

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA
GRUPO DE TRABALHO DE CANCRO DA PRÓSTATA**

VIGILÂNCIA ATIVA NO CANCRO DA PRÓSTATA

- **Objetivo**
 - Atrasar ou evitar o tratamento desnecessário de cancro da próstata localizado, permitindo simultaneamente detetar precocemente evidência de progressão do mesmo e instituição de tratamento com intuito curativo se tal ocorrer.
- **Indicações**
 - Esperança média de vida estimada superior a 10 anos (utilizar ferramentas de avaliação como o Charlson Comorbidity index)
 - Tumor da próstata de baixo risco (opção recomendada para a maioria dos casos)
 - PSA < 10 ng/mL
 - IUSP 1
 - cT1a-cT2a
 - Tumor da próstata de risco intermédio favorável (opção recomendada em casos selecionados)
 - PSA < 10 ng/mL
 - PSA_d < 0,2ng/ml/cc (ou < 0,15ng/ml/cc, de acordo com algumas fontes)
 - IUSP 2 com < 10% padrão 4
 - < 4 cores positivos e < 50% de envolvimento por core
 - cT1a-cT2b
 - Doença pouco extensa em ressonância magnética
- **Contra-indicações**
 - Carcinoma intraductal
 - Padrão cribiforme
 - Padrão sarcomatóide
 - Carcinoma de pequenas células
 - Extensão extra-prostática
 - Envolvimento linfovascular
 - Invasão perineural
- **Alternativas**
 - Prostatectomia radical
 - Radioterapia externa
 - Braquiterapia
- **Vantagens**
 - Sobrevida específica de doença - 80-95% aos 10 anos se T1-2 e ISUP 1-2 em séries antigas
 - Sobrevida específica de doença - 99,6% aos 10 anos se cancro da próstata detetado em rastreio
 - Tratamento com melhor qualidade de vida - menos efeitos secundários associados a tratamentos ativos

- Desvantagens
 - Não há ensaios clínicos randomizados a comparar vigilância ativa com tratamento ativo.
 - Grande heterogeneidade de estudos com critérios diferentes na seleção de doentes, no protocolo de seguimento, quando proceder para tratamento ativo e que variáveis avaliar
 - Possível ansiedade do paciente e da família por não realizar tratamento ativo
 - Mais de 1/3 dos doentes avança para tratamento activo/curativo, seja por reclassificação em doença mais agressiva ou por preferência do doente
- Protocolo
 - PSA:
 - Pelo menos semestral
 - Toque retal:
 - Pelo menos anual
 - Biópsia confirmatória:
 - Se diagnóstico com biópsia sistemática + dirigida: biópsia confirmatória desnecessária
 - Se diagnóstico com biópsia sistemática: biópsia confirmatória aos 12 meses, idealmente precedida de ressonância magnética para permitir biópsia dirigida
 - Se diagnóstico com biópsia dirigida: realizar biópsia confirmatória sistemática
 - Biópsia de repetição:
 - Pelo menos de 3/3 anos
 - Ressonância magnética
 - Pode melhorar a deteção de cancro clinicamente significativo
 - Ressonância magnética sem progressão não torna desnecessária a biópsia de repetição (excepto se baixo risco e PSA_d <0,15ng/ml/cc)
 - Ressonância magnética e biópsia se PSA em progressão (PSA-DT <3 anos)
- Critérios de reclassificação
 - Se progressão de PSA, toque retal ou ressonância magnética: repetir biópsia
 - Basear mudança de tratamento se progressão em biópsia e não apenas em progressão no PSA, no toque retal ou na ressonância magnética
 - Na doença de risco intermédio: se na biópsia confirmatória sistemática sem RM, forem identificados >3 cores ou se >50% envolvimento por core com ISUP 2
- Consentimento informado
 - Mandatório para instituição de esquema de vigilância ativa
- Referências
 - Conford P., Tilki D, van der Bergh R, Briers E., et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. 2024