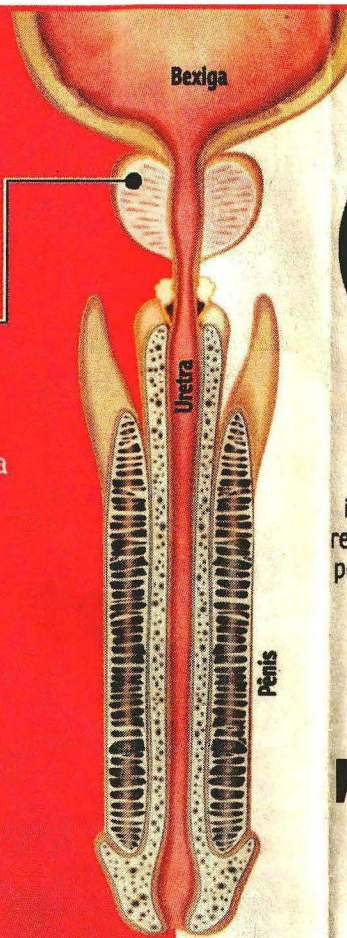


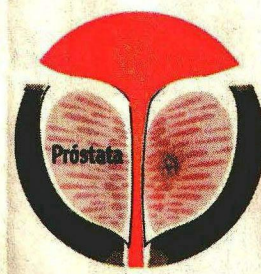


O que é e onde se localiza a próstata?

A próstata é uma glândula existente somente nos homens, que pesa aproximadamente 20 gramas no adulto, tem a função de produzir substâncias importantes para a fecundação e está localizada próxima à bexiga e ao ânus



Estágios do câncer de próstata



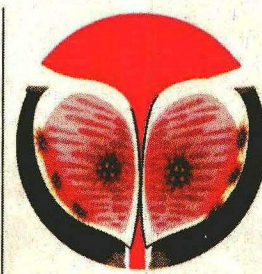
T1

Tumor localizado, pequeno e não identificado por toque retal. A sua identificação pode ser feita pelo nível de PSA no sangue



T2

Tumor localizado, que já pode ser identificado por toque retal ou por ultrassom. Não há sintomas



T3

O tumor espalha-se por áreas próximas à glândula. Observa-se dificuldade ao urinar



T4

O tumor espalha-se com mais agressividade. Inicia-se um processo de metástase que pode culminar com o ataque à bexiga, ao reto e a outros órgãos do corpo

Tumor de próstata sob vigilância

Nem todo paciente com câncer detectado nesse órgão precisa se submeter à terapia convencional. Aqueles com baixo risco podem apenas fazer acompanhamento periódico, mas a maioria ainda prefere se tratar, por medo da doença

» BRUNA SENSÊVE
ENVIADA ESPECIAL

Rio de Janeiro e Brasília — Ao ouvir a palavra câncer pronunciada por qualquer médico, mesmo em um exame de rotina, o primeiro pensamento remete ao paciente as opções de terapia agressivas, que visam aniquilar de vez o terrível inimigo. Radioterapia, quimioterapia ou cirurgia são, provavelmente, os passos seguintes ao diagnóstico. No entanto, com força crescente, uma nova opção tem emergido nos consultórios, especialmente quando o assunto é o tumor de próstata. O conceito de vigilância ativa, ou espera vigilante, é uma opção viável para homens com cânceres de baixo risco, que decidem não se submeter à cirurgia imediata ou terapia de radiação. A questão foi um dos temas debatidos durante o II Congresso Oncologia D'Or, realizado no Rio de Janeiro.

Na vigilância ativa, o câncer de próstata já diagnosticado é cuidadosamente monitorado para sinais de progressão. O teste de sangue PSA e o toque retal (DRE) são geralmente administrados periodicamente, junto da repetição da biópsia depois de ano e, em seguida, em intervalos específicos. Se os sintomas se desenvolvem ou se os testes indicarem que o câncer está aumentando, o tratamento pode ser necessário.

O monitoramento diferenciado para o câncer de próstata vem da observação epidemiológica da doença. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alen-

car Gomes da Silva (Inca), alguns tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e até levando à morte. Mas a grande maioria cresce tão lentamente — estima-se uma média de 15 anos para atingir 1 cm³ — que não chega a dar sinais durante a vida nem a ameaçar a saúde do homem.

Segundo o coordenador científico do Centro de Oncologia Rede D'Or e chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital do Câncer do Inca, Daniel Herchenhorn, o câncer de próstata não é uma doença que pode ser percebida pelo paciente a partir de sintomas ou qualquer tipo de autoexame, como acontece com o de mama. “Naturalmente, a glândula sofre um aumento de tamanho com a idade, que vai acarretar sintomas como necessidade de urinar mais frequentemente, por exemplo. Essa condição está relacionada com o câncer, mas também é uma decorrência natural da idade”, explica o urologista.

A idade avançada é o fator de risco mais evidente para o desenvolvimento de câncer de próstata. O tumor maligno clinicamente detectado é raro entre homens com menos de 40 anos. Na maioria dos casos, o diagnóstico acontece na sétima e oitava décadas de vida. Há relatos científicos, de acordo com a Fundação do Câncer de Próstata, nos Estados Unidos, de tumores latentes abaixo dessa faixa etária.

O câncer de próstata latente ou de autópsia é definido como quantidades microscópicas de tumor de baixo grau incidental-

» Palavra de especialista

Sem motivos de preocupação

“Não é simplesmente não tratar, mas acompanhar o paciente e a evolução com determinada periodicidade. Se o PSA não aumentar e as biópsias não progredirem, esse paciente não precisa de nenhum tratamento invasivo por hora. A vantagem é que você não vai submeter o paciente aos riscos de um tratamento invasivo. Se ele faz a cirurgia, ele tem um aumento nos riscos de incontinência urinária, disfunção erétil, além dos riscos do tratamento. Para a ra-

mente encontradas na glândula durante o exame post mortem. A prevalência, tanto da forma latente como do tipo clinicamente detectado, aumenta com o avanço da idade. Estima-se que aproximadamente 20 a 30% dos homens com mais de 50 anos e cerca de 50% daqueles com mais de 80 anos podem abrigar um câncer de próstata latente.

A possível relação entre os dois tipos ainda é incerta para a comunidade médica. Se são duas doenças diferentes ou se o câncer latente é um precursor de formas mais agressivas ainda são perguntas sem resposta. A vigilância ativa vem da ideia de que a últi-

dioterapia e a quimioterapia, há os efeitos colaterais das medicações. Fazendo a vigilância ativa, você não tem nada disso e pode seguir com uma doença que teoricamente não vai dar sintomas para esse paciente. Um dos grandes empecilhos é a não aceitação do paciente, por preocupação. Ele acaba não compactuando com a ideia de ter um tumor que não vai tratar. De todos que fazemos a vigilância ativa, pelo menos um terço vai abandonar o tratamento e optar pela modalidade mais invasiva porque está preocupado.”

Renato Almeida, urologista do Centro de Câncer AC Camargo

ma opção pode ser a correta, e a distinção de uma doença clinicamente significativa ou não passou a ser um aspecto muito relevante. Existe um consenso crescente de que talvez a maioria dos cânceres detectados por varredura com teste de PSA — exceto os de grau avançado — não apresentem risco de evolução para formas letais e, portanto, candidatos à vigilância ativa.

Herchenhorn conta que já tem alguns pacientes sob esse regime de tratamento. Porém, ele lembra que a escolha é individual. Normalmente, o nível de angústia do paciente tende a pesar no momento de optar. “Tive

um paciente que poderia ter ficado sob vigilância ativa, mas, após alguns anos nesse regime, decidiu operar”, relata. Hoje, o homem ideal para essa terapia tem escore baixo de agressividade (Gleason 6 ou menos), baixo risco (baixo PSA), baixo em volume (quantidade pequena de câncer encontrado na biópsia) e, especialmente, que não esteja ansioso para se submeter à terapia de imediato. Também pode ser uma boa escolha para os mais velhos, com expectativa de vida limitada. Além disso, se o paciente luta contra outros distúrbios ou doenças graves, tais como problemas cardíacos, pressão alta ou diabetes mal controlada, os médicos podem sentir que é melhor adiar a terapia e evitar as potenciais complicações.

Papel do médico

Estimativas mundiais indicam que muitos homens são tratados de forma mais agressiva contra o câncer de próstata do que é necessário para salvar a vida do portador. A relação médico-paciente pode estar no centro dessas decisões. O momento de apresentar as opções de tratamento e a forma como essas escolhas são expostas podem ser um grande diferencial para a decisão. “O que é impressionante é a variação existente no tratamento do câncer de próstata de acordo com o papel assumido pelo médico, até mais que a aceitação pelo paciente de fatores que impactem a vigilância ativa”, conclui Karen Hoffman, professora de radiologia

oncológica do Centro de Câncer Anderson, da Universidade do Texas, nos Estados Unidos.

Ela conduziu uma pesquisa sobre o assunto, publicada na edição de junho da revista científica *JAMA Internal Medicine*. A investigação teve como eixo principal a influência do urologista na escolha que homens mais velhos com câncer de baixo risco fazem pelo recebimento de terapia. A equipe de cientistas procurou examinar por que a vigilância ativa é subutilizada nessa população de pacientes ainda que, segundo Hoffman, estudos anteriores mostraram que as taxas de mortalidade são semelhantes para os que optam por vigilância e aqueles que fazem o tratamento. “Mas muitos homens continuam a incorrer em prejuízos devido a tratamentos desnecessários”, observa.

O público-alvo da pesquisa de Hoffman foram homens mais velhos com a doença em baixo risco, justamente os que têm maior indicação de vigilância ativa. No entanto, dos 12.068 pacientes, 80% receberam tratamento e apenas 20% foram submetidos à observação. “Os médicos de cuidados primários também desempenham um papel fundamental, porque encaminham os pacientes para urologistas, que pedem os exames de PSA e as biópsias da próstata. O aumento da transparência pode levar à seleção de médicos mais abertos à vigilância”, acredita Hoffman.

* A repórter viajou a convite da Grupo Oncologia D'Or