

PSA, TOQUE RETAL E CÂNCER DE PRÓSTATA

PSA, DIGITAL RECTAL EXAMINATION AND PROSTATE CANCER

Gustavo Nader Marta¹, Samir Abdallah Hanna², João Luis Fernandes da Silva³

O câncer de próstata (CP) é o tipo de neoplasia maligna mais prevalente entre os homens e figura como o sexto tipo mais comum no mundo. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA),¹ o número de casos novos de CP estimados no ano de 2008 para o Brasil foi de 49.530, o que corresponderia a um risco estimado de 52 casos novos para cada 100 mil homens.

Nas últimas décadas vem ocorrendo uma mudança no perfil epidemiológico do CP. Ao analisar os dados disponíveis em bancos internacionais, como *Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program do Nacional Cancer Institute* dos Estados Unidos,² observa-se que há uma tendência de aumento da incidência do CP e alteração do padrão de estadiamento inicial com deslocamento no sentido de se diagnosticar mais precocemente os pacientes portadores de CP. Ademais, ocorreu uma importante evolução das modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento desta patologia. Para os pacientes de baixo risco existem três opções disponíveis que oferecem alta taxa de cura e baixíssimo índice de morbimortalidade: braquiterapia, teleterapia com técnica tridimensional com modulação da intensidade de feixes - IMRT (*Intensity Modulation Radiotherapy Treatment*) e prostatectomia radical.

Para muitos, esta mudança de perfil epidemiológico do CP se deve ao rastreamento anual através da dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA) e do toque retal, apesar de, até o momento, não existirem ainda evidências concretas se os métodos atuais de *screening* são eficazes para reduzir a taxa de mortalidade por câncer.

Recentes publicações do *The New England Journal of Medicine* abordaram esta temática tentando elucidar a questão.

O primeiro trabalho de um grupo europeu³ teve o objetivo de avaliar o efeito do *screening* com o exame do PSA seriado na taxa de morte por câncer de próstata. Foram incluídos no estudo 182.000 homens com idades entre 50 e 74 anos registrados em sete países europeus. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: grupo rastreado (GR) - 82.816 homens que fizeram controle com PSA com média de pelo menos um exame a cada quatro anos; grupo controle (GC) - 89.353 homens que não receberam *screening*. A média de seguimento foi de nove anos e encontrou-se incidência cumulativa para CP de 8,2% no GR versus 4,8% no GC. A razão de taxas de mortalidade foi 0,80 (0,67 - 0,95) quando comparado o GR com o GC. Obteve-se risco absoluto de 0,71 óbitos a menos por 1.000 homens no GR. Concluem que o *screening* com PSA resulta em 20% de redução da mortalidade por CP em nove anos para pacientes com 55 - 69 anos.

O segundo trabalho, com desenho semelhante, foi desenvolvido pelo grupo de pesquisadores americanos do *Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial*. Objetivou avaliar a eficácia do rastreamento com PSA e toque retal no impacto das taxas de mortalidade por CP. Trata-se de um estudo prospectivo e randomizado com 76.693 homens entre 55 e 74 anos de dez centros norte-americanos. Os casos foram selecionados no período de 1993 a 2000 e divididos em dois grupos: homens que receberam

screening anual (n = 38.343) - PSA anual por seis anos e toque retal por quatro anos - e homens que receberam cuidados habituais (n = 38.350) - grupo controle. Foram incluídos para análise 85% dos rastreados (GR) e 52% do grupo controle (GC).

Após sete anos de seguimento, o número de diagnósticos de CP foi maior no GR (2.820) que no GC (2.322) - (razão de taxas, 1.22; intervalo de confiança de 95%, 1.16 a 1.29). Após dez anos, este perfil se manteve presente (3.452 GR versus 2.974 GC - razão de taxas, 1.17; intervalo de confiança de 95%, 1.11 a 1.22).

Entretanto, ao se verificar o número de óbitos em sete anos de seguimento, observou-se que houve 50 eventos no GR e 44 no GC (razão de taxas 1.13; intervalo de confiança de 95%, 0.75 a 1.70). Em dez anos este perfil novamente se manteve presente (92 GR versus 82 GC - razão de taxas, 1.11; intervalo de confiança de 95%, 0.83 a 1.50).

Dessa forma, concluem que após sete e dez anos de seguimento, a taxa de morte por câncer de próstata é pequena e não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos de estudo no que diz respeito à mortalidade.

Assim posto, como se pode notar, os dois trabalhos apresentam conclusões divergentes a respeito da mesma temática. Alguns questionamentos que enviesam os estudos devem ser feitos antes de assumir seus resultados como verdades absolutas, a saber:

- 1- Tempo de seguimento: o trabalho americano utilizou tempo de sete anos completos, com mediana de 11,5 anos (7,2 a 14,8) de seguimento, enquanto que o grupo europeu nove anos. Sabe-se que para CP estes períodos são insuficientes para traçar o real perfil das taxas de mortalidade (o número de eventos de óbitos é pequeno).
- 2- Grupo controle. No segundo trabalho, o grupo controle foi "contaminado", pois mais 40% receberam *screening* prévios. No primeiro não há menção a respeito da contaminação do grupo controle.

Assim sendo, acreditamos que os resultados destes estudos devem ser interpretados de forma cautelosa. Ratificamos a opinião da Sociedade Brasileira de Urologia que em recente manifestação foi contrária à equivocada publicação do INCA que afirmava ser desnecessária a realização do *screening* anual para os homens acima de 50 anos de idade.

Por fim, consideramos que o seguimento ativo e anual com PSA e toque retal devem ser realizados e encorajados para todos os pacientes até que evidências mais concretas sejam definidas.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 11, n. 2, p. 40 - 41, 2009

1 - Residente em Radioterapia do Centro de Oncologia - Hospital Sírio-Libanês

2 - Médico assistente e preceptor do Depto. de Radioterapia do Centro de Oncologia - Hospital Sírio-Libanês

3 - Médico coordenador do Depto. de Radioterapia do Centro de Oncologia - Hospital Sírio-Libanês

Recebido em 12/5/2009. Aceito para publicação em 21/5/2009.

Contato: gnmarta@uol.com.br

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
2. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program [base de dados na internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2009. Disponível em: <http://seer.cancer.gov>.
3. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized: European Study. *N Engl J Med.* 2009; 360:1320-8.
4. Andriole GL, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med.* 2009; 360:1310-9.