

Opinião

Prostatectomia total em doentes com PSA suspeitos e biópsias negativas

A. J. Linhares Furtado

Cirurgião Geral e Urologista – Centro Cirúrgico de Coimbra

Não obstante os grandes progressos e a vasta experiência alcançada com os estudos do PSA e com as biópsias múltiplas no diagnóstico do carcinoma da próstata, há ainda um apreciável número de doentes com prolongada indefinição diagnóstica, que lhes acarreta graves tensões psicológicas. Não são raros os casos com marcadores tumorais repetidamente consistentes e até progressivamente mais suspeitos, nos quais as biópsias repetidas e mesmo ressecções transuretrais diagnósticas não permitem detectar qualquer foco carcinomatoso, que justifique as alterações do PSA. Neste grupo de doentes, a ansiedade criada parece-nos justificar que se considere a ablação total da próstata, desde que seja aceite após extremamente cuidada informação a respeito das possibilidades terapêuticas e suas implicações. Apresentam-se aqui, de forma sucinta, as histórias clínicas de três doentes com elevado grau cultural, que preferiram a prostatectomia total a um prolongamento da indefinição diagnóstica e consequente repetição de biópsias ou de ressecção transuretral diagnóstica. Discutem-se os fundamentos para a proposta de prostatectomia total, em situações não comprovadamente malignas, mas causadoras de importante “stress” psicológico.

Definição

Por prostatectomia total significamos a exérese completa da próstata, sem linfadenectomia, processando-se a dissecação, lateralmente, junto da cápsula e, posteriormente, pelo folheto anterior da fascia de Denonvilliers. O vértice próstatico é delimitado como na

prostatectomia radical com preservação dos rolos vasculo-nervosos, segundo a técnica de P. C. Walsh. A uretra correspondente isola-se do tecido envolvente até meio do verumontanum. Não há necessidade de interferência com o músculo rectouretralis. Sempre que possível (inexistência de lobo médio importante) mantém-se intacto o colo vesical. Se a dissecação completa das vesículas seminais se revela difícil, sobretudo na metade ou no terço superior, pode optar-se pela exérese parcial, deixando in loco as porções mais altas. Suturam-se as superfícies de secção para homeostase perfeita. Com esta opção, evitam-se trações ou lesões dos nervos erectores. Na hemostase, utilizam-se laqueações com fios absorvíveis 3-0 ou 4-0 e electrocoagulação bipolar de baixa intensidade.

Doentes

1º doente

A. P. C. A. médico de 59 anos de idade, com quadro obstrutivo moderado e toque rectal típico de HBP volumosa (cerca de 80 gr.). Importante história familiar de neoplasias. Duas biópsias por via perineal, com agulha de Vim-Silverman, revelaram apenas lesões de HBP. As citologias em esfregaços obtidos a partir desses fragmentos biópsicos e outras duas repetidas com agulha fina, mostraram algumas alterações celulares, todavia, sem quaisquer características de malignidade. O doente, ainda sexualmente activo, solicitou a ablação total da próstata tão insistentemente que, recusada de início, foi por nós finalmente aceite, tendo-se efectuado de acordo com a técnica descrita. O estudo da peça confirmou

apenas lesões de HBP. Evolução com muito discreta incontinência, que todavia nos últimos dois anos requer um ou excepcionalmente dois pensos por dia. Manteve actividade clínica que ainda desempenha, aos 80 anos. Recusou sempre determinação do PSA e sente-se psicologicamente muitíssimo recompensado.

2º doente

A. P. C. professor universitário, sessenta e oito anos, assintomático. Alterações progressivas do PSA em análises de rotina. Toque rectal e ecotomografia típicos de HBP (cerca de 70 gr.). Actividade sexual em franco declínio. Fortemente ansioso, face à possibilidade de carcinoma, não obstante as biópsias terem sido completamente negativas. Perante as hipóteses de repetição das biópsias, de ressecção transuretral diagnóstica ou de prostatectomia total, preferiu esta última. O estudo minucioso da peça de prostatectomia revelou apenas um foco de cinco milímetros (gleason 2+2) no lobo direito, justa-capsular. Dada a ansiedade particularmente acentuada deste doente fez-se também linfadenectomia limitada que não revelou alterações nos nove gânglios encontrados. Excelente evolução pós-operatória, com continência perfeita poucos dias após a remoção da algália e que se mantém dezasseis meses após a intervenção cirúrgica. Perda completa da função sexual; PSA indoseável. Resultado psicológico considerado excelente pelo próprio doente.

3º doente

J. F. P. médico, sessenta e seis anos, obstrução infra-vesical já significativa, toque rectal e ecotomografia sugestivas de hipertrofia benigna da próstata (50 gr.). Actividade sexual quase desaparecida. Estudos do PSA conduziram a biópsias ecoguiadas revelando HBP e focos de prostatite crónica e agudizada. Colocado perante as mesmas hipóteses terapêuticas que o segundo doente, não hesitou em submeter-se a prostatectomia total. O estudo da peça confirmou o diagnóstico biopsico. Muito boa evolução pós-operatória com PSA indoseável a um mês e meio. Incontinência muito ligeira (gotas provocadas em algumas mudanças da posição de sentado para a de pé ou pela descida de escadas. Não perde com tosse ou espirros. Em franca recuperação.

suficientemente fortes para se propor a prostatectomia total. Nos três casos convergiram, com a indefinição diagnóstica, o elevado grau cultural (que permitiu uma discussão e esclarecimento perfeitos) e o declínio sexual importante. E o risco de incontinência pesou menos que as vantagens objectivas: grande probabilidade de cura se existisse algum foco de carcinoma (como aconteceu no segundo doente) e prevenção absoluta de doença maligna prostática, em pessoas com expectativa de vida importante e profissionalmente activos.

O alargamento desta opção em indivíduos culturalmente menos elevados, exige uma minuciosa, acessível e exaustiva informação. O problema sexual parece-nos alcançar pouco relevo na população nacional, pelo menos a partir dos sinais da sétima década. Nestes casos resta como perigo maior, o de uma possível incontinência. Porém, com carácter definitivo e com impacto significativo na vida dos doentes, esta complicação é muito rara e pode ser satisfatoriamente corrigida; claramente apresentada aos três doentes, tal risco não foi suficiente para desviá-los da opção escolhida. Cremos que a prostatectomia total, que podemos definir apenas como variante menos oncológicamente válida da técnica de Walsh, mas perfeitamente correcta para as situações em causa, se acompanha de risco ainda menor de incontinência. Tanto a vascularização como a inervação periprostáticas podem ser muito melhor preservadas, nestas prostatectomias em que se tem como princípio que a simples exérese prostática com a capsula é procedimento suficiente. Com esta ablação, o doente adquire certezas que, na maior parte dos casos, se traduzem em repercussão psicológica altamente positiva. Mesmo no segundo doente, em que se descobriu um pequeníssimo foco neoplásico (em estudo histológico particularmente exaustivo) os ganhos psicológicos foram apreciáveis, sendo praticamente segura a impossibilidade de recidiva. Face à segurança de que hoje em dia se reveste a prostatectomia radical e, por maioria de razão, a prostatectomia total, é provável que um número cada vez maior de doentes em situações de dúvida, opte por esta solução, se for correctamente proposta. É também provável que o façam alguns ainda com boa actividade sexual, se a escolha lhes for oferecida. Estas situações parecem-nos, particularmente propícias à conservação da actividade sexual e da continência. Trata-se de uma cirurgia que envolve uma vertente preventiva que pode trazer enormes benefícios psicológicos. Cremos aceitável enveredar cautelosamente pelo alargamento das propostas da prostatectomia total, baseados em refinamento técnico cada vez maior e na avaliação clínica apertada dos resultados.

Discussão

Nas três histórias que muito sucintamente apresentamos, a impossibilidade de garantir a inexistência de doença maligna da próstata gerou situações de angústia