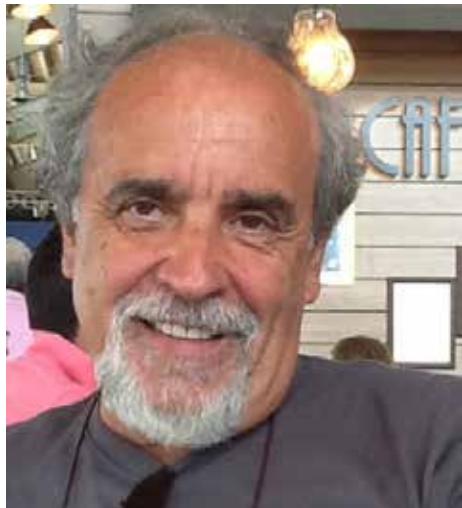


Cancro da próstata: um diagnóstico

O urologista Reis Santos fala sobre os diferentes meios de diagnóstico e opções terapêuticas em torno da doença.



Falar no cancro da próstata é fazer alusão a “um tumor muito frequente e a uma das primeiras causas de morte no homem” da sociedade atual. Posto isto, e pese embora a dureza destes dados, importa salientar que se “começam a verificar alguns recuos” no que ao impacto da doença diz respeito, assentes no facto de “o diagnóstico ser feito cada vez mais precocemente” e nos sucessivos avanços tecnológicos, que se refletem não só nos mecanismos de deteção, como também na eficácia das opções terapêuticas. O urologista Reis Santos começa por falar, efetivamente, “de um grande desenvolvimento no campo”, nomeadamente no que concerne às atitudes perante o diagnóstico e seleção da terapêutica.

De facto, “a abordagem clássica que fazíamos sofreu incrementos de tecnologia que permitiram modificar a maneira como abordamos o doente”. Posto isto, se modalidades como o doseamento do PSA, a observação digital da próstata pelo toque retal ou a ecografia eram utilizadas enquanto sinais de alerta, “hoje continuamos a juntar as três, mas houve a introdução de novos meios de imagem – nomeadamente, a ressonância magnética de 3 Tesla – que tem a capacidade de nos demonstrar – com um grau de certeza muito maior – lesões mínimas, embora suspeitas, dentro da próstata”. Torna-

-se possível, deste modo, a realização de uma biopsia dirigida por fusão de imagem, especificamente aos pontos assinalados como suspeitos pela ressonância magnética, por oposição ao exame clássico.

Paralelamente, o estado da doença e a sua agressividade são determinados de um modo mais fiável, definindo o modo como proceder. “Há correntes muito fortes que dizem que alguns tumores devem ser postos sob vigilância ativa, e não em tratamento imediato”, afirma o especialista. Efetivamente, “há cada vez mais casos em que o doente não é tratado, mas seguido semestral ou anualmente e, se o tumor for de baixo grau de malignidade e não houver progressão da doença, evita-se o recurso a um tratamento com meios agressivos e consequências secundárias graves”. É neste contexto que Reis Santos defende a contenção de métodos como a prostatectomia radical pois, nesse caso, “estamos a remover o órgão e os gânglios que o drenam, o que não significa que estejamos a curar e a resolver o problema”.

Até porque “se verificou que muitos doentes operados desta forma não obtiveram nenhum benefício nem viveram mais tempo”. Correspondendo esta a uma opção terapêutica cuja morbilidade e efeitos secundários são já conhecidos (entre os quais a disfunção erétil e a incontinência), o seu declínio a nível mundial tem-se verificado a par da adoção de outras metodologias. Hoje, “existem muitas opções baseadas num bom diagnóstico e numa atitude capaz de manter estes doentes com qualidade de vida perfeita”. Subjacente a elas está a ideia de uma terapia focal assente na destruição, de uma forma localizada, das lesões existentes.

A criocirurgia (método que destrói a lesão por intermédio do frio) corresponde, por exemplo, a uma das técnicas que mais progresso sentiu no desenho dos seus aparelhos e agulhas, afigurando-se

como uma solução particularmente segura, atendendo ao reduzido risco de incontinência e elevado controlo que detém sobre a disfunção erétil. Por outro lado, o uso de ultrassons de alta intensidade focados (HIFU) – que permite, através de um método minimamente invasivo, a ablação pelo calor das zonas afetadas da próstata – possibilita o tratamento quer de pacientes de primeiro diagnóstico, quer de vítimas de algum tipo de recorrência, nomeadamente pós-radioterapia ou braquiterapia.

Igualmente digna de relevância é a eletroporação irreversível da próstata, também conhecida como Nanoknife, que assegura a ablação através de um processo elétrico que altera a porosidade da parede das células prostáticas, permitindo uma apoptose (morte celular) com riscos de disfunção erétil e de incontinência mínimos. “Há, no fundo, um requinte cada vez maior no conhecimento e no aperfeiçoamento da tecnologia que nos permite usar, inclusivamente, métodos combinados”, atesta Reis Santos. De facto, “quando necessário, estas metodologias podem ser temporariamente auxiliadas pelas novas drogas de hormonoterapia e quimioterapia nas situações de recorrência, ou pelas recentes terapêuticas imunológicas, nomeadamente as vacinas dirigidas ao tumor”.

Mas, uma vez constatado o enorme avanço nos mecanismos de diagnóstico e tratamento, ou nas opções disponíveis em caso de recorrência ou falhanço de uma técnica, sublinha-se uma ressalva: “quando se analisa o doente pela primeira vez, tudo deve ser colocado em cima da mesa e equacionado”. Posto isto, os especialistas devem compreender que “não pode haver apenas um livro e um tratamento, pois não existe um só método que funcione para todos os doentes”. Igualmente importante é que quem acompanhe o doente “não se limite a operá-lo e depois desaparecer como médico do doente e enviá-lo para outras especialidades, como recurso isolado e salvador para as sequelas deixadas”.

Pelo contrário, afigura-se importante prestar “um acompanhamento e come-

çar processos de reeducação muito cedo” em questões como a incontinência ou a disfunção erétil, que devem ser atendidas em simultâneo com o tratamento do cancro. Igualmente essencial, todavia, é que as diferentes unidades hospitalares se foquem no potencial da multidisciplinaridade, por forma a assegurar que urologistas, oncologistas, radioterapeutas, internistas, neurologistas, geriatras e demais especialistas possam fazer um acompanhamento coordenado do doente, tendo em vista uma recuperação tão célere, eficaz e informada quanto possível.

Hoje não se trata um tumor da próstata tendo em conta apenas a sua agressividade e estágio, mas também e sobretudo tendo em conta a idade aparente do doente e não a real. Podemos tratar o doente com 60 anos como de 80 se tratasse e vice-versa. O seu estado geral, as doenças associadas, a sua mobilidade e independência, o seu estado neurológico, cardiovascular e outros irão ditar a sua esperança de vida e a indicação de cuidados paliativos ou de um tratamento aos 80 que não será diferente daquele que indicaríamos a um doente de 60. Mas isto não significa que a prudência não mande “primeiro não fazer mal” e tentar evitar lesões irreversíveis graves, sem ter presente que há já hoje opções terapêuticas com resultados suficientemente encorajadores, para nos darem a esperança de poder acreditar e esperar pelos que já se encontram em ensaios clínicos promissores. O doente com cancro da próstata não se trata hoje no pronto-a-vestir, necessita de um fato à medida.

