

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DA PRÓSTATA

Premature Diagnosis of the Prostate Cancer

BORRELLI, Milton *

BORRELLI JR., Milton **

BORRELLI, M. et al Diagnóstico Precoce do Câncer da Próstata. Arq.med.ABC, 15(2):7-8, 1992.

Resumo: Os autores comentam os métodos mais recentes para o diagnóstico do câncer da próstata, determinando e discutindo a importância deste ser realizado precocemente, no intuito de diminuir a morbidade e a mortalidade dos indivíduos acometidos.**Unitermos:** Câncer de próstata, diagnóstico.**INTRODUÇÃO**

O câncer da próstata é a neoplasia mais frequente no sexo masculino e a segunda causa de morte dentre as neoplasias. Em 1991, cerca de 122.000 novos casos foram diagnosticados nos EUA, sendo registradas 32.000 mortes no mesmo período.

O diagnóstico do câncer da próstata modificou-se muito desde a descoberta do antígeno prostático específico (PSA) em 1979 por Wang (2) e a introdução da ultrassonografia transretal (USTR). Entretanto, 33% dos casos são diagnosticados como doença localmente invasiva ou metastática.

Quando comparada à outras neoplasias, tanto a prevalência como a incidência do câncer da próstata aumentam rapidamente com a idade. A melhoria da expectativa de vida certamente fará da neoplasia da próstata um problema de saúde ainda maior, nas décadas seguintes.

TOQUE RETAL

O toque retal representa a forma mais tradicional de se diagnosticar casos de câncer da próstata. Sua sensibilidade é de aproximadamente 68%, na dependência da experiência do examinador, e sua especificidade varia entre 89 a 97% (3).

ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

O PSA é uma serina protease que só é encontrada nas células acinares e epitélio ductal da próstata. Não encontrado em outros tecidos ou órgãos e pode se elevar tanto em pacientes com câncer da próstata quanto em casos de hiperplasia benigna da próstata.

O valor normal do PSA varia entre 0 e 4 ng/ml pelo método "Tandren-R PSA", do Laboratório Hybritech Inc. Valores superiores a 10ng/ml são altamente suspeitos da presença de neoplasia prostática.

Estatisticamente, os níveis séricos de PSA apresentam sensibilidade de 57% e especificidade de 68% para um valor maior que 4ng/ml. A especificidade é de 96% para concentrações superiores à 10ng/ml (4).

Os níveis séricos do PSA estão relacionados diretamente ao volume do tecido prostático. Nos casos de adenocarcinoma da próstata, cada grama de tecido neoplásico aumenta os níveis de PSA de 3,5ng/ml (5).

Em um esforço para se melhorar a acurácia diagnóstica do PSA, determinação do volume prostático usada em conjunto com a concentração sérica do PSA produziram a "densidade" do PSA (PSAD). Este valor é o quociente da concentração sérica do PSA e o volume prostático. O câncer da próstata produz níveis sérico de PSA significativamente maiores para um determinado volume prostático, comparativamente à hiperplasia benigna da próstata.

ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL

A ultrassonografia transretal da próstata tornou-se um método de imagem utilizado de rotina na avaliação de glândulas prostáticas suspeitas de câncer. Embora seu uso como método de "screening" seja controverso, sua utilização para orientar a realização de biópsias com agulha ganhou grande aceitação, melhorando a acurácia das biópsias.

A USTR tem elevada sensibilidade na identificação de nódulos hipo-ecóicos, porém a chance de se encontrar câncer em pacientes com estes nódulos varia de 15 a 37%, mostrando a baixa especificidade do método (6).

DISCUSSÃO

Durante os últimos 12 anos a incidência do carcinoma prostático aumentou em 50% e o número de mortes atribuídos à doença em 40%. Infelizmente grande parte dos casos são diagnosticados em fases avançadas da doença.

Várias estratégias podem ser utilizadas com o intuito de se diminuir a incidência e mortalidade da doença incluindo-se a prevenção da doença, diagnóstico precoce e a melhoria das técnicas terapêuticas.

A detecção do câncer da próstata ainda confinado à glândula (estádios A e B) seguidos, quando possível, da remoção da glândula resultam em menor morbidade e mortalidade. O toque retal, a dosagem do PSA e a utili-

* Professor Titular da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC. Professor Adjunto da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da USP.

** Médico Residente da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da USP.

zação da USTR quando utilizados da forma combinada detectam mais câncer. Neoplasias diagnosticadas por qualquer uma destas técnicas são clinicamente importantes e merecem tratamento levando-se em conta a idade e as condições clínicas do paciente.

A utilização destes métodos diagnósticos em programas de detecção precoce da doença é bastante discutível já que muitas neoplasias detectadas jamais se manifestariam clinicamente. Esta afirmação é baseada em observações que demonstram a presença de câncer da próstata em cerca de 30% dos homens acima dos 50 anos, sendo que apenas 1,3% destes terão o diagnóstico da doença estabelecido e 0,4% morrerão da doença em um ano (7).

A determinação dos benefícios individuais e coletivos através da detecção precoce do câncer da próstata necessita de estudos a longo prazo. Enquanto isso, o bom senso demonstra que o atraso no diagnóstico do câncer da próstata manterá a mortalidade da doença em níveis ascendentes, como se tem observado nas últimas seis décadas.

Homens acima de 50 anos devem ser submetidos anualmente ao toque retal e a dosagem do PSA. Para homens acima de 65 anos recomenda-se também a USTR. Essas recomendações aplicam-se somente a pacientes urológicos.

Catalona (8) examinando os papéis do toque retal, dosagem de PSA e a utilização da USTR estabeleceu o seguinte algoritmo:

Toque retal e dosagem de PSA para homens acima dos 50 anos

A) Toque retal normal e PSA \hat{a} 4 \hat{A} avaliação anual.

B) Toque retal normal e PSA entre 4.1 e 10 \hat{A} USTR.

B.1) Se a ultrassonografia mostrar lesão hipo-ecóica, o paciente deverá ser submetido à biópsia da lesão.

B.2) Se a ultrassonografia não demonstrar a lesão deve-se determinar o PSAD. Se o PSAD for $<$ 0.15, o paciente deverá ser submetido a biópsias aleatórias da próstata. Se o PSAD for \hat{a} 0.15, o paciente deverá ser reavaliado em um ano.

C) Toque retal normal e PSA $>$ 10 \hat{A} USTR.

C.1) Se a ultrassonografia mostrar lesão hipo-ecóica, o paciente deverá ser submetido à biópsia da lesão.

C.2) Se a ultrassonografia não demonstrar a lesão, o paciente deverá ser submetido a biópsias aleatórias da próstata.

D) Toque retal anormal \hat{A} USTR com biópsia dirigida.

BORRELLI, M. et al Premature Diagnosis of the Prostate Cancer. *Arq.med.ABC*, 15(2):7-8, 1992.

Abstract: The authors comment the most recent methods of diagnosis of prostate cancer. They stand out and discuss the importance that it will be done premature to reduce the disease and the mortality.

Keywords: Prostate Cancer, Diagnosis

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. SILVERBERG, E.; BORING, C.C. and SQUIRER, T.S. Cancer statistics 1990. *CA*, 40:9, 1990.
2. WANG, M.C.; VALENZUELA, L.A.; MURPHY, G.P. and CHU, T.M. Purification of a human prostate specific antigen. *Invest Urol.*, 17:159, 1979.
3. GUINAN, H.B.; BUSH, I.; RAY, V.; VIETH, R.; RAO, R.; BHATTI, R. The accuracy of rectal examination in the diagnosis of prostate carcinoma. *New Engl. J. Med.*, 303:449, 1980.
4. LANGE, P.; ERCOLE, C.J.; VESSELA, R.L. Tumor markers in the follow-up of initial therapy of prostate cancer. Em LANGE, p.h. Tumor Markers in Prostate Cancer. *Excerpta Medical*, Amsterdam, 1986, pg 16.
5. STAMEY, T.A.; YANG, N.; HAY, A.R.; MC NEAL, J.A.; FREIHA, F.S.; REDWINE, E. Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of prostate. *New Engl. J. Med.*, 317:909, 1987.
6. PONTES, J.E.; OHE, H.; WATANABE, H.; MURPHY, G.P. Transreal ultrasonography of the prostate. *Cancer*, 53:1369, 1984.
7. COONER, W.H.; MOSLAY, B.R.; RUTHERFORD, C.L.; BEARD, J.H.; POND, H.S.; TERRY, W.J.; IGEL, T.C. and KIDD, D.D. Prostate cancer detection in a clinical urological practice by ultrasonography, digital rectal examination and PSA. *J. Urol.*, 143:1146, 1990.
8. CATALONA, W.J.; SMITH, D.S.; RATHIFF, T.L.; DODDS, K.M.; COPLEN, D.E.; YUAN, J.J.J.; PETROS, J.A. Measurement of PSA in serum as a screening test for prostate cancer. *New Engl. Med.*, 324:1156, 1991.