

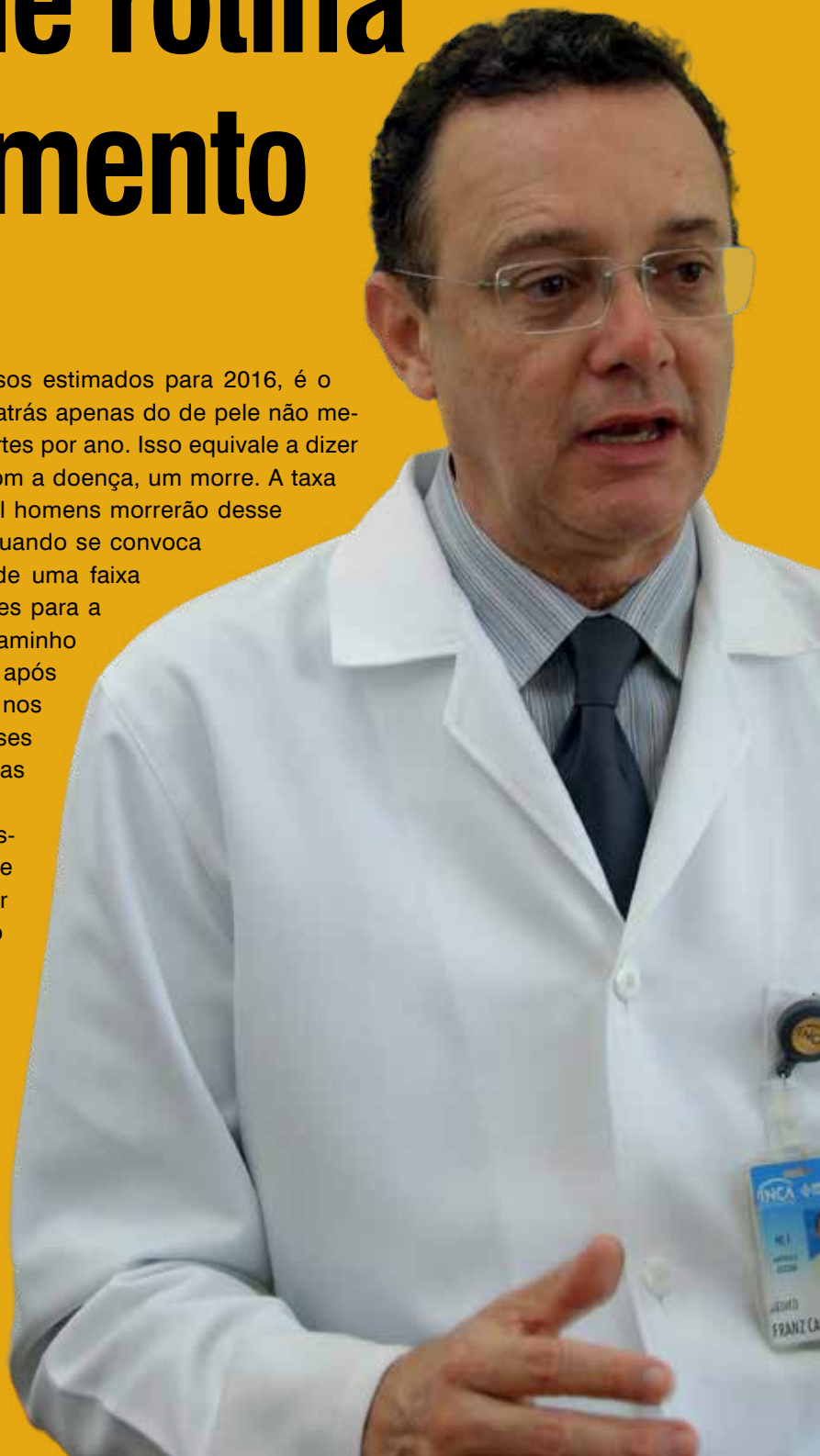
entrevista

FRANZ CAMPOS,
chefe da Seção de Urologia do INCA

Exames de rotina X rastreamento

O câncer de próstata, com 61.200 casos estimados para 2016, é o segundo mais incidente entre os brasileiros (atrás apenas do de pele não melanoma) e causa aproximadamente 14 mil mortes por ano. Isso equivale a dizer que a cada quatro homens diagnosticados com a doença, um morre. A taxa de mortalidade mostra que 13 a cada 100 mil homens morrerão desse tipo de tumor. No entanto, o rastreamento (quando se convoca toda uma população sem sintomas dentro de uma faixa etária determinada para se submeter a exames para a detecção precoce de uma doença) não é o caminho para a redução da mortalidade. Na verdade, após estudos de longo prazo feitos na Europa e nos EUA, a recomendação, até mesmo nos países desenvolvidos, é pelo não rastreamento. Mas então, o que fazer?

REDE CÂNCER conversou com o urologista e cirurgião Franz Campos, que falou sobre esse e outros aspectos em relação ao câncer de próstata. Com 32 anos de INCA e há cinco na chefia da Seção de Urologia (cargo que ocupa pela segunda vez), Campos alerta que faltam no Brasil serviços para realização de biópsias do câncer de próstata. Integrante da primeira turma de cirurgiões que foi treinada em Houston (Texas, EUA) para operar com o auxílio do robô Da Vinci, ele anuncia para 2017 a meta de a Seção realizar 150 cirurgias robóticas no tratamento do câncer de próstata.



REDE CÂNCER – Depois de estudos de longo prazo, a força-tarefa americana recomendou pelo não rastreamento do câncer de próstata. Isso significa que os homens não precisam mais fazer o toque retal e a dosagem do PSA [antígeno prostático específico]?

Não. Apesar de o rastreamento populacional não ser recomendado, a rotina de exames para detecção precoce do câncer de próstata deve ser mantida pelos homens a partir dos 50 anos, para aqueles sem sintomas nem parentes próximos com a doença, ou a partir dos 45, dependendo da história familiar e raça. Os negros têm maior predisposição para esse tipo de câncer.

RC – Mas qual a diferença entre fazer exames de rotina e rastreamento?

Os exames de rotina são uma decisão compartilhada entre médico e paciente. O médico, de acordo com a história clínica, familiar e a etnia do paciente, vai recomendar a realização de exames, de forma individualizada. O rastreamento é fazer um chamado público, convocando toda uma população a partir de uma determinada idade a fazer exames.

RC – Por que a força-tarefa americana recomenda pelo não rastreamento?

Grandes estudos randomizados, com duração de 10 anos, não demonstraram diferença na mortalidade entre homens submetidos ao rastreamento e os que não realizaram sistematicamente os exames.

RC – Quais as consequências da não recomendação do rastreamento do câncer de próstata?

Só vamos conhecer as consequências dentro de uma década. A não recomendação passou a valer em 2012. Então, em 2022 vamos saber as reais consequências. De imediato, podemos afirmar que não será diagnosticada grande quantidade de tumores que não precisariam de tratamento. Mas também estamos deixando de diagnosticar tumores agressivos em fase inicial. Estudos americanos indicam que o número de biópsias foi reduzido em 28%, e o número de prostatectomias radicais [retirada total da próstata] caiu 17%.

RC – Já que o rastreamento não é mais recomendado, o que existe de mais atual em termos de detecção precoce do câncer de próstata?

O que há de mais moderno é o protocolo Estocolmo III, estudo cujos resultados foram apresentados no final de 2015. Nesse protocolo, além do toque retal e da dosagem de PSA, são considerados outros parâmetros, como idade, história familiar e polimorfismos genéticos. Esse modelo foi significativamente melhor que apenas o PSA. Para níveis de PSA acima de 3 ng/ml, o número de biópsias seria reduzido em 32%, e 44% das biópsias benignas seriam evitadas. Atualmente, considerando apenas o PSA e o toque retal, três quartos das biópsias têm resultado negativo.

RC – Mas e quando o câncer é descoberto, qual a conduta a ser adotada?

Quando o câncer está localizado, ou seja, ainda não se espalhou, o tratamento padrão-ouro é a cirurgia. Uma tendência que vem ganhando força no mundo, principalmente na América do Norte, é a vigilância ativa. Essa abordagem consiste em o médico fazer avaliações periódicas do tumor por meio de exame clínico, dosagem do PSA, biópsia e ressonância magnética, para verificar sua evolução. Se o tumor apresentar crescimento rápido, o paciente é operado. Mas se for do tipo indolente, isto é, de crescimento muito lento, não é necessário operar.

RC – Essa conduta já é seguida no Brasil?

Sim, principalmente em protocolos restritos de instituições de alta complexidade, com ampla discussão sobre os riscos e benefícios dessa conduta. Vale ressaltar que o conhecimento sobre a baixa agressividade tumoral [tumores de baixo risco] pela equipe médica e o seguimento estrito do paciente são condições fundamentais para a implantação de tal conduta.

RC – Existem outros exames que ajudam a indicar se um câncer de próstata tem potencial para ser agressivo?

Da mesma forma que existe o mapeamento genético para o câncer de mama, surgiu um teste que analisa 14 genes de prognóstico [disponível na rede particular]. A presença de alguns desses genes sinaliza que o tumor é agressivo e que deve ser removido logo. Esse exame só pode ser feito com elementos de biópsia e é indicado para tumores classificados até 6 no escore de Gleason [pontuação dada ao câncer de próstata baseada em sua aparência microscópica]. É a escala de graduação histológica do tumor mais utilizada. Vai de 2 a 10. Quanto maior o número, mais agressivo é o





“A urologia é a especialidade que mais tem se beneficiado com a introdução da robótica. Já temos 25 equipamentos no Brasil, não só no Sul e no Sudeste, mas também no Nordeste. Duas das principais vantagens são o menor risco de sangramento e a redução do tempo de recuperação”

tumor]. Além disso, existe, até mesmo na rede pública, a ressonância funcional da próstata. Antes, o urologista analisava a imagem apenas pelo ultrassom. Com a ressonância funcional, é possível analisar outros parâmetros, como a difusão das moléculas de água. Esse exame permite estimar a agressividade do tumor.

RC – Como a robótica tem contribuído para melhorar os resultados da remoção da próstata nas cirurgias?

A urologia é a especialidade que mais tem se beneficiado com a introdução da robótica. Nos Estados Unidos, 85% das cirurgias urológicas são robóticas. No Brasil, apenas 1%. Já temos 25 equipamentos no Brasil, não só no Sul e no Sudeste, mas também no Nordeste. Duas das principais vantagens são o menor risco de sangramento e a redução do tempo de recuperação. Enquanto em uma cirurgia aberta o paciente demora em média de 30 a 60 dias para voltar ao trabalho, com a robótica ele pode retomar suas atividades em três semanas. Em relação a possíveis sequelas, como incontinência urinária e impotência sexual, o equipamento não diminui esse risco. Porém, a incontinência, que é temporária, costuma regredir mais rapidamente quando a cirurgia é feita com o auxílio do robô. Uma característica inédita do equipamento de robótica do INCA é que temos dois consoles. Ou seja, é possível fazer uma cirurgia colaborativa. Um cirurgião pode estar operando enquanto outro acompanha em tempo real. E basta o que está operando apertar um botão para passar a cirurgia para o segundo cirurgião.

RC – Há situações em que um paciente não tem indicação de ser operado com auxílio do robô?

Em princípio, o método poderia ser empregado em qualquer situação. Entretanto, em pacientes com doença localmente avançada e comorbidades severas, optamos pela cirurgia aberta. Como a robótica é um método ainda em implantação, tomamos o cuidado de não alongar em demasia o tempo cirúrgico desses atos mais complexos, evitando maiores chances de complicações.

RC – Dentro da Seção de Urologia do INCA, qual o percentual de pacientes com câncer de próstata?

Sessenta por cento das nossas matrículas são por câncer de próstata. Em segundo lugar, empatados, vêm os cânceres de rim e de bexiga. Para o próximo ano, pretendemos fazer 150 cirurgias robóticas de câncer de próstata e dar início ao protocolo de cirurgia robótica para tratar o câncer de rim, tanto nefrectomia total como parcial. No futuro, queremos evoluir também para operar o câncer de bexiga com auxílio do robô. ■