

CANCRO DA PRÓSTATA

Antunes C , Calafate A , Ramos C , Almada-Lobo F , Martins C

1. Grupo etário alvo

0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	>80
									Informar doente riscos e benefícios					

2. Principais Recomendações

Actualmente, não se dispõe de evidência científica suficiente que permita recomendar a realização do rastreio do cancro da próstata através da pesquisa do antígeno específico da próstata (PSA), toque rectal (TR) ou ecografia transrectal^{1,4}. Ainda não foi possível demonstrar que os benefícios deste rastreio superem os riscos, nem a sua eficácia na redução da morbi-mortalidade. Este rastreio poderá ser realizado desde que o paciente compreenda os potenciais riscos, benefícios e as incertezas que lhe estão associadas (Recomendação C)^{1,3}.

3. Recomendações para cada nível de risco¹⁻³

Grupo Alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível evidência*
Risco Médio O risco de cancro da próstata aumenta com a idade. Se o benefício do diagnóstico precoce for o motivo da decisão pelo rastreio, este deve ser oferecido a homens entre os 50 e os 74 anos de idade.	Informar o doente dos riscos e benefícios associados ao rastreio Se se optar pela realização do rastreio, o procedimento inclui: toque rectal e doseamento do PSA total	Se se optar pela realização do rastreio, ele deverá ser efectuado anualmente.	VC ¹⁻³
Risco Aumentado 1 ou mais parentes em 1º grau com diagnóstico de cancro da próstata <60 anos	Informar o doente dos riscos e benefícios associados ao rastreio Se se optar pela realização do rastreio, o procedimento inclui: toque rectal e doseamento do PSA total	Se se optar pela realização do rastreio, ele deverá ser efectuado anualmente	VC ¹⁻³

*Nível de evidência: I – Evidência obtida a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados; II – Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio randomizado controlado; III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos coorte ou estudos caso-controlo ou c) estudos comparativos com controlo histórico; IV – Evidência obtida de séries de casos; V – Opiniões de autoridades ou entidades respeitadas baseadas na experiência clínica, em estudos descritivos ou relatórios de peritos. Força da evidência: A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; B – Existe evidência de razoável qualidade que apoia a recomendação; C – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação; E – Existe evidência de boa qualidade contra a recomendação.

Observações

O cancro da próstata em estadio inicial pode ser assintomático, não estar associado a elevações de PSA nem a tumores palpáveis por TR.

Na presença de outras co-morbididades que diminuam a esperança média de vida para menos de 10 anos não se recomenda a realização deste rastreio^{2,3,5}.

Benefícios do rastreio

O uso do PSA em associação com o toque rectal pode permitir a detecção e tratamento do cancro da próstata em estadio precoce. O resultado do tratamento pode ser significativamente melhor quando o diagnóstico é efectuado no estadio precoce: melhor sobrevida.

Riscos do rastreio

O rastreio poderá conduzir ao diagnóstico de casos de cancro da próstata que nunca se manifestariam clinicamente nem teriam impacto na qualidade de vida dos pacientes⁶.

Um teste de PSA elevado ou um toque rectal em que se palpem irregularidades, endurecimento, nódulos ou se sinta uma assimetria glandular implica a realização de uma biopsia prostática. A biopsia prostática, dependendo dos locais onde seja realizada, apresenta aproximadamente 20% de falsos negativos podendo conduzir à sensação de insegurança no paciente ou no médico^{7,8}.

As atitudes subsequentes ao rastreio inicial (PSA e TR) podem acarretar desconforto físico e psíquico significativo.

O tratamento do cancro da próstata apresenta efeitos adversos importantes como incontinência urinária e disfunção eréctil com prejuízo da qualidade de vida dos pacientes^{9,10}.

Decisão partilhada

A decisão de efectuar ou não este rastreio deve ser tomada de forma partilhada¹¹⁻¹³. Os pacientes devem ser informados dos benefícios e dos riscos que correm ao efectuar o rastreio. Devem saber que ao escolher o rastreio com PSA, aumentam substancialmente o risco de serem confrontados com o diagnóstico de cancro da próstata em troca de uma redução incerta do risco de morte por essa doença. O uso de textos de apoio à decisão destinados aos pacientes pode facilitar o processo de decisão partilhada. O Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG recomenda o visionamento do filme *"How to Talk with Your Patients When Evidence Is Insufficient"* disponível em <http://www.ahrq.gov/audio/vidStream/clips/prostateCancer.aspx>.

4. Referências Portuguesas relevantes

O rastreio do cancro da próstata não está contemplado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010, não sendo considerado indicador de desempenho das USF pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários^{14,15}.

5. Referências bibliográficas

- 1– United States Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer. Disponível em <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspSprca.htm> [acedido em Agosto de 2008].
- 2– The Royal Australian College of General Practitioners “Red Book” Taskforce. Guidelines for Preventive Activities in General Practice (6th edition). Victoria (Australia): The Royal Australian College of General Practitioners; 2005.
- 3– Hoffman RM. Screening for prostate cancer. UpToDate Online 16.2. Disponível em <http://www.uptodateonline.com> [acedido em Agosto 2008]
- 4– Ilic D, O'Connor D, Green S. Screening for prostate cancer. a Cochrane systematic review. *Cancer Causes Control* (2007) 18:279-85.
- 5– Smith, RA, von Eschenbach, AC, Wender, R, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001 -testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin* 2001; 51:38.
- 6– Draisma, G, Boer, R, Otto, SJ, et al. Lead times and overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: estimates from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95:868.
- 7– McNaughton-Collins, M, Fowler, FJ Jr, Caubet, JF, et al. Psychological effects of a suspicious prostate cancer screening test followed by a benign biopsy result. *Am J Med* 2004; 117:719.
- 8– Fowler, FJ Jr, Barry, MJ, Walker-Corkery, B, et al. The impact of a suspicious prostate biopsy on patients' psychological, socio-behavioral, and medical care outcomes. *J Gen Intern Med* 2006; 21:715.
- 9– Stanford, JL, Feng, Z, Hamilton, AS, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA* 2000; 283:354.
- 10– Hamilton, AS, Stanford, JL, Gilliland, FD, et al. Health outcomes after external-beam radiation therapy for clinically localized prostate cancer: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *J Clin Oncol* 2001; 19:2517.
- 11– Chan, EC, Sulmasy, DP. What should men know about prostate-specific antigen screening before giving informed consent?. *Am J Med* 1998; 105:266.

- 12 – Barry, MJ. Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice. *Ann Intern Med* 2002; 136:127.
- 13 – Frosch, DL, Kaplan, RM, Felitti, V. The evaluation of two methods to facilitate shared decision making for men considering the prostate-specific antigen test. *J Gen Intern Med* 2001; 16:391.
- 14 – Plano Oncológico Nacional 2001-2005. D.R. Iª Série- B nº 190, 17/8/2001, 5241-7.
- 15 – Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa: 2006

– Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Novo Cuidar, Fafe; – Interna de Medicina Geral e Familiar CS Foz do Douro, Porto;
– Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Novo Cuidar, Fafe; – Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS Saúde de S. Mamede de Infesta; – Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS S. João, Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto