

# Registo Nacional de Cancro da Próstata, em Portugal – ReNaCaP

## National Registry of Prostate Cancer, in Portugal – ReNaCaP

### Autores

Pedro Nunes<sup>1</sup>, Francisco Luís Pimentel<sup>2</sup>, Francisco Pina<sup>3</sup>, Francisco Rolo<sup>4</sup>

### Instituição

- <sup>1</sup> Assistente Hospitalar de Urologia, Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos Hospitais da Universidade de Coimbra;  
<sup>2</sup> Professor Associado Convidado, com agregação, Secção Autónoma de Ciências da Saúde - Universidade de Aveiro; Presidente do Conselho de Administração, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro;  
<sup>3</sup> Chefe de Serviço de Urologia do Hospital de São João, Porto;  
<sup>4</sup> Chefe de Serviço de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

### Correspondência

Dr. Pedro Nunes  
 KeyPoint, Consultoria Científica  
 Alameda Fernão Lopes, nº 16, 6º ; 1495-190 Algés; Portugal  
 E-mail: eleiria@grupokeypoint.pt

Projecto promovido pela Associação Portuguesa de Urologia, financiado pela sanofi-aventis e com consultoria da KeyPoint.

Data de Submissão: 3 de Agosto de 2010 | Data de Aceitação: 7 de Novembro de 2010

### Resumo

**Objectivos:** Este estudo teve como objectivo estimar a prevalência de carcinoma da próstata em Portugal e caracterizar os doentes com este diagnóstico quanto à sua evolução clínica e tratamento.

**Material e Métodos:** Foi realizado um estudo de registo Nacional, transversal e multicêntrico com recolha retrospectiva de dados de doentes com carcinoma da próstata, incluindo data e método de diagnóstico, grau de Gleason, valor de Antígeno Específico da Próstata (PSA) Total, tratamento anterior e estágio clínico resultante. O nível de significância assumido foi de 0,05.

**Resultados:** Foram incluídos 2.465 doentes, entre os 40 e 96 anos, distribuídos por 43 centros. Destes, 1.234 (50,1%) tinham carcinoma localizado, 533 (21,6%) carcinoma localmente avançado e 248 (10,1%) carcinoma metastizado. Para 15% dos doentes não estava disponível a informação de estágio à data do diagnóstico. A prevalência não foi calculada uma vez que nem todos os centros incluíram os doentes de forma sequencial no período definido para inclusão. Nos doentes com carcinoma localizado, as terapêuticas mais utilizadas foram a prostatectomia radical (43,9%), a radioterapia radical (25,3%) e a radioterapia pélvica adjuvante (9,3%). Os doentes com metástases foram submetidos a tratamento com terapêutica hormonal (96,2%), quimioterapia (2,0%) e bifosfonatos (2,0%) em proporção superior aos restantes estádios.

**Conclusões:** Este estudo veio revelar que o número de doentes referenciados em cada local estudado

num ano é elevado, mostrando a importância de se continuar a investir em rastreios oportunistas ou estratégias de diagnóstico precoce e em estudos de prevalência desta patologia.

**Palavras-chave:** Carcinoma da próstata, prevalência, tratamento.

### Abstract

**Objectives:** The aim of this study was to determine the prevalence of prostate cancer in Portugal and characterize patients' treatment and progression.

**Material and Methods:** This was a national, cross-sectional and multicentre registry study with collection of prostate cancer patients' data, including date and method of diagnosis; Gleason score; Total PSA score; previous treatment; and clinical stage. Significance level was 0.05.

**Results:** The 43 participating sites included 2465 patients with ages ranging between 40 and 96 years. From the included patients, 1234 (50.1%) had carcinoma in situ, 533 (21.6%) had locally advanced carcinoma, and 248 (10.1%) had metastatic carcinoma. For 15% of patients, there wasn't any information available about tumor staging at the time of diagnosis. Prostate cancer prevalence wasn't determined because not all of the involved centers included patients sequentially during the inclusion period. Most used therapies for patients with carcinoma in situ were radical prostatectomy (43.9%), radical radiotherapy (25.3%) and adjuvant radiotherapy (9.3%). Hormonal therapy (96.2%), chemotherapy (2.0%) and biphosphonates (2.0%) were used in a larger extend for patients with metastatic cancer.

*Conclusions: This study shows that the number of prostate cancer patients referenced in each centre in one year is high, revealing the need to invest in screening programs as well as in developing diagnosis strategies and prevalence studies.*

**Key-words:** Prostate carcinoma, prevalence, treatment.

## Introdução

A doença oncológica constitui um dos principais problemas de Saúde Pública na Europa e em muitos países a nível mundial. Globalmente, o número absoluto de doentes tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas, atribuindo-se este facto não só a um aumento do risco efectivo de doença mas, também, ao aumento da esperança de vida, à possibilidade de diagnósticos mais precoces e fidedignos e à optimização do tratamento<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Na Europa, o cancro da próstata representa cerca de 12% de todos os cancros<sup>7,8,9,10</sup>, sendo a segunda causa de morte por patologia oncológica nos homens, responsável por uma em cada 10 mortes por cancro nos países desenvolvidos<sup>1</sup>.

Em Portugal, o número de novos casos por ano foi estimado em cerca de 4.000, com uma mortalidade aproximada de 1.000 doentes por ano<sup>2</sup>. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2005, morreram 1.636 doentes com cancro da próstata no nosso país<sup>11</sup>. Actualmente, o cancro da próstata é a segunda causa de morte por cancro, em Portugal, logo depois do cancro do pulmão<sup>10</sup>.

As taxas de incidência desta neoplasia variam consideravelmente entre países e verifica-se, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma tendência para o seu aumento, explicada pela interligação de vários factos tais como: a evolução dos meios de diagnóstico, o envelhecimento da população ou o aumento efectivo do número de novos casos. Nos últimos anos, o rastreio sistemático e o desenvolvimento de campanhas de diagnóstico precoce tiveram um papel fundamental no aumento do número de casos diagnosticados em fases iniciais<sup>12</sup>. O impacto de uma neoplasia avalia-se pela sua frequência (prevalência e incidência) e pela sua gravidade, traduzida não só pela morbilidade, mortalidade e taxa de sobrevivência, mas também pelo estado funcional e qualidade de vida do doente. Neste contexto, o cancro da próstata tem um impacto elevado, assumindo-se como uma patologia frequente, cuja mortalidade e morbilidade associadas constituem um importante problema de saúde pública dos países ocidentais.

Em Portugal, embora existam estimativas de mortalidade por carcinoma da próstata (INE e OMS), a sua prevalência é ainda desconhecida. Existem, actualmente,

três registos oncológicos nacionais que, apesar de cobrirem a quase totalidade da população portuguesa, continuam a produzir dados incompletos<sup>13</sup>, que nem sempre possibilitam que deles se retirem conclusões quanto à prevalência desta patologia no nosso país. Deste modo, são reduzidos os dados epidemiológicos fiáveis sobre esta doença, pelo que o presente estudo teve como objectivo estimar a prevalência de carcinoma da próstata em Portugal e caracterizar os doentes com este diagnóstico quanto à sua evolução clínica e tratamento.

## Material e Métodos

Estudo de registo nacional, transversal e multicêntrico com recolha retrospectiva de dados de doentes com carcinoma da próstata, em Portugal.

### População

Incluíram-se doentes com diagnóstico clínico e/ou histopatológico de carcinoma da próstata, seguidos por urologistas, oncologistas e/ou radioterapeutas em 43 centros distribuídos pelo país. Todos os doentes incluídos deram o seu consentimento informado por escrito para a recolha de informação dos seus processos clínicos.

### Procedimentos

O estudo foi submetido e autorizado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) e pelas Comissões de Ética dos centros envolvidos. Toda a equipa trabalhou de acordo com a Declaração de Helsínquia e com as Boas Práticas Clínicas, mantendo a máxima confidencialidade.

Foi considerada apenas uma avaliação, por doente, coincidindo com a consulta onde assinou o consentimento informado e onde foram recolhidas as informações sobre a história pregressa e o seu estado actual. Em relação aos antecedentes pessoais recolheram-se dados sobre a data de diagnóstico, estadiamento do tumor de acordo com a Classificação TNM para tumores malignos da *Union for International Cancer Control*, de 2002, (Tumor-Nódulos-Metástases - TNM-UICC-2002)<sup>14</sup>, graduação de agressividade histológica segundo o grau combinado de *Gleason*, valor de PSA total basal, método de diagnóstico, tratamentos anteriores e evolução. Reuniram-se também dados sobre a situação clínica e o estágio actual da doença, último valor de PSA total e terapêutica em curso.

### Análise Estatística

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis de caracterização demográfica.

A caracterização clínica dos doentes compreendeu uma análise descritiva das variáveis da história pregressa: idade à data do diagnóstico, estágio clínico,

grau de *Gleason* combinado, valor de PSA total e método de diagnóstico. Para as variáveis de natureza contínua é apresentado o valor médio, o desvio padrão, o valor mediano, máximo e mínimo. Para as variáveis categóricas são apresentadas as frequências absolutas e relativas para cada categoria.

A análise de associação entre variáveis foi efectuada através do Teste de Qui-quadrado. O Teste T para amostras independentes foi utilizado para comparação de idades segundo o estadiamento e a presença de metástases. Foi ainda realizada uma correlação de *Pearson* na comparação dos valores do PSA basal com o grau de *Gleason* combinado.

A prevalência de cancro da próstata não foi calculada neste estudo uma vez que nem todos os centros envolvidos incluíram todos os doentes de forma sequencial no período definido para inclusão. Assim, foi apenas possível estimar o número de doentes referenciados em cada centro num ano, para os centros que incluíram todos os doentes de forma sequencial durante o período de estudo. Para isso, assumiu-se a população dos concelhos incluídos na área de referência de cada centro. Os valores da população correspondem à informação do Censos de 2001 (INE). Para o cálculo do número de casos referenciados em cada centro num ano, foi multiplicado por quatro o número de doentes incluídos no trimestre avaliado e dividido pelo número médio de consultas por ano de cada doente (assumiu-se que um doente com carcinoma da próstata vai a uma consulta, em média, duas vezes por ano). A estimativa do número de casos de carcinoma da próstata em cada centro foi calculada dividindo o número de doentes estimado por ano pela população de referência de cada centro.

A caracterização do tratamento do carcinoma da próstata em Portugal foi realizada através do estágio clínico, tendo sido considerados três tipos: doentes

com carcinoma da próstata localizado, doentes com carcinoma da próstata localmente avançado e doentes com carcinoma da próstata metastizado. A inclusão dos doentes em cada um dos grupos definidos foi feita durante a análise estatística considerando a classificação TNM-UICC-2002.

Foi assumido um nível de significância estatística de 0,05 (5%).

## Resultados

### Caracterização da população

Foram analisados os processos de 2.465 doentes, com uma idade actual mediana de 73 anos e com uma idade mediana na altura do diagnóstico de 69 anos. Em 75% dos casos o diagnóstico foi feito em datas posteriores a 2001 e, em 50% das situações, em datas posteriores a 2004. Em 93% dos casos o diagnóstico foi obtido por biópsia prostática, sendo os restantes 7% diagnosticados por vários métodos diferentes, de acordo com o descrito na tabela 1.

No que diz respeito ao estágio clínico, verificou-se que, para 18,2% dos doentes, não estava disponível a informação sobre o estágio da doença à data do diagnóstico ou estava incompleta. Dos restantes, a maioria tinha doença localizada (50,1%) ou localmente avançada (21,6%) e 10,1% tinha doença metastizada.

Uma análise da relação entre a idade e o estadiamento mostrou que os doentes  $T_1N_0M_0$  eram significativamente mais novos do que todos os restantes, com uma média de idade de 65,8 anos *versus* 68,9 anos para todos os outros grupos no seu conjunto ( $p < 0,001$ ). Quando analisados segundo a presença ou não de metástases, independentemente de todas as outras características do tumor, verificou-se que, os doentes sem metástases, eram significativamente mais novos do que os com metástases ou

	Média (Desvio Padrão)	Mediana	Mínimo	Máximo		
Idade	72,6 (8,3)	73,0	40	96		
Idade no Diagnóstico	68,8 (8,1)	69,0	34	92		
Meios Complementares de Diagnóstico	Bx Próstata	RTUP	PTV	Bx Gânglio	Bx Osso	Outros
	92,6%	3,0%	1,8%	0,2%	0,1%	3,2%

Tabela 1) Idade da população e métodos de diagnóstico

Bx - Biópsia; RTUP - Ressecção transuretral da próstata; PTV - *Planning target volume*.

	Estadiamento Inicial	Estadiamento Actual
Carcinoma localizado	1,234 (50,1%)	1,325 (55,6%)
Carcinoma localmente avançado	533 (21,6%)	275 (11,5%)
Carcinoma metastizado	248 (10,1%)	83 (3,5%)
Estadiamento incompleto	450 (18,2%)	-
Sem Estadiamento	370 (15,0%)	700 (29,4%)

Tabela 2) Estadiamento inicial *versus* estadiamento actual (n=2.465)

não avaliados em termos de extensão óssea da doença ( $M_x$ ) ( $p < 0,001$ ). A idade média foi 67,5 anos para os doentes sem metástases e 69,8 anos para os doentes com metástases ou classificados como  $M_x$ .

À data da recolha dos dados, verificou-se igualmente que a maioria dos doentes tinha doença localizada (55,6%), 11,5% tinha doença localmente avançada e apenas 3,5% apresentava metástases. De acordo com a classificação de agressividade histológica segundo o grau de Gleason Combinado (Grupo 1: Gleason 2 a 6; Grupo 2: Gleason 7; Grupo 3: Gleason 8 a 10), 52% dos casos de carcinoma da próstata apresentava tumores bem diferenciados, grau de Gleason 2 a 6. Trinta por cento dos casos apresentava tumores com grau de Gleason 7 e 18% tinha tumores mal diferenciados correspondentes ao grupo Gleason 8 a 10. Quando analisada a distribuição dos graus de Gleason por estágio, verificou-se que a maioria dos doentes com carcinoma localizado (63%) apresentava valores de Gleason entre 2 e 6, enquanto, nos doentes com metástases, o grau predominante variou entre 8 e 10 (46%). Consideraram-se quatro grupos de prognóstico em relação aos valores pré-diagnóstico de PSA total: Grupo 1, PSAt  $\leq 10$  ng/ml; Grupo 2, PSAt 10,1 a 25 ng/ml; Grupo 3, PSAt 25,1 a 100 ng/ml; e Grupo 4, PSAt  $\geq 100,1$  ng/ml.

A percentagem de doentes com PSA total inferior a 10 ng/ml aumentou entre a avaliação basal e a avaliação no momento da recolha de dados (42% vs. 89%). Em todos os outros grupos de PSA total, a percentagem de doentes diminuiu entre as duas avaliações (Grupo 2: 33% vs. 5%; Grupo 3: 18% vs. 3%; Grupo 4: 7% vs. 3%). Na altura do diagnóstico, o valor mediano de PSAt em doentes com metástases era de 73 ng/ml, enquanto em doentes com carcinoma

localizado o valor mediano era de 8,4 ng/ml. A correlação entre o valor de PSAt, basal e o grau de Gleason combinado foi de 0,112 ( $p < 0,001$ ), indicando uma correlação fraca mas positiva entre os dois valores.

O número de doentes referenciados por ano para cada um dos centros que incluiu todos os casos de carcinoma da próstata de forma sequencial foi, em média, de  $4,5 \pm 2,3$  casos por 1.000 doentes. Este número variou entre 1,4 casos por 1.000 doentes no Hospital Distrital de Mirandela e 6,7 casos por 1.000 doentes no Centro Hospitalar de Coimbra.

### Caracterização do tratamento

Nos doentes com carcinoma localizado, as terapêuticas mais utilizadas foram prostatectomia radical, radioterapia radical e radioterapia pélvica adjuvante. A radioterapia intersticial foi realizada em apenas seis casos, todos eles em doentes com carcinoma localizado. Os doentes com metástases foram submetidos a tratamentos de hormonoterapia, quimioterapia e bifosfonatos em proporção superior aos restantes estádios, conforme seria de esperar. Dentro da terapêutica hormonal, foram registados 51 casos de orquidectomia (3,0%). Os doentes com carcinoma localmente avançado e os doentes com metástases foram tratados com análogos da hormona de libertação da hormona luteinizante (LHRH) e com antiandrogéneos. Trinta e três doentes (2,0%) fizeram quimioterapia, em 28 doentes (2,0%) foram usados bifosfonatos e em sete doentes (0,4%) radioisótopos sistémicos.

Todos os doentes, independentemente do estágio, foram submetidos a um ou a dois tipos de terapêutica (56,0% e 32,0%, respectivamente; ver tabela 5), sendo sobretudo os doentes diagnosticados em

	PSA total basal (ng/ml)	PSA total actual (ng/ml)
Sem estadiamento (Média±DP)	94,0±533,4	12,4±76,3
Carcinoma localizado (Média±DP)	18,1±164,9	10,7±113,6
Carcinoma localmente avançado (Média±DP)	29,6±33,3	4,8±16,3
Metastizado (Média±DP)	261,2±594,6	113,1±520,7
Estadiamento incompleto (Média±DP)	148,0±564,0	111,7±504,4

Tabela 3) PSA total basal (ng/ml) versus PSA total actual (ng/ml), por estágio

	Prostatectomia radical	Radioterapia radical	Radioterapia adjuvante	Terapia hormonal (TH)	TH análogos LHRH	TH antiandrogénicos	Vigilância
Sem estadiamento	35,1%	12,6%	4,2%	68,1%	51,4%	42,5%	13,6%
Carcinoma localizado	43,9%	25,3%	9,3%	67,8%	43,3%	53,1%	17,0%
Carcinoma localmente avançado	18,7%	22,4%	4,8%	85,3%	66,7%	66,7%	6,8%
Metastizado	6,0%	8,5%	2,6%	96,2%	79,5%	82,1%	0,7%
Estadiamento incompleto	31,5%	12,3%	4,1%	68,5%	50,7%	50,7%	8,2%

Tabela 4) Orientação terapêutica na altura do diagnóstico, por estágio

	Terapia hormonal (TH)	TH análogos LHRH	TH antiandrogénicos	Vigilância
Sem estadiamento	63,1%	45,2%	30,8%	53,8%
Carcinoma localizado	42,9%	31,2%	26,1%	54,2%
Carcinoma localmente avançado	71,5%	42,6%	55,5%	30,4%
Metastizado	77,6%	62,6%	52,3%	10,3%
Estadiamento incompleto	55,7%	39,3%	37,7%	23,0%

Tabela 5) Tratamento proposto na data de recolha de dados, por estágio (n=2.465)

estádios iniciais aqueles que realizam um maior número de tratamentos.

A terapêutica hormonal com análogos LHRH e/ou antiandrogénicos foi proposta na altura da avaliação a doentes incluídos inicialmente em todos os estádios da doença. Foi observada hormono-resistência em 8% dos doentes (considerando os 1.719 casos que foram sujeitos a esta avaliação), dos quais 65% eram doentes  $M_0$  e 35% eram doentes metastáticos.

## Discussão

É indiscutível a importância do conhecimento da prevalência pontual do cancro da próstata como base para otimizar estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento.

O nosso estudo foi desenvolvido com o objectivo principal de determinar a prevalência desta patologia em Portugal. No entanto, dado que parte dos centros envolvidos não incluiu no estudo todos os doentes de forma sequencial no período definido, não foi possível estimar a prevalência nacional de cancro da próstata.

Na tentativa de contornar esta limitação e apresentar estimativas tão próximas da realidade quanto possível, foi apenas calculado o número de doentes referenciados em cada centro num ano, para os centros participantes que incluíram os doentes de forma sequencial. Este número variou entre os vários centros participantes mas, globalmente, aponta para valores na ordem dos cinco casos por 1.000 homens com idade igual ou superior a 40 anos. Por não corresponderem à prevalência de cancro da próstata não podem ser generalizados para a população global, nem por região, já que os doentes da área de referência de alguns destes hospitais podem ter recorrido a outros hospitais, não sendo contabilizados neste estudo. As discrepâncias nas taxas obtidas poderão ter também justificação nas diferentes perspectivas de rastreio oportunístico usadas nos vários centros.

Noutros estudos europeus, a prevalência de cancro da próstata para homens de todas as idades ronda os dois casos por 1.000 homens. O projecto EUROPREVAL realizou, em 2002, uma análise comparativa da prevalência de vários tipos de cancro em Espanha, Itália e França, e relativamente ao cancro da pros-

tata, tendo sido registados valores de prevalência de 1,58, 2,09 e 2,89 por 1.000 homens, respectivamente. Estes valores não são, no entanto, comparáveis ao valor calculado no presente estudo já que neste apenas foram registados dados de doentes com 40 anos ou mais e de alguns centros específicos que participaram no estudo, não nos permitindo extrapolar para toda a população masculina.

Já no que diz respeito aos objectivos secundários do estudo, o registo nacional de cancro da próstata permitiu fazer uma caracterização dos doentes com cancro da próstata e do tratamento realizado.

Um dos aspectos importantes verificados na caracterização clínica dos doentes foi a relação entre a idade dos indivíduos incluídos e o estadiamento da doença. Doentes no estágio  $T_1N_0M_0$  eram significativamente mais novos do que todos os restantes, com uma idade média de 66 anos *versus* 69 anos, e doentes sem metástases eram também significativamente mais jovens (idade média de 68 anos) do que os com metástases (idade média de 70 anos). Este aspecto pode estar relacionado com uma série de factores que tem também influenciado os padrões de incidência do cancro da próstata. As suas variações nos últimos vinte anos<sup>15</sup> podem estar relacionadas com a evolução nos métodos de rastreio e diagnóstico, nomeadamente, com a determinação do PSA sérico. Apesar de, nos estádios precoces, a doença ser muitas vezes assintomática a determinação generalizada do PSA sérico a partir dos 50 anos de idade permite o diagnóstico mesmo nestas fases<sup>16</sup>. Para além disso, os sintomas podem confundir-se com sinais de envelhecimento, protelando o diagnóstico em indivíduos mais velhos. Ainda relativamente ao estadiamento da doença verificaram-se alguns resultados discrepantes, principalmente no que diz respeito à redução do número de doentes com carcinoma metastizado na avaliação inicial (n=248) em comparação com a avaliação actual (n=83). Esta diferença pode ser explicada pelo facto de, na avaliação actual dos doentes, não lhes ter sido atribuída identificação de estágio, diminuindo significativamente o número de doentes nesta situação relativamente à avaliação inicial. Assim, há um maior número de doentes com estadiamento completo na fase inicial. Muitos dos doentes inicialmente diagnosticados com carcinoma metastizado podem não ter tido avaliação de estágio na avaliação final, provavelmente por se

encontrarem em fase de re-estadiamento ou por não terem metástases evidenciáveis, reduzindo assim o número de doentes neste grupo.

Em termos da caracterização do tratamento após o diagnóstico, observou-se que, com as necessárias adaptações aos estádios clínicos, as principais opções de tratamento foram a terapia hormonal, com análogos da LHRH e/ou antiandrogénicos, tal como a realização de prostatectomia radical e radioterapia. Apesar de uma generalização do uso destas terapêuticas aos vários estádios identificados, foi possível identificar uma maior utilização da terapêutica hormonal com a realização de análogos LHRH e antiandrogénicos em doentes com carcinoma localmente avançado ou com metástases, conforme era esperado. Ainda assim, 67,8% dos doentes com carcinoma localizado foram propostos inicialmente para tratamento hormonal, tratando-se provavelmente de doentes idosos, sem condições ou indicação para tratamento curativo ou de doentes que receberam terapêutica neo-adjuvante.

Por outro lado, a prostatectomia radical e a radioterapia radical (com ou sem hormonoterapia adjuvante) evidenciaram-se como a prática comum de tratamento em doentes com carcinoma localizado. Um dos principais problemas na escolha da melhor opção terapêutica em estádios iniciais prende-se com o facto de, apesar dos avanços que foram feitos até aqui, não existirem actualmente ensaios clínicos aleatorizados que provem a superioridade de uma modalidade de tratamento sobre a outra<sup>17</sup>. Apesar de serem ainda controversos os estudos e as recomendações para o tratamento do cancro da próstata em estádios iniciais, a prostatectomia radical continua a ser o padrão de tratamento em doentes com cancro da próstata clinicamente localizado<sup>18</sup>, o que se verificou no presente estudo.

Para os estádios em que o carcinoma é localmente avançado ou metastizado as recomendações da ESMO (*European Society for Medical Oncology*) indicam que a melhor opção é a terapêutica hormonal, que pode ser utilizada em combinação com a radioterapia pélvica<sup>13</sup> (para o primeiro grupo) ou a radioterapia focal (para o segundo grupo) para casos seleccionados, o que também se observou neste estudo como sendo prática clínica habitual. Apesar de ser um tratamento barato e um procedimento relativamente simples, a orquidectomia foi apenas utilizada numa pequena percentagem de doentes (3,0%). Este facto pode dever-se à difícil aceitação que este método normalmente tem junto dos doentes.

Relativamente à ordem de aplicação de tratamento, a maioria dos doentes realiza apenas um tratamento primário, sendo que os doentes diagnosticados em estádios iniciais, realizam um maior

número de terapêuticas. As explicações para este facto podem ser várias, como o terem sido estabelecidas estratégias adjuvantes no início da terapêutica, se situarem num contexto de falência das terapêuticas primárias ou até de progressão da doença.

O facto de ser importante considerar uma série de factores como a idade, o estádio, a comorbilidade e outros aspectos clínicos relacionados com cada doente, implica que as opções de tratamento sejam variadas<sup>15</sup> e ajustadas a cada caso individualmente, o que parece ter acontecido nos doentes incluídos no presente estudo.

Recentemente, foram apresentados alguns dados sobre a tendência das taxas de mortalidade por cancro da próstata, em Portugal, mostrando que, a partir do final da década de 1990, a sua tendência crescente se inverteu<sup>19</sup>. Apesar do presente estudo mostrar alguns resultados interessantes, principalmente sobre o tratamento dos doentes com cancro da próstata, em Portugal, continuamos a ter poucos resultados sobre a prevalência desta doença no nosso país. Para além disso, ficam por avaliar aspectos importantes da qualidade de vida dos doentes que, na maioria das vezes, é afectada pelo próprio tratamento.

## Conclusões

Apesar de não serem apresentados resultados da prevalência nacional de cancro da próstata, este estudo veio revelar que o número de doentes referenciados em cada local estudado, num ano, é elevado, revelando a importância de se continuar a investir em rastreios oportunistas ou em estratégias de diagnóstico precoce e em estudos de prevalência desta patologia.

Nos últimos anos, a evolução dos meios de diagnóstico e tratamento do cancro da próstata permitiu um melhor tratamento dos doentes. Continua, contudo, a ser premente a realização de estudos controlados sobre a efectividade da detecção precoce e dos tratamentos disponíveis.

## Agradecimentos

A todos os centros participantes: Hospital Universitário de Coimbra – HUC, Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Geral de Santo António, Hospital de São Sebastião, Centro Hospitalar Médio Tejo, Hospital de São João, Hospital do Funchal, Clínica de Radioterapia do Porto, Hospital de Santa Luzia, Consultório Dr. Francisco Pina, Hospital da Força Aérea, Hospital da Marinha, Hospital Distrital de São João da Madeira, Hospital Infante

D. Pedro, Hospital São Marcos de Braga, Hospital Pedro Hispano, Hospital Amato Lusitano, Hospital Distrital de Chaves, Hospital de Santo André, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Hospital Distrital de Anadia, Consultório Dr. Paulo Guimarães, Hospital Distrital de Mirandela, Hospital Distrital de Bragança, Hospital Distrital de Santarém, Hospital Pulido Valente, Hospital Nossa Sra. do Rosário, Uroclínica, Hospital Distrital de Vila Real, Hospital Curry Cabral, Hospital Conde Castro Guimarães – Cascais, Consultório Professor Fidalgo, Hospital da Horta, Clínica Guerra Junqueiro, Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros, Hospital Dr. José Maria Grande, Ordem do Carmo, Consultório Dr. João Paias, Hospital Egas Moniz, IPO Coimbra, Hospital Garcia de Orta, Hospital Distrital de Torres Vedras, Consultório Dr. Severino Ribeiro.  
Financiamento: sanofi-aventis.  
Consultoria: KeyPoint.

## Bibliografia

1. De Angelis R, Grande E, Inghelmann R, Francischi S, Micheli A, Baili P, et al. Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010. *Tumori* 2007;93:392-7.
2. Granado de la Orden S, Saá Requejo C, Quintás Viqueira A. Epidemiological situation of prostate cancer in Spain. *Actas Urol Esp* 2006;30:574-82.
3. Zambrano GT, Galán ML, Mateo CP, Tello AG, Rodríguez N, Sánchez AB. Preliminary data of the Spanish contribution to the European Randomized Study on Screening of Prostate Cancer (ERSPC). *Arch Esp Urol* 2007;60:737-43.
4. Silva MM, Pires MM. Oncologia Urológica – Cancro da Próstata. [Online]. [Acedido a 12/10/2006] Disponível em: URL. <http://www.apurologia.pt/temasurologicos6.htm>
5. Dias JS, Parada B, Vendeira PA. Urologia em 10 minutos. [Online] (s/d). [Acedido a 23 de Junho de 2010]. Disponível em: URL. [www.apurologia.pt/pdfs/Uro-10-min.pdf](http://www.apurologia.pt/pdfs/Uro-10-min.pdf).
6. Grover SA, Zowall H, Coupal L, Krahn M. Prostate Cancer: 12. The Economic Burden. *Can Med Assoc J* 1999;160:5.
7. Micheli A, Mugno E, Krogh V, Quinn MJ, Coleman M, Hakulinen T, et al. Cancer prevalence in European registry areas. *Ann Oncol* 2002; 13: 840-865.
8. Scher HI. Hyperplastic and malignant diseases of the prostate. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed, Single Volume. New York: The McGraw-Hill Companies. 2005;543-50.
9. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 1.0. Lyon: IARC Press. IARC Cancer Base No. 5. 2001.
10. Sá EB. Prevenção do Cancro da Próstata – que evidências existem? *Rev Port Clín* 2003;19: 493-500.
11. Instituto Nacional de Estatística [Online]. 2006 [Acedido a 23/06/2010]. Disponível em: URL. [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
12. Mohler J, Amling CL, Bahnson RR, NCCN Prostate Cancer Panel members, et al. Prostate Cancer Treatment Guidelines. American Cancer Society (ACS), National Comprehensive Cancer Network (NCCN), Version 2, 2009.
13. Pinheiro PS, Tyczynski JE, Bray F, Amado J, Matos E, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in Portugal. *Eur J Cancer* 2003;39:2507-20.
14. Sobin LH, Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumours (UICC). 6th Edition. 2002.
15. American Cancer Society. Cancer, Facts and Figures 2008. Atlanta: American Cancer Society;2008.
16. Reis JP, Ferraz J, Varela J, Romão A. Diagnóstico precoce do carcinoma da próstata. *Acta Urol* 2006;23:77-83.
17. Pinkawa M, Fishedick K, Gagel B, Piroth MD, Asadpour B, Klotz J, et al. Impact on age and comorbidities on health-related quality of life for patients with prostate cancer: evaluation before a curative treatment. *BMC Cancer* 2009;9:296.
18. Goldstraw MA, Kirby RS. The case for radical prostatectomy. *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88:439-44.
19. Bastos J, Botelho F, Pina F, Lunet N. Evolução da mortalidade por cancro da próstata em Portugal (1980-2005). Poster apresentado no Congresso Nacional de Epidemiologia; 2008 Out 23-24; Porto, Portugal.