



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

# **TRATAMENTO IDEAL DO CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO**

José Gabriel de Freitas Silva Benevides

Salvador (Bahia)  
Outubro, 2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,  
SIBI - UFBA.

B465 Benevides, José Gabriel de Freitas Silva  
Tratamento ideal do câncer de próstata localizado/ José Gabriel  
de Freitas Silva Benevides. – Salvador, 2012.  
19 f.  
  
Orientador: Prof. Dr. Murilo Neves  
  
Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Bahia.  
Faculdade de Medicina, 2012.  
  
1. Câncer de Próstata. 2. Tratamento do Câncer. 3. Saúde. I.  
Neves, Murilo. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.  
CDU 616-006



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## TRATAMENTO IDEAL DO CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

José Gabriel de Freitas Silva Benevides

Professor orientador: Murilo Neves

Monografia de conclusão do componente curricular MED-B60, do currículo médico da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia)

Outubro, 2012

Monografia: **Tratamento ideal do câncer de próstata localizado.**

José Gabriel de Freitas Silva Benevides

Professor-orientador: Murilo Neves

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

Membros Titulares:

- Murilo Neves (Presidente), Professor da FMB-UFBA
- Glória Bonfim, Professora da FMB-UFBA
- Marco Aurélio. Professor da FMB-UFBA

### **TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**

Monografia aprovada pela Comissão, e julgada apta à apresentação pública no III Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do registro final do conceito (apto), pela coordenação do Núcleo de Formação Científica. Chefia do Departamento de Medicina da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia)

Outubro, 2012

## RESUMO

FSB, José Gabriel. Tratamento ideal do câncer de próstata localizado; Prof. Orientador: Murilo Neves; Salvador: UFBA, 2012, 19 fl.

Com o aumento da detecção do câncer de próstata, as condutas para os diferentes estágios encontrados desse câncer precisam estar claras. A doença de baixo risco é facilmente curável se o tratamento local definitivo for adotado; porém, são justamente os tumores de baixo risco que estão propensos a permanecer livre de progressão, justificando então a vigilância ativa. Além disso, a sobrevida livre de doença e a qualidade de vida dos pacientes são fatores importantes na tomada de decisão do melhor tratamento. Essa discussão não encontra consenso na literatura e busca encontrar dados confiáveis que possam justificar e assegurar a vigilância ativa na doença de baixo risco.

Palavras-chave: Câncer de próstata, tratamento local definitivo, vigilância ativa.

## **ABSTRACT**

Considering the increasing early detection rates of prostate cancer in your different stages, the interventions and the management strategies of this cancer should be clear. The low risk disease is easily cured if the local treatment be adopted as soon as possible, but it's exactly this type of tumor is able to be free of progression, justifying active surveillance in this cases. Furthermore, the free disease survival and the patient's quality of life are the most important factors in making decision of the best and what kind of treatment must be done. This discussion doesn't have a consensus in the literature and try to find reliable data that can be justify and ensure the active surveillance of the low risk cancer.

Key-words: Prostate cancer, definitive local treatment, active surveillance.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	8
2 OBJETIVOS -----	10
3 METODOLOGIA -----	11
4 DESENVOLVIMENTO -----	12
5 CONCLUSÃO -----	19
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	20

## 1 INTRODUÇÃO

Na última década tem ocorrido um aumento exponencial no número de pacientes diagnosticados com carcinoma da próstata (MENON *et al*, 1995). O câncer de próstata é o tumor maligno mais comum entre os não-cutâneos e é a terceira principal causa de morte por câncer em homens, representando cerca de 234.460 novos casos e 27.350 mortes anualmente nos Estados Unidos (JANG, 2007). Apesar destas estatísticas assustadoras, a melhor conduta do câncer de próstata clinicamente localizado apresenta controvérsias. O dilema de tratamento decorre do fato de o câncer de próstata ser uma doença heterogênea que apresenta variações significativas no comportamento e uma história natural incerta (JANG, 2007).

A triagem baseada no antígeno prostático específico (PSA), regimes de biópsias, avanços nas técnicas de diagnóstico e aumento da conscientização pública sobre a doença resultaram na detecção de câncer de próstata em estágios mais precoces e com prognósticos mais favoráveis. Em séries contemporâneas, o câncer de próstata de baixo risco, definido com escala de Gleason  $\leq 6$ , PSA  $<10$  ng/ml, e estágio clínico T1c/T2a (tumor identificado por biópsia por agulha/tumor confinado à próstata, englobando metade de um dos lobos ou menos), compreende aproximadamente 40% dos cânceres diagnosticados. Com a conduta expectante, uma proporção de tumores de risco aparentemente baixo pode progredir, resultando no desenvolvimento de metástases e morte por doença (JANG, 2007).

As opções de tratamento disponíveis para homens com doença localizada variam desde abordagens conservadoras (vigilância ativa com intervenção seletiva) até o tratamento definitivo precoce (prostatectomia radical ou radioterapia) (JANG, 2007). A opinião convencional é que o câncer de próstata localizado pode ser tratado com sucesso com radiação ou cirurgia, enquanto que o câncer metastático é incurável. No entanto, não há consenso entre os prestadores de cuidados de saúde a respeito de se tentar diagnosticar e tratar o câncer de próstata em seus estágios iniciais (MENON *et al*, 1995).

Pacientes com tumores de baixo risco podem desfrutar de maior probabilidade de sobrevida livre de doença após o tratamento local definitivo, no entanto, eles também são os mais propensos a permanecer livre de progressão em protocolos de vigilância ativa (COOPERBERG, 2010).



A partir dessas informações, o presente estudo visa definir a melhor e mais segura conduta para o câncer de próstata precoce, analisando vantagens e desvantagens de se tratar pacientes com doença localizada, levando em conta a prevalência da doença, o custo dos tratamentos, a sobrevida e a qualidade de vida desses pacientes.

## **2 OBJETIVOS**

### **1 Objetivo primário**

Discutir a melhor abordagem para o câncer de próstata de baixo risco.

### **2 Objetivo secundário**

Demonstrar a conduta ideal para pacientes com câncer de próstata indolente, levando em conta a sobrevida e a qualidade de vida destes.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo foi realizado sob o formato de monografia, baseado em uma revisão de literatura a respeito da melhor abordagem do câncer de próstata localizado. Foi realizada busca por artigos que fossem pertinentes ao tema nas principais fontes de pesquisa bibliográfica médica, como o PubMed. Os artigos foram selecionados com base na leitura dos respectivos resumos, sendo incluídos aqueles que abordassem o tema referido acima.

## 4 DESENVOLVIMENTO

O câncer de próstata foi o segundo câncer mais comum nos Estados Unidos em 2008, excluindo câncer de pele, com 186.000 novos casos. No entanto, em termos de mortes por câncer para cada caso diagnosticado, o câncer de próstata é menos letal que muitos cânceres (SANDA, 2009).

Em 2008, o câncer de próstata ocupou, nos EUA, o quinto lugar no total de mortes anuais entre todos os cânceres, com 28600 mortes. Neste mesmo país, 192.000 homens foram diagnosticados com câncer de próstata em 2009, a maioria (70%) com doença clinicamente localizada, de baixo risco. Mais de 90% desses homens foram submetidos a um tratamento inicial (HAYES *et al*, 2010).

No Brasil, a taxa de incidência de câncer de próstata por 100.000 habitantes entre 2008 e 2009, foi de 52,43, ficando atrás apenas de outras neoplasias malignas da pele. Na região nordeste, essa taxa foi de 37,97; na Bahia, foi de 35,82; e, em Salvador, foi de 58,91 (DATASUS, 2010).

A escolha do melhor tratamento para pacientes com câncer de próstata em estágio inicial não é simples porque existem poucas provas de boa qualidade comparando diferentes opções de tratamento para este câncer em estágio precoce. Deve-se levar em conta não apenas consequências de sobrevida e morbidade aguda de cada abordagem, mas também os possíveis efeitos do tratamento ou vigilância sobre a qualidade de vida (SANDA, 2009).

Dados de estudos de autópsias demonstraram a existência de câncer de próstata em quase um terço de homens com 50 anos ou mais de idade que morreram por outras causas. No entanto, o risco de desenvolver doença clinicamente aparente é de aproximadamente 18% e a possibilidade de morte por cancer da próstata em aqueles diagnosticados clinicamente é estimada em 20 a 30%. Estes achados sugerem que, embora alguns cânceres possam ser invariavelmente letais, outros são latentes e não alteram o tempo de vida de um paciente (JANG, 2007).

O aumento da prevalência da triagem baseada no antígeno prostático específico para o câncer de próstata tem facilitado grandes avanços no seu diagnóstico precoce e tratamento (COOPERBERG, 2010). Além desse rastreamento baseado no PSA, regimes de biópsias mais extensos, os avanços nas técnicas

diagnósticas e o aumento da consciência pública sobre a doença contribuíram para detecção do câncer de próstata em estágios iniciais e categorias prognósticas mais favoráveis de risco (JANG, 2007).

No entanto, a história natural dos casos diagnosticados precocemente, por triagem de PSA ou de outro modo, pode ser prolongada; como resultado, apenas 25 a 33% dos homens com diagnóstico de câncer de próstata realmente morrem da doença (COOPERBERG, 2010). O rastreio e a detecção precoce podem oferecer benefícios em termos de reduzir a mortalidade, mas existe um risco significativo de tratamento excessivo. Este dilema é a lógica de uma abordagem seletiva para o tratamento (KLOTZ *et al*, 2010).

Embora estudos tenham oferecido evidências do sucesso da terapia local em grupos selecionados de pacientes, outros documentos recentes têm dado atenção crescente à questão do excesso de diagnósticos de câncer de próstata. Existe consenso geral de que certa proporção de pacientes diagnosticados com câncer de próstata não sofreria impacto adverso significativo para o comprimento ou a qualidade de suas vidas. Uma fração significativa de tumores detectados pela triagem não poderia adversamente afetar a vida útil dos pacientes ou a qualidade de vida se permanecessem indetectáveis (COOPERBERG, 2010).

No entanto, o que deve ser considerado nestas discussões é que o excesso de diagnóstico é um problema, principalmente na medida em que leva ao excesso de tratamento de pacientes com tumores improváveis de reduzir a expectativa de vida ou a qualidade de vida (COOPERBERG, 2010).

Um ponto importante dessa discussão é o custo que esse excesso de diagnósticos e tratamentos podem gerar. O custo do tratamento de câncer de próstata é uma grande questão na prestação de cuidados de saúde e é quase tão importante como os próprios resultados oncológicos. Em geral, o custo total do tratamento de câncer de próstata nos EUA equivale a mais de US \$ 5 bilhões por ano. No Reino Unido, durante o período de 2001-2002, o custo total de diagnóstico, tratamento e seguimento dos pacientes com câncer de próstata por 5 anos foi estimado em £ 100 milhões. Nesse contexto, a gestão do câncer de próstata localizado se torna uma área de grande debate. Para uma doença com muitas vias de tratamentos diferentes, a economia pode ter uma grande influência na escolha do tratamento (KOMMU *et al*, 2010).

Na era do antígeno prostático específico de rastreio (PSA), até 60% dos homens diagnosticados com câncer de próstata podem não exigir terapia. No momento não é possível distinguir pacientes que necessitam de tratamento para evitar morbidade e mortalidade por câncer de próstata dos que morrerão, mas não por causa de seu câncer. A vigilância ativa é uma alternativa para o tratamento inicial para os homens com doença de baixo risco, clinicamente localizada, que tem o potencial de reduzir o tratamento excessivo (HAYES *et al*, 2010).

Aspectos de baixo risco caracterizam uma proporção crescente de pacientes com câncer de próstata, e mudanças significativas têm ocorrido no manejo da doença de baixo risco. Vários estudos recentes puseram em evidência a viabilidade de vigilância ativa como uma alternativa de tratamento inicial em pacientes cuidadosamente selecionados com características de baixo risco da doença. Mais do que nunca, portanto, é fundamental que decisões sobre o tratamento do câncer de próstata sejam informadas pelas estimativas da probabilidade de progressão da doença, morbidade e mortalidade (COOPERBERG, 2010). O tratamento dos cânceres de baixo risco está associado com uma importante morbidade. A vigilância ativa é uma alternativa de tratamento inicial, mas os resultados a longo prazo e efeitos na qualidade de vida não têm sido bem caracterizados (HAYES *et al*, 2010).

A vigilância ativa para risco favorável de câncer de próstata localizado pode reduzir o risco de tratamento excessivo do câncer de próstata clinicamente insignificante, mantendo a opção de terapia definitiva para aqueles pacientes que são reclassificados ao longo do tempo como de maior risco (KLOTZ *et al*, 2010).

Uma série de instrumentos foram desenvolvidos na década passada para prever o comportamento clínico de tumores de próstata; os melhores são o PSA sérico no momento do diagnóstico, o escore de Gleason da biópsia e o estágio T clínico. As características clínicas que definem baixo risco, que compreende 40% dos cânceres recentemente diagnosticados (JANG, 2007), seriam: PSA sérico no momento do diagnóstico  $\leq 10$  ng/ml, classificação de Gleason inferior a 7 com nenhum padrão 4 ou 5 da doença, e estágios clínicos T1 ou T2a (COOPERBERG MR. 2010), (JANG, 2007).

O controle do câncer a longo prazo neste cenário pode, geralmente, ser alcançado com terapia definitiva local adequada. No entanto, quando se toma uma conduta expectante, uma proporção de tumores de risco supostamente baixos

podem progredir, resultando no desenvolvimento de metástases e morte (JANG, 2007).

Uma das principais preocupações na defesa da política de vigilância ativa é o fato de que um paciente, que parece favorável ao diagnóstico, experimentará progressão para incurabilidade durante o período de observação e poderá morrer por câncer de próstata evitável como resultado do atraso no tratamento definitivo. Em pacientes mais jovens com uma longa expectativa de vida, a mortalidade por câncer de próstata aumenta eventualmente a níveis inaceitáveis (KLOTZ *et al*, 2010).

A vigilância ativa é uma estratégia de monitorização para pacientes cuidadosamente selecionados com baixo risco de câncer de próstata. A intenção da vigilância ativa é evitar tratamento, a menos que a progressão da doença ocorra ou um paciente escolha o tratamento, casos nos quais o tratamento com intenção curativa é realizado. Os resultados de várias coortes observacionais de vigilância ativa têm sido promissores, mas o acompanhamento tem sido relativamente curto (HAYES *et al*, 2010).

A vigilância ativa com intervenção tardia seletiva assume que o câncer de um indivíduo não vai avançar para fora da janela de curabilidade durante o período de vigilância, que os marcadores de progressão da doença são confiáveis e que os pacientes são compatíveis. Além disso, a ansiedade do paciente sobre a vida com câncer não tratado, naqueles em vigilância ativa, pode ser importante e não pode ser ignorada. El-Geneidy *et al*. constatou que 17 de 38 (45%) homens procuraram tratamento sem evidência de progressão da doença, enquanto se submetiam à vigilância ativa (JANG, 2007).

É, até agora, impossível determinar com certeza quais tumores acabarão por progredir e levar à morte. Níveis séricos de PSA, velocidade e tempo de duplicação do PSA (PSA DT), mudanças no exame do toque retal ao longo do tempo e achados de histopatológicos foram avaliadas como marcadores de progressão da doença. Os resultados têm sido variáveis, imperfeitos e, muitas vezes, não confiáveis (JANG, 2007).

Claramente, novos biomarcadores e técnicas mais precisas de estadiamento radiográfico e local serão necessários para melhor estratificação de risco e monitoramento de pacientes de baixo risco em vigilância. Por outro lado, a

intervenção definitiva precoce tem oferecido excelente controle do câncer a longo prazo, com baixa morbidade. Essa intervenção precoce pode eliminar a necessidade de terapias multimodais e tratamentos mais extensos (cirurgia prolongada, terapia de privação de andrógeno, dose alta de radiação) que possam ser necessários uma vez que a doença tenha progredido. Além disso, a terapia de resgate raramente é necessária no cenário do câncer de próstata de baixo risco após o tratamento definitivo (JANG, 2007).

Em uma meta-análise de 828 homens de 6 séries de vigilância em todo o mundo, Chodak e associados mostrou que o risco de metástases e mortalidade específica por câncer 10 anos depois do diagnóstico de cânceres bem diferenciados foi de 19% e 13%, respectivamente. Além disso, as taxas de mortalidade específica por câncer em 10 anos foram similares em pacientes com tumores bem diferenciados e moderadamente diferenciados, sugerindo que um intervalo de seguimento de 10 anos é tempo suficiente para permitir que estes tumores possam realizar o seu potencial biológico completo (JANG, 2007).

Em uma análise de risco concorrente de 767 homens com idades entre 55 a 74 anos, que foram geridos de forma conservadora para a doença localizada, Albertsen e colegas descobriram que homens com tumores escore de Gleason 5 ou 6 apresentaram um risco modesto de morte por câncer de próstata, variando de 6 % a 30%, com mais de 15 anos de seguimento (JANG, 2007).

A história natural, sem tratamento, de cânceres de próstata em estágios iniciais (T0-T2 NX MO), além de 15 anos foi examinada por Johansson *et al* em uma coorte de base populacional de 223 homens consecutivos. Durante os primeiros 10 a 15 anos de seguimento, a maioria dos cânceres exibiu um curso indolente. No entanto, além de 15 anos, diminuições substanciais na sobrevida livre de progressão cumulativa (de 45% para 36%), sobrevida livre de metástases (de 77% para 51%), sobrevida específica do câncer de próstata (de 79% para 54%) foram notadas (JANG, 2007).

A vigilância ativa de câncer de próstata de risco favorável e intermediário em homens com mais de 70 anos é viável e parece segura em 10 a 15 anos de prazo. Esta estratégia fornece a vantagem de uma abordagem individualizada, com base no risco demonstrado de progressão clínica ou bioquímica com o tempo. Nesta



coorte, a probabilidade de morrer como resultado de outras causas foi de 18,6 vezes maior do que a probabilidade de morte pelo câncer da próstata (KLOTZ *et al*, 2010).

Entre 450 pacientes do estudo, havia 85 pacientes (18,9%) que eram de risco intermediário na linha de base, definidas como PSA maior de 15 ng mL, escore de Gleason de 7 ou estágio T3. Destes 85, quarenta e nove pacientes (11%) permaneceram sem tratamento, e 36 pacientes (8%) foram eventualmente tratados. Entre os 49 pacientes não tratados, nenhum paciente teve progressão da doença. Entre os 36 que foram tratados, só um tinha experimentado progressão para doença metastática e morte (KLOTZ *et al*, 2010).

O câncer de próstata detectado num nível baixo de PSA pode ser muito agressivo. No grupo placebo do Cancer Prevention Trial Próstata (PCPT), o câncer de próstata foi diagnosticado em 15,2% dos homens com um exame digital retal (DRE) e um PSA  $\leq 4,0$  ng/ml. Desses cânceres, 15% tinham um escore de Gleason de 7 ou superior. Além disso, em um recente estudo de 211 homens que morreram de câncer de próstata, Thompson e colegas relataram que um número significativo desses homens tinham características compatíveis com doença de baixo risco. Em seu estudo, 46% (88/192) de homens que acabaram morrendo de câncer de próstata apresentavam tumores consistentes com o estágio clínico T1-T2a no momento do diagnóstico, enquanto um terço (55/167) tinha uma biópsia de Gleason  $\leq 6$  (JANG, 2007).

Estes estudos demonstram coletivamente que, na fase inicial, os cânceres de baixo risco podem causar morbidade significativa e morte a longo prazo. Embora a combinação de estágio clínico, grau de biópsia, e níveis de PSA possam fornecer estratificação de risco para cânceres de baixo risco de progressão após tratamento definitivo, a sua utilidade como preditores de resultados continua a ser limitada quando se considera a conduta expectante para estes tumores. Até melhores métodos disponíveis para identificar com precisão os homens para os quais a conduta expectante possa ser seguramente oferecida, o tratamento definitivo precoce deve ser considerado para pacientes com uma expectativa de vida estimada superior a 15 anos (JANG, 2007).

Outra evidência apoiando a justificativa para a intervenção precoce vem de um ensaio clínico randomizado conduzido pelo Grupo Escandinavo de Câncer de Próstata, que comparou a prostatectomia radical com a conduta vigilante para o

câncer de próstata em estágio inicial. Embora seja incerto como estes dados são aplicáveis aos pacientes com PSA-cânceres detectados, este estudo randomizado forneceu evidências de que o tratamento cirúrgico, quando comparado com a espera vigilante, reduziu o risco de mortalidade global (risco relativo de 0,74 no grupo da cirurgia), da mortalidade específica do câncer de próstata (risco relativo de 0,56 no grupo da cirurgia), metástases à distância (risco relativo de 0,60 no grupo da cirurgia), e progressão local (risco relativo de 0,33 no grupo da cirurgia). Apesar da redução absoluta do risco de morte depois de 10 anos ter sido relativamente pequena, a redução nos riscos de metástases e progressão local do tumor foram substanciais e a diferença de mortalidade específica por câncer de próstata já foi aparente em 5 anos, o que implica que a diferença na mortalidade será ainda maior com maior tempo de seguimento (JANG, 2007).

Na era do rastreamento pelo PSA, os tumores são geralmente detectados cerca de 10 anos antes em sua história natural, quando comparamos aos detectados pelo exame de toque retal apenas. A idade média dos homens que procuram tratamento cirúrgico definitivo na prostatectomia radical contemporânea varia de 58 a 64 anos de idade. Estes homens desfrutam de uma expectativa de vida global que varia de 17 a 29 anos e podem, portanto, estar em risco, a longo prazo, para a progressão da doença e morte específica pelo câncer de próstata, se optarem pela conduta expectante (JANG, 2007).

Alguns estudiosos argumentam a favor do tratamento não intervencionista de tumores de grau baixo ou moderado. Com a vigilância ativa contemporânea, um terço a metade dos homens permanecem livres de tratamento primário 5 anos após o diagnóstico (SANDA, 2009). No entanto, numa série de 60 290 homens diagnosticados com câncer localizado de grau baixo e moderado, uma melhor taxa de sobrevida foi encontrada em homens tratados com uma terapia definitiva (KOMMU *et al*, 2011).

Nos EUA, 16% a 40% dos homens recentemente diagnosticados com câncer da próstata têm os critérios para a vigilância ativa, porém menos de 10% dos homens possíveis elegem esta abordagem. Os entraves ao seu uso incluem preocupações sobre resultados a longo prazo da doença, a percepção de que a maioria dos homens acabará por sofrer tratamento e preocupações sobre a qualidade de vida dos homens que elegem a vigilância ativa (HAYES *et al*, 2010).

## 5 CONCLUSÃO

Poucos estudos de qualidade de vida em homens submetidos à vigilância ativa foram realizados (SANDA, 2009), mas sabemos que a vigilância ativa é uma abordagem razoável para o câncer de próstata de baixo risco, no que se refere à qualidade de vida, quando a comparamos com o tratamento inicial (HAYES *et al*, 2010).

A questão inicial enfrentada pelos pacientes e seus médicos é se as intervenções são justificáveis e desejáveis após pesar os benefícios potenciais contra os potenciais efeitos adversos do tratamento (SANDA, 2009). Um ponto relevante é notar que as preferências individuais desempenham um papel central na decisão de tratar ou de prosseguir em vigilância ativa (HAYES *et al*, 2010).

Com a oportunidade de detectar o câncer de próstata numa fase precoce, quando a cura é possível, permanece incerto se podemos seguramente atrasar o tratamento desta doença, sabendo que alguns pacientes de baixo risco têm tumores com a capacidade de metástase e de causar a morte. O tratamento definitivo precoce com prostatectomia radical ou radioterapia oferece a esses homens a chance excelente de controle a longo prazo do câncer, dentro da janela de curabilidade. Além disso, melhorias constantes da técnica cirúrgica e da radioterapia resultaram em melhor qualidade de vida após o tratamento. (JANG, 2007).

A abordagem contemporânea da vigilância ativa é potencialmente adequada para os homens, independentemente da idade ou estado funcional. No entanto, esta abordagem de vigilância ativa não foi avaliada prospectivamente em estudos multicêntricos e é objeto de um estudo randomizado clínico em curso. Se os efeitos adversos do tratamento são piores depois da vigilância ativa do que teriam sido no início, essa é uma consideração importante, e os dados de tais resultados ainda não estão disponíveis (SANDA, 2009).

Até entendermos melhor a história natural a longo prazo do câncer de próstata não tratado, devemos ter marcadores mais confiáveis e precisos para detectar com certeza a progressão da doença, para que se possa estratificar o risco, mais precisamente o subgrupo de homens com doença de baixo risco que acabará por sucumbir à sua doença; enquanto isso não ocorre, terapia precoce definitiva parece mais prudente (JANG, 2007).

## 6 REFERÊNCIAS

1. Cooperberg MR, Lubeck DP, Meng MV, Mehta SS, Carroll PR. J Clin Oncol. 2010;22(11):2141–9.
2. DATASUS: Taxa de Incidência de Neoplasias Malignas. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2010/d05\\_08ufm.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2010/d05_08ufm.htm)>. Acesso em: 20 de abril de 2012.
3. Hayes JH, Ollendorf DA, Pearson SD, Barry MJ, Kantoff PW, Stewart ST, Bhatnagar V, Sweeney CJ, Stahl JE MP. Active surveillance compared with initial treatment for men with low-risk prostate cancer: a decision analysis. JAMA. 2010;304(21):2373–80.
4. Jang T, Yossepowitch O, Bianco F SP. Low risk prostate cancer in men under age 65: the case for definitive treatment. Urol Oncol. 2007;25(6):510–4.
5. Klotz L, Zhang L, Lam A, Nam R, Mamedov A, Loblaw A. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. Journal of Clinical Oncology. 2010 Jan 1;28(1):126–31.
6. Kommu SS, Eden CG, Luscombe CJ, Golash A, Persad R. Initial treatment costs of organ-confined prostate cancer: a general perspective. BJU international. 2011 Jan;107(1):1–3.
7. Menon M, Parulkar BG, Baker S. Should we treat localized prostate cancer? An opinion. Urology. 1995;46(5):607–16.
8. Sanda MG, Kaplan ID. A 64-year-old man with low-risk prostate cancer review of prostate cancer treatment: review of prostate cancer treatment. JAMA. 2009;301(20):2141–51.