

Rastreio individual do carcinoma da próstata em medicina familiar

.....

Paula Brandão Alves*, Ana Paula Tavares**

Centro de Saúde de Caldas da Rainha

* Interna de CG/ Medicina Familiar

** Assistente graduada de CG/Medicina Familiar

Correspondência: Paula Brandão Alves

Rua Fernando B F Leal, nº 13 4º Dto – 2560-253 TORRES VEDRAS

Resumo

As autoras apresentam um estudo de rastreio do cancro da próstata em 199 homens, com idades entre os 50-75 anos, de um ficheiro de uma médica de família.

Os objectivos são: obter uma subpopulação de indivíduos com maior probabilidade de terem cancro da próstata e obter um grupo com carcinoma da próstata.

As autoras aplicam 2 inquéritos: sobre factores de risco e sobre sintomas da próstata.

Os testes de rastreio utilizados são: o toque rectal e o PSA Total. Na presença de toque rectal e/ou PSA Total suspeitos de cancro, o indivíduo era alvo de um protocolo para a realização de uma ecografia prostática transrectal com biópsia.

Os resultados mostraram 14 indivíduos com história familiar de cancro da próstata e 7 com dieta desequilibrada. Ocorreram 22 casos suspeitos de cancro da próstata. Destes, 8 realizaram, em completo, o protocolo. Em 4 casos ocorreu a presença de cancro, 2 deles lesões PIN.

Palavras chave: Cancro da próstata; Factores de risco; toque rectal; antigéneo específico da próstata.

Abstract

The authors show a prostate's screen of 199 men, between 50-75 years old, from a family physician.

The objectives are: achieve a subpopulation of men with a larger prostate cancer's probability and to achieve a group with prostate cancer.

The authors apply 2 inquiries: about risk factors and prostate symptoms. The screening methods are: digital rectal examination and PSA.

When digital rectal examination and/or PSA are cancer's suspicious, the man will do a protocol of transrectal ultrasound with biopsy.

The results show 14 men with a family history of prostate cancer and 7 with poor diet.

There are 22 cases suspicious of prostate cancer . From those, 8 have done, completely, the protocol. 4 cases are cancers, 2 of them are PIN lesions.

Key words: Prostate cancer; risk factors; digital rectal examination; total prostate specific antigen.

Introdução

O cancro da próstata no ano de 2000 era o 6º cancro mais representativo a nível mundial com 543 mil novos casos (1) e o 3º no sexo masculino. A prevalência estimada em 2000 era de 1,6 milhões de casos, ocorrendo em 46% dos casos no geronte, sendo de 57% nos países desenvolvidos. Em 2050, com o envelhecimento da população, prevê-se que ocorrerão 57% dos casos em gerontes, sendo de 71% nos países desenvolvidos (1).

A taxa de incidência é influenciada pelo diagnóstico de cancro em indivíduos assintomáticos. Estes factos conduzem-nos a uma necessidade de partilha de cuidados em grupos específicos de indivíduos. Um dos grupos, de idade inferior aos 75 anos, com carcinoma da próstata e outro grupo de indivíduos com hipertrofia benigna da próstata (HBP) complicada, ou com obstrução (2). Os restantes serão alvo de avaliações periódicas pelos médicos de família, portadores de formação médica contínua nesta área. Esta forma de articulação de cuidados otimiza os custos em saúde.

Os critérios definidos para a realização de prevenção secundária são: a elevada prevalência e gravidade na população de uma doença de que se conhece a história natural, com tratamento eficaz e melhoria do prognóstico, se aplicado precocemente um método de rastreio com sensibilidade e especificidade >75%; e, por fim, serem estabelecidos e regularmente avaliados os custos e exequibilidade, quer do rastreio, quer do tratamento.

Da revisão da literatura não há praticamente nenhum esquema de detecção precoce que cumpra a globalidade destes critérios(3).

Em relação ao cancro da próstata, este tem uma história imprevisível. Contudo, à luz dos conhecimentos actuais, existe um grupo de carcinomas próstá-

ticos, na zona periférica do órgão, com significativo potencial de malignidade cujo curso pode ser influenciado por uma abordagem diagnóstica precoce e plano terapêutico adequado (4).

A sensibilidade e especificidade do doseamento sérico do PSA total e toque rectal são considerados bons (5,6,7,8,9,10), embora possam identificar alguns tumores que não constituem ameaça à vida desse indivíduo (8).

Em relação aos factores de risco do cancro da próstata, a revisão dos estudos epidemiológicos, mostrou aumento do risco em indivíduos com antecedentes familiares de cancro da próstata (11) e consumo privilegiado de carne e gorduras (12,13).

As autoras com o objectivo de encontrarem o grupo com maior número de factores de risco para cancro da próstata, ou com carcinoma, instituíram um esquema de detecção precoce desta patologia, num ficheiro de utentes de uma médica de família.

Objectivos

Os objectivos do trabalho são: a determinação de uma subpopulação de indivíduos com maior probabilidade de virem a ter cancro da próstata e a determinação de um grupo com carcinoma da próstata.

Metodologia

Amostra

Os participantes no estudo eram homens com idades entre os 50 e os 75 anos do ficheiro de uma médica de família do centro de saúde de Caldas da Rainha. O universo era de 281 indivíduos. Os critérios de exclusão foram os seguintes: terem no ano de 2002 efectuado quer o rastreio de cancro da próstata, quer o diagnóstico de cancro da próstata; terem

antecedentes pessoais de comorbilidade grave ou prostatectomia; e, por fim, estarem ausentes do país. A amostra final foi de 203 indivíduos.

Os indivíduos foram convocados pela administrativa do módulo do centro de saúde, por telefone, ou por postal. No caso de falta de comparência, decorria uma 2ª convocatória.

Faltaram 28 indivíduos. Recusaram a realização do rastreio 3 indivíduos.

Inquérito

As autoras aplicaram dois inquéritos, lendo as perguntas e escrevendo as respostas.

O primeiro questionário abrangia dados demográficos: a idade, a raça. Incluía factores de risco: a história familiar de cancro da próstata; o tipo de dieta: predomínio de carne ou de peixe e ingestão regular de fruta/legumes. Tendo as autoras considerado dieta equilibrada aquela onde existisse ingestão regular de fruta/legumes e equilíbrio nas proteínas provenientes da carne e de peixe.

O segundo questionário continha questões de sintomas prostáticos (I-PSS). Considerando-se a pontuação superior, ou igual a 7, como hipertrofia da próstata.

Testes de rastreio

A American Cancer Society defende como método de rastreio do cancro da próstata a realização do toque rectal e do doseamento do PSA total, anuais, em homens com idade superior aos 50 anos e uma esperança de vida de pelo menos 10 anos (4,14,17).

O toque rectal apresenta, consoante os estudos, uma sensibilidade de 61% a 95% (4,7,8,9,10).

A especificidade do toque rectal foi de 83,3% no estudo efectuado no Hospital do Desterro (8). O toque rectal foi realizado pelas duas autoras de acordo com a *legis arte*, determinando-se, em relação à próstata: os limites, o sulco mediano, a consistência, a presença de nódulos. Considerou-se um toque suspeito de cancro se o sulco mediano e/ou os limites da próstata eram mal definidos, e/ou a consistência era pétreia e/ou a presença de nódulo(s).

O doseamento do PSA total apresenta uma sensibilidade de 70% (8,9,10,15,16). Neste trabalho o seu doseamento foi realizado pela técnica de Imuno-químico fluorescência, uma técnica de 3ª geração, no

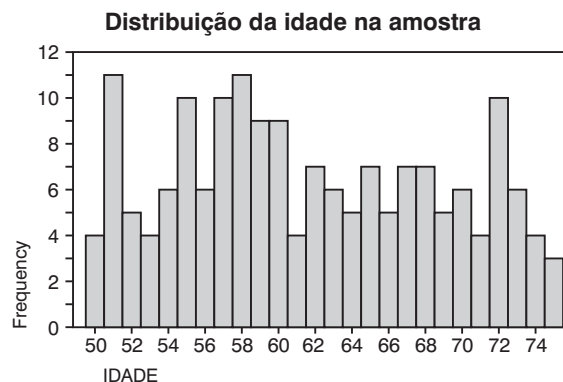


GRÁFICO 1: Distribuição das idades pela frequência absoluta de casos na amostra.

mesmo laboratório. O valor *border-line* considerado foi de 4 ng/ml, a partir do qual existia a suspeição de cancro (14).

Na presença de toques rectais e/ou doseamentos de PSA total suspeitos de cancro o indivíduo era alvo de um protocolo para a realização de uma ecografia prostática transrectal com biópsia, realizada pelo mesmo médico, num serviço certificado pela norma de qualidade.

Resultados

A distribuição das idades da amostra está representada no gráfico 1:

A média de idades dos indivíduos rastreados foi de 61,73 anos; sendo os 51 e os 58 anos, com 6,4% cada, as idades de maior frequência de representação. A totalidade da amostra era de raça caucasóide.

A análise dos antecedentes familiares mostrou 14 indivíduos com história de cancro da próstata.

A dieta foi em 4% dos casos desequilibrada e em 40% dos casos rica em proteínas de origem do peixe.

A aplicação do IPSS mostrou um total de pontuação superior, ou igual a 7, em 27 casos.

A análise do PSA Total mostrou um valor médio de 1,859 ng/ml, com uma mediana de 1,18 ng/ml. O valor mais frequente foi o de 1,2 ng/ml, com 9 casos. A distribuição do valor do PSA Total até ao valor 4 ng/ml apresentou uma maior concentração de casos.

Na intercepção entre os 65 e os 75 anos com o valor de 4 a 7 ng/ml, existem 6 casos dispersos. No extremo direito do gráfico situam-se 3 valores com PSA Total acima dos 10 ng/ml (Gráfico 2).

Ocorreram 11 valores de PSA Total > 4ng/ml.

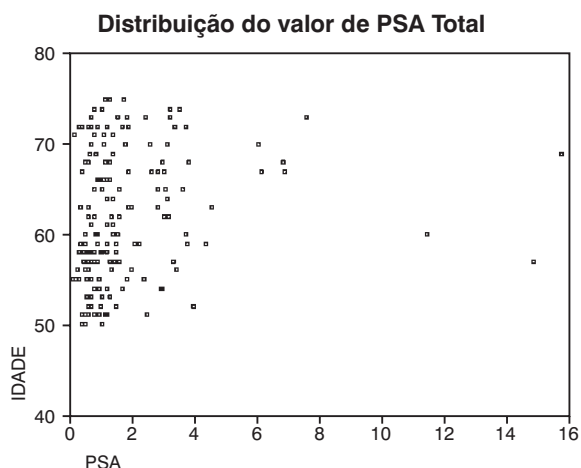


GRÁFICO 2: Distribuição do PSA TOTAL, em ng/ml, segundo a idade.

O toque rectal mostrou alterações sugestivas de cancro da próstata em 15 casos, representando 8,77% da amostra. Evidenciaram-se 30 casos de hipertrofia da próstata, correspondendo a 17,5% (Quadro 1).

Ocorreram 22 casos suspeitos de cancro da próstata, segundo alterações do toque

Rectal e/ou do PSA Total. Nestes casos foi pedida ecografia prostática transrectal, não tendo sido realizada em 6 indivíduos. Os seus resultados não apresentaram alterações em 8 casos. Em 2 casos foi sugestiva de cancro e nos restantes não excluiu esta hipótese (Quadro 2).

A biópsia não foi realizada em 8 casos, dos 16 que realizaram ecografia prostática.

A biópsia confirmou a presença de cancro da próstata em 4 casos (Quadro 3).

Dos casos de cancro do tipo intra-epitelial ambos ocorreram com valores de PSA Total < 4 ng/ml e com alterações do toque rectal sugestivas de cancro. Os 2 casos de cancro da próstata do tipo adenocarcinoma ocorreram com alterações de ambos os testes de rastreio.

Discussão

Existem 3 grandes limitações deste rastreio. A primeira delas é o número, não negligenciável, de indivíduos aos quais foram pedidos ecografia prostática transrectal e biópsia não tendo estes realizado tais exames. Os motivos prendem-se com 2 razões: a distância de cerca de 90Km ao centro onde se fariam tais exames e o carácter invasivo dos mesmos.

Caracterização do toque rectal

Toque rectal	Frequency	Valid Percent
Sem alterações	116	67,8
Aumento do volume	30	17,5
Limites/sulco mal definidos	5	2,9
Consistência dura	10	5,8
Consistência pétreia	5	2,9
Nódulo	5	2,9
Total	171	100,0
<hr/>		
Total	185	

QUADRO 1: Caracterização dos achados do toque rectal segundo legis arte.

Caracterização da ecografia transrectal

Ecografia	Frequency	Valid Percent
Não pedida	155	90,6
Pedida e sem alterações	8	4,7
Pedida e com cancro	2	1,2
Pedida com área hipoecogénica	3	1,8
Nódulo	3	1,8
Total	171	100,0
<hr/>		
Total	185	

QUADRO 2: Caracterização dos resultados da ecografia transrectal.

Caracterização da biópsia prostática

Biópsia	Frequency	Valid Percent
Não pedida	157	91,8
Pedida e com alterações benignas	2	1,2
Pedida e com lesões PIN	2	1,2
Pedida e com cancro	2	1,2
Pedida e não realizada	8	4,7
Total	171	100,0
<hr/>		
Total	185	

QUADRO 3: Caracterização dos resultados da biópsia prostática, em sextante.

Outra limitação é o valor preditivo positivo para o cancro da próstata com os testes: toque rectal e doseamento do PSA total. No trabalho de meta-análise (6), o valor preditivo positivo para o toque rectal

foi de 17,8% e para o PSA Total de 25,1%. No presente estudo foram, respectivamente, de 23,5% e de 36,3%. Valores superiores provavelmente porque a amostra foi menor e a execução do toque rectal ocorreu segundo a *legis arte*, tendo as médicas treino nesta técnica. Apesar destes valores, 1 em cada 3 biópsias foi desnecessária, num total de 6 biópsias.

A realização deste exame invasivo criou ansiedade e custos monetários. Será necessário o aumento da sensibilidade do PSA e aplicar como critério de consistência suspeito apenas a pétérea, excluindo a dura.

Outra limitação é a falta de evidência de redução da mortalidade em todos os doentes com diagnóstico precoce de cancro. Dado que, no grupo do cancro com invasão dos nódulos linfáticos regionais, a probabilidade de morrer desta patologia sobe, para 70%.

Um dos desafios é saber o comportamento histológico deste cancro e obter critérios para saber qual o que deverá permanecer em vigilância clínica, apenas.

Existe um grande desafio após a realização de um rastreio: a articulação com os cuidados de saúde secundários. As autoras constataram a necessidade de criar, nos serviços de urologia, canais preferenciais de comunicação para o envio destes doentes e uma capacidade de resposta terapêutica mais célere.

Conclusão

As autoras identificaram 21 indivíduos com factores de risco, os quais deverão ser alvo de convocação para rastreio anual no centro de saúde de caldas da Rainha. Referir que destes, 7 indivíduos ao evidenciarem dieta desequilibrada, serão alvo de uma sessão de educação para a saúde, da responsabilidade da equipa de saúde.

As autoras identificaram 30 indivíduos com HBP que, em consulta programada, terão instituído um plano terapêutico para esta patologia.

Em 4 indivíduos foi diagnosticado cancro da próstata. Dois deles, com lesões PIN, serão objecto de rastreio anual e realização de ecografia prostática trans-rectal, num serviço da comunidade de Caldas da Rainha. Os outros 2 foram encaminhados para os cuidados de saúde secundários.

Em conclusão, as autoras colocam uma questão: “Será que necessitamos de mais estudos mostrando

redução de mortalidade e morbilidade antes de iniciar um rastreio aos homens do nosso ficheiro?” O estudo PLCO (Prostate, Lung, Colon-rectal and Ovary cancer trial), randomizado, com 148 mil pacientes tem como objectivo quantificar a redução de mortalidade e terá os primeiros resultados em 2005-2008, poderá contribuir para a resposta a esta questão (18).

Na perspectiva das autoras, a realização deste tipo de rastreio à escala de um ficheiro de utentes é exequível e cada caso diagnosticado em fase precoce a justificação ética para a realização deste tipo de trabalho.

Referências

1. National Cancer Institute: Prostate Cancer – Significance. National Cancer Institute Web site at <http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cancernet>.
2. Kirby R, Fitzpatrick J, Kirby M, Fitzpatrick A. Cuidados partilhados em Doenças Prostáticas. 2002. 2ªed. Ed Euromédice pag 3.
3. Granja M. Rastreio Oncológico. Acta Médica Portuguesa. 2001;14:441-47.
4. Jacobsen SJ, Bergstralh EJ, Katusic SK, et al. Screening digital rectal examination and prostate cancer mortality: a population-based case-control study. Urology 1998; 52(2); 173-79.
5. Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, et al. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. Jama 1999; 281(17): 1591-97.
6. Smith AR, Cokkinides V, Echenbach CA et al. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin 2002;52:8-22.
7. Beemsterboer PM, Kranse R, de Konong HJ, et al. Changing role of 3 screening modalities in the European randomized study of screening for prostate cancer. I J Cancer 1999;84(4):437-441.
8. Menezes N, Barros F, Santos A, Carneiro C, Santos V et al. Biópsias prostáticas ecodirigidas. Uro 2003; 38-39.
9. Chodak GW, Kellere P, Schoenberg HW. Assessment of screening for prostate cancer using the digital rectal examination. Journal of Urology 1984; 132(4): 1136-38.
10. Maattanen L, Auvinen A, Stenman U, et al. Three-year of Finnish prostate cancer screening trial. J Nat Cancer Inst. 2001; 93(7): 552.
11. Steinberg GD, Carter BS, Beaty TH et al. Family history and the risk of prostate cancer. The Prostate 1990; 17(1): 337-47.
12. Morton MS, Griffiths K, Blacklock N. The preventive role of diet in prostatic disease. British Journal of Urology 1996; 77(4): 481-93.

13. Clinton SK, Giovannuci E. Diet, nutrition and prostate cancer. *Annual Review of Nutrition*. 1998; 18; 413-40.
14. Crawford ED, Leewansangtong S, Goktas S, et al. Efficiency of prostate-specific antigen and digital rectal examination in screening, using 4,0 ng/ml and age specific reference range as a cutoff for abnormal values. *The Prostate*. 1999; 38(4); 296-302.
15. Partin AW, Oesterling JE. The clinical usefulness of prostate specific antigen: update 1994. *J Urology* 1994; 152: 1358-1368.
16. Grann PH, Hennekens CH, Stampfer MJ. A prospective evaluation of plasma prostate-specific antigen for detection of prostate cancer. *Jama* 1995;273(4): 289-294.
17. Gohagan JK, Early Detection Branch, DCP, NCI, NIH: a 16-year Smith AR, Cokkinides V, Echenbach CA et al. American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin* 2002;52:8-22.
18. Randomized Screening Study for Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer- PLCO Trial (Summary Last modified 10/2001), PLCO-1 trial closed, 9/10/2001.