O cancro da próstata (CP) representa uma das neoplasias mais comuns nos homens, com cerca de 5 a 6 mil novos casos e quase 2 mil mortes por ano em Portugal. Estes números poderão duplicar até 2040, não só pelo envelhecimento da população, mas também pela melhoria dos meios de rastreio e diagnóstico.

O rastreio do CP (com doseamento de PSA e toque retal) é ainda um tema controverso, uma vez que a maioria dos estudos não conseguiu demonstrar um real benefício de sobrevivência. Com as terapêuticas cada vez mais eficazes e aplicadas numa fase mais inicial da doença, é provável que estes dados se venham a alterar e que este rastreio venha finalmente salvar vidas.

Quando há suspeita de CP, o primeiro passo é perceber qual o estadio. Para isso, é importante a realização de ressonância magnética (estadiamento local) e TC e cintigrafia e/ou PET PSMA (estadiamento a distância). A biópsia é crucial para determinação do score de Gleason e para determinação de perfil molecular. Na doença avançada, cerca de 10-15% têm mutações dos BRCA (principalmente BRCA2), o que significa não só pior prognostico, mas também valor preditivo de resposta a terapêutica com fármacos inibidores da PARP.

Na doença localizada de baixo risco, opções como vigilância, cirurgia ou braquiterapia devem ser discutidos conforme risco benefício e vontade do doente. Na doença localizada de alto risco, aos tratamentos dirigidos como a radioterapia externa pode aliar-se uma estratégia de privação da produção de androgenios ou androgen deprivation therapy (ADT), com ou sem adição de anti-androgénios orais.

Quase todos os CP são sensíveis ao bloqueio da testosterona no diagnóstico. Quando a doença se apresenta com metástases, mas ainda é sensível a este bloqueio (chamado hormonossensível ou CPHS), a ADT é a primeira linha terapêutica, à qual se associam quase sempre os anti-androgénios orais. Nos doentes com alto volume de doença e a precisar de uma resposta tumoral mais rápida, pode adicionar-se quimioterapia com docetaxel.

Quando a doença se torna hormonoresistente, as opções são mais variadas. Nos doentes com mutações dos genes BRCA, os inibidores da PARP são a opção preferida – daí ser essencial essa informação genética. A quimioterapia com cabazitaxel é também uma opção. Para além disso, terapêuticas inovadoras vieram mudar o paradigma dos doentes com CRPC, como os radioligandos. Os radioligandos combinam um átomo radioactivo a um ligante diretamente relacionado com a célula cancerígena, neste caso o PSA. Nos doentes cuja PET expressa suficiente PSA, estes fármacos sinalizam a distribuição de radiação apenas para as áreas de doença, maximizando os resultados e minimizando as consequências nas células saudáveis. Ainda que tenha efeitos secundários e requira supervisão e acompanhamento criterioso pela Medicina Nuclear e a Oncologia, é uma mais valia no arsenal terapêutico de todos os que tratam CPRC.

Os próximos anos trarão mais novidades, sobretudo com a utilização de estratégias inovadoras em fases cada vez mais precoces. O médico deve reconhecer e transmitir ao doente as possibilidades terapêuticas disponíveis, bem como dispor dos exames fundamentais (como o teste genético e a PET-PSMA) e nunca esquecer o trabalho de equipa (Urologia, Oncologia, Radiooncologia e Medicina Nuclear, entre outros).

Artigo escrito pela Dra. Ana Harrison