), uma proteína cuja elevação pode ser um dos primeiros sinais da presença do cancro da próstata. Importa sublinhar que o PSA não é produzido em mais nenhum tecido do corpo humano, e daí a sua especificidade. Porém, não é produzido apenas em situações de cancro – pode estar elevado em situações de hiperplasia benigna da próstata ou infecção/inflamação prostática, pelo que a interpretação dos resultados nem sempre é linear.

Finalmente, temos assistido nos últimos anos a uma utilização cada vez mais generalizada da **ressonância magnética (RM) multi-paramétrica da próstata**, um exame de imagiologia não-invasivo e que requer equipamento sofisticado. Ainda que a sua utilização deva ser ponderada caso a caso, a RM permite, em muitas situações, identificar quais os indivíduos a quem deve ser oferecida uma biópsia prostática, em função da presença de lesões

suspeitas. Além disso, o mapeamento dessas lesões fornecido pela RM é, nos casos que evoluem para biópsia, extremamente útil para direccionar a mesma, aumentando a taxa de detecção de tumores clinicamente relevantes.

Nas situações em que a conjugação da informação dada por toque rectal, PSA total e/ou RM multi-paramétrica da próstata levanta a suspeita de cancro, é em regra oferecida uma biópsia prostática para confirmação (ou não) do diagnóstico. A biópsia é um exame guiado por ecografia e realizado em ambulatório, sob anestesia local, sendo habitualmente muito bem tolerado pelo doente. Permite a recolha de fragmentos de tecido prostático que subsequentemente são enviados para análise histopatológica (ao microscópio), com o objectivo de estabelecer um diagnóstico definitivo.

Nos casos em que a biópsia confirma a presença de cancro da próstata, é necessário proceder ao estadiamento da doença para planear qual o tratamento mais indicado, já que este varia substancialmente consoante estejamos perante doença localizada na próstata, doença localmente avançada ou doença disseminada para outros órgãos e sistemas (metastizada).



Tiago Moura Mendonça

Coordenador da Unidade de Urologia

Hospital Particular da Madeira

– Grupo HPA Saúde

Atividade profissional

- Especialista em Urologia pela Ordem dos Médicos (2011)
- Consultant Urological Surgeon with sub-speciality in pelvic urooncology and minimally invasive surgery, Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust, Reino Unido, (2016-2019)
- Fellow of the European Board of Urology (FEBU)

Fellow of the Royal College of Surgeons of England (FRCS)

Principais áreas de atuação no Grupo HPA

- Oncologia urológica (cancro do rim, bexiga e próstata)
- Cirurgia minimamente invasiva (endoscópica, laparoscópica e robótica) Hiperplasia benigna da próstata
- Litíase urinária

Incontinência urinária e urologia feminina

Unidades

- Hospital Particular da Madeira
- Madeira Medical Center

In “JM-Madeira”