

# Hiperplasia prostática benigna e PSA: o efeito dominó

Benign prostatic hyperplasia and PSA: the domino effect

*Hiperplasia benigna de prostata y PSA: el efecto dominó*

José Agostinho Santos<sup>1\*</sup>

**Palavras-chave:**  
Hiperplasia Prostática  
Antígeno Prostático Específico  
Medição de Risco

## Resumo

Após a publicação de uma recomendação contra o rastreio câncer prostático pela U.S. Preventive Services Task Force, a comunidade médica não poderá desvincular-se das particularidades relacionadas com o antígeno prostático específico (PSA). O enfoque dado às *guidelines* da Hiperplasia Prostática surge pela possível partilha, a determinado ponto da sua abordagem, de um trilha que cursa também com a solicitação do PSA. Os resultados de dois grandes ensaios clínicos constituem o maior corpo da evidência actual e deles sobressai que o número de homens que evitaram a morte por câncer prostático após submetidos ao rastreio foi reduzido. Há evidência de que 100-200 em 1000 homens rastreados terão um falso-positivo, a maioria dos quais será biopsada, com possíveis danos psicológicos e orgânicos. O Médico de Família deverá lembrar que não é recomendado que se ofereça esta análise, sem que primeiro discuta, juntamente com o paciente, as questões inerentes ao PSA.

**Keywords:**  
Prostatic Hyperplasia  
Prostate-Specific Antigen  
Risk Assessment

## Abstract

After U.S. Preventive Services Task Force published a recommendation against prostate cancer screening, the medical community cannot extricate itself from all specific features associated with the prostate-specific antigen (PSA). The focus given to the guidelines of the Prostatic Hyperplasia happens for the possible sharing of a certain point of its approach with the prostatic cancer case-finding, that is the PSA test. The results of two large clinical trials represent the largest body of evidence and they say the number of men who avoided prostate cancer death after subjected to screening was reduced. There is evidence that 100-200 in 1000 screened men will have a false-positive, most of which will have a biopsy with possible psychological damage and organic. The GP should remember that it is not recommended to provide this test, without first discussing together with the patient, the issues that are inherent to the PSA sample.

**Palabras clave:**  
Hiperplasia Prostática  
Antígeno Prostático Específico  
Medición De Riesgo

## Resumen

Después de U.S. Preventive Services Task Force publicar una recomendación en contra el *screening* del cáncer de próstata, la comunidad médica no puede liberarse de todas las particularidades propias de lo antígeno prostático específico (PSA). La atención prestada a las directrices de la Hiperplasia Prostática aparece debido a posibilidad de compartir un cierto punto con el screening, que conduce a la petición del PSA. Los resultados de dos grandes ensayos clínicos representan el mayor cuerpo de evidencia y de ellos sobresale que el número de hombres que evitaron la muerte de cáncer de próstata después de someterse a el screening es reducido. Hay evidencia de que 100-200 en 1000 hombres sometidos a el screening tendrá un falso positivo, mayoría de los cuales será biopsada con posible daño psicológico y orgánico. El médico de familia debe recordar que no se recomienda para proporcionar este estudio analítico, sin discutir primero junto con el paciente, los problemas que son inherentes en el PSA.

<sup>1</sup> Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Portugal. zeagostinho@hotmail.com

\*Autor correspondente.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: declara não haver.

Recebido em: 23/10/2012

Aprovado em: 21/11/2012

## Introdução: as diretrizes e a sua importância

Numa fase de controvérsia em torno do rastreio do câncer prostático, que se intensificou desde a publicação de uma recomendação contra este rastreio pela U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) em Julho/2012, a comunidade médica não poderá desvincular-se das particularidades relacionadas com a solicitação do valor sérico do antígeno específico da próstata (PSA)<sup>1,2</sup>. Ao contrário do que a comunidade científica julgava nos anos 90, o rastreio deste carcinoma masculino baseado no pedido do PSA em indivíduos assintomáticos (com ou sem toque retal e/ou ecografia prostática) deixou de ter um benefício tão aclamado desde que foram publicados os primeiros resultados de ensaios clínicos randomizados e controlados, que questionaram o impacto favorável na razão efectividade/risco associada ao rastreio<sup>1-5</sup>. Esses mesmos ensaios clínicos produziram novos resultados após 11 anos de *follow-up* e foram a base para as recomendações da USPSTF<sup>6,7</sup>. Estas recomendações vieram desencadear uma série de publicações subsequentes, revelando a agitação que tal causou no seio da comunidade médica e sobressaindo pelo contraste estabelecido com as suas normas de 2008 e com as *guidelines* de diversas associações científicas de urologia e de oncologia<sup>4,5,8,9</sup>.

Neste contexto, as diretrizes da abordagem da hiperplasia prostática benigna (HPB) poderão adquirir também um grande relevo. A HPB e o carcinoma prostático constituem duas patologias diferentes, pelo que é controversa a existência de uma linha de continuidade entre as duas condições<sup>10</sup>. Porém, o enfoque dado às *guidelines* da abordagem da HPB surge pela possível partilha, a determinado ponto da sua abordagem, de um trilho comum que cursa com a solicitação laboratorial do valor do PSA<sup>11</sup>. As normas de orientação clínica para ambas enfermidades cruzam-se neste ponto crítico, decalcando questões já apontadas quanto ao rastreio do câncer prostático. A relevância deste “cruzamento” sobressai na prática clínica quando, perante um valor elevado do PSA, surge o potencial de confusão na atribuição de causa para tal elevação: será devido a uma HPB em desenvolvimento ou estará subjacente um carcinoma? É certo que o PSA poderá ter sido solicitado perante um quadro de sintomas do trato urinário inferior (STUI), porém poderá não ser tão simples a atribuição causal à HPB. O clínico poderá, por isso, ficar com dúvidas, contribuindo para tal a considerável variabilidade dos STUI num contexto de “[...] receio de um mal prostático”<sup>11-13</sup>.

O médico dispõe das normas de orientação clínica que o ajudam na interpretação e no desenvolvimento de atitudes. De facto, as sociedades autoras perceberam este potencial para uma confusão clínica, pelo que criaram diretrizes exigentes em torno do pedido do PSA no doente que apresente STUI. Estas *guidelines* têm grande importância, pois, as suas recomendações

ajudam a prevenir esta confusão no médico e, por sua vez, a prevenir uma cascata diagnóstica, após um pedido do PSA, que poderá não ser necessariamente benéfica para o paciente. Esta prevenção assume um forte carácter quaternário, embora não explicitamente declarado nas linhas destas diretrizes. Se a solicitação do PSA, com todas as suas peculiaridades, deixa de ter a leveza de um clique no sistema informático de pedido de exames complementares, também a abordagem da HPB adquire maior peso na ponderação e discussão, ressaltando a importância de uma decisão partilhada e de uma medicina centrada no paciente.

As diretrizes para abordagem da HPB são diversas (incluindo as da *European Association of Urology*<sup>12</sup>, *American Urological Association*<sup>14</sup>, *Australian National Health and Medical Research Council*<sup>15</sup> ou *Sociedade Brasileira de Urologia*<sup>16</sup>) mas, de modo geral, recomendam passos clínicos iniciais coincidentes<sup>17</sup>. Todas as *guidelines* concordam numa abordagem primordial baseada numa história clínica completa, exame físico metódico, avaliação dos sintomas referidos usando escalas validadas e exame sumário de urina. A história clínica deve focar-se no trato urinário, pesquisando outros antecedentes que possam ter impacto no sistema urogenital (causadores prováveis de disfunção vesical ou de poliúria, ou impeditivos de uma intervenção cirúrgica) ou antecedentes familiares de patologia prostática<sup>12,14-16</sup>. A sociedade australiana é mais detalhada, sugerindo a abordagem dos hábitos do trânsito intestinal, das outras comorbilidades (demência, perturbação da ansiedade, diabetes mellitus ou patologia cardiovascular documentada), da medicação habitual (diuréticos, antidepressivos, antihipertensores) e do contexto socioeconómico<sup>15</sup>. As diretrizes convergem no uso de escalas validadas, sendo a *International Prostate Symptom Score* (IPSS) a mais usada<sup>12,14-17</sup>. Esta é considerada fundamental na decisão de avanço para os passos clínicos seguintes como a solicitação do PSA, abordagem terapêutica e *follow-up*<sup>17</sup>.

Todas as diretrizes advertem também para a grande relevância de um exame físico cuidadoso que inclua o toque retal. Apesar de o toque retal subestimar o volume prostático, a evidência sugere que as próstatas sentidas como volumosas no exame físico são confirmadas como aumento ecográfico do tamanho do órgão<sup>17</sup>. A *American Urological Association* (AUA) destaca ainda a necessidade de proceder a um exame neurológico que vá desde a avaliação do estado mental até ao tônus do esfíncter anal<sup>12</sup>.

Após a história clínica e exame objectivo, todas as sociedades científicas concordam no pedido de um exame sumário de urina nos pacientes com STUI documentados para descartar microhematúria ou piúria, que poderão descortinar suspeitas de carcinoma vesical, litíase urinária ou infecção do trato urinário<sup>12,14-17</sup>. A partir deste ponto, apresentam-se

divergências que se situam na decisão de solicitação de outros exames complementares como PSA, ecografia prostática, urofluxometria ou outros. Pelas peculiaridades inerentes ao PSA, a sua análise tem merecido particular atenção nas *guidelines*. A *European Association of Urology* (EAU) recomenda o pedido do PSA em todos os pacientes desde que os STUI sejam confirmados e documentados após uma história clínica e exame físico exaustivos<sup>14</sup>. A *Australian National Health and Medical Research Council* (ANHMRC) faz uma recomendação contra o pedido deste valor neste contexto, salientando que caso seja solicitado, o homem deve ser informado das possíveis indicações para uma abordagem invasiva perante um valor elevado e *de que não existe evidência científica de uma associação entre os STUI e a presença de cancro prostático inicial*<sup>15</sup>. A AUA refere que um toque retal normal é suficiente para excluir cancro avançado localmente mas assume uma posição intermediária, considerando o PSA como opcional e recomendando que, caso seja pedido, “[...] este valor seja solicitado em homens com expectativa de vida  $\geq 10$  anos e para quem o diagnóstico de cancro prostático alteraria a abordagem clínica”<sup>12</sup>. A Sociedade Brasileira de Urologia partilha esta posição<sup>16</sup>.

É notório, portanto, que nas linhas das diretrizes sobre a abordagem da HPB, as principais sociedades científicas dissertam sobre carcinoma prostático, precisamente no trilho comum que tem com o rastreio do cancro prostático (solicitação do PSA). Para estes peritos é claro que existe aqui uma possibilidade, na prática clínica, de “transformação” da abordagem dos STUI em investigação que visa primariamente a detecção precoce do carcinoma prostático (*case-finding*), pelo que este ponto se reveste de um grande cuidado. Isto é, o PSA, pedido no contexto de suspeição de HPB, não é, então, pedido por suspeita de cancro prostático (não há evidência que suporte esta última suspeição) pelo que poderá somente implicar um *case-finding*. Pelo contrário, a solicitação deste marcador justifica-se pelo facto de que se correlaciona com o volume prostático e risco de progressão da HPB, tendo, para a EAU e AUA, relativa importância na abordagem terapêutica<sup>12,14</sup>. A sociedade australiana procura um apagamento deste caminho comum, enquanto que as sociedades restantes preconizam parcimônia no pedido do marcador. Assim, o cuidado recomendado na solicitação do PSA faz sobressair três questões: o que confere à solicitação do PSA um peso de ponderação antecipada tão grande? Qual é a evidência científica subjacente a este pedido laboratorial, no contexto do rastreio ou *case-finding* do cancro prostático, que servem de suporte às recomendações destas sociedades científicas na abordagem da HPB e que as conduzem a referir o rastreio nestas normas? Poderá o rastreio/*case-finding*, que pode surgir automaticamente com o pedido do PSA para

fins de orientação terapêutica dos STUI, ter um impacto eventualmente negativo? As respostas serão dadas abaixo.

## PSA: uma solicitação que desemboca em *case-finding*

Os níveis séricos do PSA poderão estar elevados no carcinoma prostático, HPB, prostatite, enfarte prostático, toque retal, biópsia prostática, ejaculação, treino de ciclismo ou exercício físico vigoroso, salientando o seu potencial para falsos positivos<sup>1,3,4</sup>. Valores  $\geq 4,0$  ng/mL são considerados universalmente como anormais, embora a *American Urological Association* proponha alterações do *cut-off* de acordo com a idade e a raça. Um valor anormal realça, portanto, a suspeita de uma condição que é, a princípio, a mais grave: o carcinoma prostático<sup>2,18</sup>.

O cancro prostático é, porém, uma doença clinicamente heterogênea. Estudos de autópsias revelaram que aproximadamente 33% dos homens com idades compreendidas entre 40 e 60 anos terão carcinoma prostático evidente histologicamente e que esse valor incrementa até 75% nos homens com idades  $\geq 75$  anos. A maioria dos casos corresponde a lesões microscópicas, bem diferenciadas e com reduzida tendência a manifestarem-se clinicamente<sup>2,4,19,21</sup>.

Enquanto existe evidência de que o rastreio de cancro prostático através do PSA resulta na detecção de um grande número desses tumores assintomáticos, existe também evidência de que uma percentagem considerável desses tumores evolui de forma tão lenta que permaneceriam assintomáticos durante o tempo de vida desses homens<sup>1,4,19,20</sup>. Este último facto exemplifica um típico caso de sobrediagnóstico de cancro, que consiste neste fenómeno de identificação clínica de cânceres que, de outra forma, permaneceriam silenciosos e sem causar sintomas ou morte (diferente de “falsos positivos”, em que o diagnóstico é inicialmente suspeito mas, posteriormente, não é confirmado)<sup>2,4,20</sup>. Através dos ensaios clínicos aleatorizados e controlados, é estimado que o sobrediagnóstico no cancro da próstata seja de 17-50%, ou seja, 17-50 dos 100 cânceres detectados a mais devido ao rastreio nunca se tornariam sintomáticos<sup>2,4,20</sup>. Tal deve-se ao facto de a maioria dos carcinomas prostáticos diagnosticados terem uma evolução muito lenta, de maneira que estes nunca se tornarão sintomáticos ou se tornarão sintomáticos apenas em idade avançada, pelo que estes doentes morreriam de outras causas que não por esta neoplasia<sup>2,4,8,19,20</sup>.

Faz-se, abaixo, uma análise crítica do valor clínico do PSA:

**Vantagens/Benefício:** Já foram publicados vários estudos observacionais (com as respectivas limitações de qualidade

inerentes a este tipo de estudos) e cinco principais ensaios clínicos (dos quais três apresentam também limitações importantes). Existe evidência suficiente de que o valor do PSA leva à detecção de uma percentagem substancial de carcinomas prostáticos assintomáticos<sup>1,2,4</sup>. Os resultados dos dois consistentes ensaios clínicos randomizados e controlados *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial* (PLCO, com inclusão de 76 685 homens com idades entre 55-74 anos, desenvolvido nos Estados Unidos da América, EUA; a taxa de contaminação de pedido de pelo menos um valor de PSA no grupo controle atingiu 40% no primeiro ano de estudo) e *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC, com 182 160 homens incluídos e com idades entre 50-74 anos; com dados atuais provenientes de sete países europeus, onde o uso do PSA não se encontrara tão disseminado, pelo que a taxa de contaminação entre os controles é estimada em 15%) constituem o maior corpo da evidência actual<sup>1,2,4,8</sup>. De uma análise global destes dois grandes ensaios (incluída em duas meta-análises publicadas em 2010 e 2011)<sup>22,23</sup>, sobressai que o número de homens que evitaram a morte por câncer prostático após terem sido submetidos ao rastreio com PSA foi muito reduzido<sup>6,7</sup>. O primeiro não mostrou qualquer redução da mortalidade [RR = 1,09 (0,87-1,36)]<sup>2,6</sup>, enquanto que o segundo mostrou que o número de mortes por câncer prostático foi de 5 para 1000 homens no grupo sem rastreio e de 4 para 1000 homens nos submetidos a rastreio [RR = 0,79 (0,68-0,91)], após 11 anos de seguimento<sup>2,7</sup>. Esta divergência entre os dois estudos é interpretada à luz de peculiaridades existentes entre os dois, algumas delas constituindo limitações: a taxa de contaminação existente no grupo controle do PLCO poderá ter atenuado as diferenças com o grupo de intervenção, porém o facto de os pacientes do grupo de intervenção do ERSPC diagnosticados com carcinoma prostático terem sido orientados e tratados em centros de referência terciária (ao contrário dos controles com esse diagnóstico, que foram abordados nos cuidados de saúde hospitalares habituais) deverá também ser levado em conta<sup>1,2,4,8,24</sup>. Por outro lado, outros possíveis fatores contribuidores para essa discrepância são a menor periodicidade estabelecida para o rastreio e a maior percentagem de homens diagnosticados submetidos a prostatectomia radical no braço do grupo de intervenção no ensaio americano<sup>1</sup>.

Os ensaios ainda não divulgaram os resultados relativos a um *follow-up* superior ao tempo de latência ou de antecipação diagnóstica definido para este rastreio (15 anos), dados que permitirão melhores inferências quanto ao impacto na mortalidade específica pela neoplasia<sup>1,25</sup>. No entanto, é já a partir dos resultados de 11 anos de seguimento deste ensaio europeu que a USPSTF destaca que existe evidência de que o benefício do rastreio através do PSA consiste em se evitar 1 morte por câncer prostático em cada 1000 homens

rastreados e que, portanto, cerca de 1000 homens terão que ser convidados a rastreio e a 37 homens terá que ser feito o diagnóstico de carcinoma prostático para que seja evitada 1 morte por esta neoplasia<sup>2</sup>.

**Desvantagens/Risco:** A medição dos valores do PSA frequentemente resulta em falsos positivos (80% dos resultados positivos são falsos-positivos, considerando *cut-off* entre 2,5 e 4,0 ng/mL)<sup>2</sup>. Estes resultados falsos resultam, por sua vez, em dano psicológico para o homem (com ou sem STUI), incluindo a preocupação permanente sobre o carcinoma prostático<sup>2,4,20</sup>. Homens que têm falsos-positivos são submetidos a mais exames complementares do que os que não obtêm esses resultados<sup>2</sup>. Um terço dos homens biopsiados experimentam sensação dolorosa, febre, hemorragia, infecção e dificuldade urinária<sup>2,4</sup>. A USPSTF aponta, portanto, que existe evidência de que 100-200 em 1000 homens rastreados terão um valor falso-positivo do PSA, a maioria dos quais será biopsiada, com consequentes danos psicológicos e orgânicos em parte deles<sup>2</sup>.

Uma vez detectados os carcinomas prostáticos por rastreio, uma boa parte será submetida a cirurgia, radioterapia ou terapêutica de privação androgênica<sup>2,4,8,20</sup>. As terapêuticas oferecidas a estes homens têm efeitos colaterais não-desprezíveis: 10-70 dos 1000 tratados com prostatectomia terão complicações graves e 200-300 terão incontinência urinária. A radioterapia está associada a incontinência urinária e disfunção vesical. A terapêutica de privação androgênica condiciona disfunção erétil em 400 dos 1000 homens tratados. A USPSTF calcula que, na realidade americana, cerca de 29 terão disfunção erétil e 18 terão incontinência urinária em cada 1000 homens rastreados depois do tratamento para câncer prostático<sup>2</sup>.

Alguns estudos observacionais têm revelado que a taxa de mortalidade por câncer prostático nos EUA tem vindo a mostrar um decréscimo lento desde os anos 90, coincidente com a introdução do PSA sérico como método de rastreio<sup>1,2,8,20</sup>. Os autores da USPSTF advertem que esse decréscimo nos EUA não se deve ao método de rastreio nos anos 90, pois, o benefício a ser percebido com a introdução deste método só se notaria após 10-15 anos da sua introdução, algo com suporte nos resultados do ERSPC cujo benefício notado na mortalidade apenas se verificou após 8 anos de seguimento<sup>2,7,8,25,26</sup>.

Foi a partir destes cálculos em torno do saldo risco/benefício que a USPSTF publicou a recomendação contra o rastreio do câncer da próstata através do PSA, considerando que “[...] os benefícios em termos de mortalidade são reduzidos a potencialmente nenhum e que os riscos são moderados a substanciais”<sup>2</sup>. Esta sociedade salienta a necessidade premente de criação de novos métodos de rastreio que distingam carcinomas indolentes (a maioria) dos agressivos<sup>2</sup>. É também nas diferenças de interpretação do equilíbrio entre os benefícios e os danos associados ao pedido do PSA em contexto de

rastreio ou *case-finding* que destacam as divergências entre as sociedades no pedido do marcador aos pacientes com STUI<sup>17</sup>.

As normas das diferentes sociedades subordinadas ao tema do rastreio salientam também a importância de desenvolver métodos de estratificação que invertam o saldo risco/benefício associado ao PSA enquanto rastreio do câncer prostático. Algumas formas que podem ser favorecedoras de redução dos danos e para melhor diagnóstico diferencial com outras patologias urológicas como a HPB incluem aumento do *cut-off* do PSA para decisão para biópsia, integração do PSA livre, da densidade do PSA ou da velocidade do PSA. Estas formas carecem também de estudos que provem que, de facto, aumentam o risco/benefício<sup>2,3</sup>.

## Discussão: o efeito dominó

O PSA não tem, desde há alguns anos, solicitação rotineira recomendada para homens assintomáticos e em idades-alvo para rastreio, assim como carece de recomendação para a sua solicitação sistemática no doente com STUI. Embora totalmente distintas, a associação entre estas duas abordagens clínicas torna-se inevitável e fica bem patente nas diretrizes da abordagem da HPB, demonstrando a improvável desvinculação clínica ao *case-finding* iniciado num homem a quem é solicitado um PSA perante manifestação de STUI. Este aspecto salienta um cruzamento altamente crítico para o paciente que, assim poderá integrar um percurso para o qual deve ser devidamente informado antes de avançar<sup>27,28</sup>. A explanação da evidência associada ao pedido do PSA na secção anterior demonstra, por alto, as *nuances* deste valor analítico que estão na base da delicadeza que o reveste. É certo que esta evidência apresentada foi desenvolvida no contexto do rastreio do câncer prostático, porém, como vimos, está bem claro e assumido nas *guidelines* que, a partir do pedido do PSA, existe esse grande potencial de transformação da abordagem do homem sintomático suspeito de HPB em início de detecção precoce de carcinoma prostático<sup>12,15,17</sup>. Ademais, não há evidência de que a presença de STUI eleve a suspeição de câncer prostático, pelo que o pedido do PSA em indivíduos com STUI não se faz pela suspeita de câncer prostático e poderá, então, ser encarado como uma inclusão destes no *case-finding* oncológico quando o paciente e o médico fazem uma decisão partilhada<sup>15,29-31</sup>.

A desejada e recomendada ponderação em torno do pedido do PSA do homem com STUI está conectada, portanto, com este potencial para um *efeito dominó*. Um pequeno passo para o médico na solicitação deste marcador poderá resultar num grande passo para o paciente em termos de sua qualidade de vida (desconhecendo-se se será positivo ou negativo). Não

será demais pensar nos homens (com STUI expressivos ou assintomáticos) a quem foi pedido o valor do PSA, com registro de elevação. Alguns deles terão falsos-positivos, enquanto que outros terão o diagnóstico de um carcinoma prostático e parte destes serão submetidos a um tratamento. Tanto para o diagnóstico como para o tratamento, se desconhecem se os impactos serão positivos, negativos ou indiferentes na qualidade de vida de cada homem em particular. Sabe-se hoje que o tratamento de alguns carcinomas prostáticos localizados (ou seja, sem expressão clínica para o doente, mas com expressão a nível do PSA pedido em rastreio) pode alterar a história natural da doença e reduzir a mortalidade e morbidade em apenas uma pequena percentagem de homens. Entretanto, o prognóstico para maioria dos tumores localizados é geralmente bom independentemente do método de detecção, mesmo na ausência de tratamento<sup>2</sup>. Nenhum ensaio clínico aleatorizado e controlado em torno do rastreio do câncer prostático ou do tratamento dos carcinomas prostáticos detectados a partir de um rastreio positivo demonstrou uma redução da taxa de mortalidade por todas as causas após 11 anos de *follow-up*. O grande ensaio clínico europeu documentou um decréscimo da mortalidade específica por câncer prostático, aguardando-se a publicação de novos dados após um maior tempo de seguimento<sup>7</sup>.

As diretrizes para a abordagem dos doentes com STUI poderão não causar alterações imediatas nas atitudes clínicas da maioria dos médicos, mas relembram, de forma talvez mais “austera”, as possíveis consequências agrupadas neste denominado *efeito dominó*: a solicitação do PSA sérico não tem a *leveza de um clique* no sistema informático de pedido de exames complementares, mas tem o potencial para iniciar uma cadeia diagnóstica cujo impacto poderá não ser necessariamente benéfico para o homem.

## Conclusão

O Médico de Família deve lembrar, assim, que não é recomendado que se ofereça este estudo analítico, sem que primeiro proceda a uma extensa anamnese e depois descortine, juntamente com o paciente, as questões relativas ao PSA. Tal abordagem apela a uma medicina centrada na pessoa, particularmente nas suas preferências, expectativas e dúvidas. Também querará revelar um maior tempo dispensado nesta decisão partilhada, mas esse maior tempo poderá ser compensado pela prevenção quaternária a que tal poderá conduzir<sup>2,7,28</sup>. Definindo a prevenção quaternária como conjunto de atividades que visam evitar procedimentos excessivos, levanta-se a seguinte questão: será esta solicitação um procedimento médico excessivo? A prevenção quaternária é caracterizada pelo evitamento das solicitações do PSA isentas de uma abordagem clínica e discussão prévias com o paciente.

A atribuição do adjetivo “excessivo” variará de acordo com as características biopsicossociais daquela pessoa e das suas preferências perante o seu quadro sintomático. Tratam-se de diversos fatores inerentes ao paciente a serem levados em conta antes dessa atribuição, de acordo com uma medicina centrada naquela pessoa única.

Assim, a solicitação do PSA sérico no contexto da suspeita de HPB exige pausa para reflexão por parte do clínico e do paciente, tão recomendada pelas diretrizes. A importância das normas em torno desta temática revela-se no ponto em que estas favorecem uma partilha da decisão, consolidam uma relação médico-paciente e protegem a pessoa.

## Referências

- Croswell JM, Kramer BS, Crawford D. Screening for Prostate Cancer with PSA testing: current status and future directions. *Oncology*. 2011; 25(6): 1-14.
- Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2012; 157(2): 120-34. PMID:22801674.
- Brett T. Prostate specific antigen. *Aust Fam Phys*. 2011; 40(7):497-500.
- Caroll P, Albertsen PC, Greene K, Babaian RJ, Carter HB, Gann PH et al. Prostate-Specific Antigen Best Practice Statement: 2009 Update. *American Urological Association Education and Research*; 2009. p. 1-32.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2008; 149:185-91. PMID: 18678845.
- Andriole GL, Crawford ED, Grubb R, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104:125-32. PMID: 22228146. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djr500>
- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Eng J Med*. 2012; 366:981-90. PMID: 22417251. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1113135>
- Carlsson S, Vickers AJ, Roobol M, Eastham J, Scardino P, Lilja H, et al. Prostate Cancer Screening: Facts, Statistics and Interpretation in Response to the US Preventive Services Task Force Review. *J Clin Oncol*. 2012; 21 (30): 2581-84. PMID:22711853. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.40.4327>
- Bull M, Schröder FH. Screening for prostate cancer - the controversy continues, but can it be resolved?. *Acta Oncol*. 2011;50 (suppl 1):4-11. PMID: 21604934. <http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2010.522197>
- Nunzio C, Kramer G, Marberger M, Montironi R, Nelson W, Schröder F, et al. The controversial relationship between benign prostatic hyperplasia and prostate cancer: the role of inflammation. *Eur Urol*. 2011; 60(1): 106-17.
- Sausville J, Naslund M. Benign prostatic hyperplasia and prostate cancer: an overview for primary care physicians. *Int J Clin Pract*. 2010; 64(13): 1740-45. PMID: 21070524. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02534.x>
- Oelke M, Bachmann A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, N'Dow J, et al. Guidelines on the management of Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). *European Association of Urology*; 2012.
- Brown CT, O'Flynn E, Meulen JVD, Newman S, Mundy AR, Emberton M. The fear of prostate cancer in men with lower urinary tract symptoms: should symptomatic men be screened? *BJU International*. 2003; 91: 30-2. PMID: 12614245. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1464-410X.2003.04013.x>
- AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia. *Diagnosis and treatment recommendations*. *J Urol*. 2003; 70:530-47.
- Clinical Practice Guidelines. The management of uncomplicated lower urinary tract symptoms in men. *National Health and Medical Research Council*; 2000.
- Cavalcanti AGLC, Errico G, Araújo JFC, Ribeiro JGA, Scaletsky R. Diretrizes em Urologia Hiperplasia Prostática Benigna. *Sociedade Brasileira de Urologia*; 2004.
- Novara G, Galfano A, Gardi M, Ficarra V, Boccon-Gibod L, Artibani W. Critical Review of Guidelines for BPH Diagnosis and Treatment Strategy. *Eur Urol Suppl*. 2005; suppl 6: 418-29.
- Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, et al. Guidelines on Prostate Cancer. *European Association of Urology*; 2010. p. 12-14.
- Direção Geral de Saúde. Prescrição e determinação do antigénio específico da próstata - PSA. *Direção Geral de Saúde*; 2011. p. 1-12.
- Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2010; 102:605-13. PMID: 20413742. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djq099>
- Silva FC. Rastreio do cancro da próstata. *Acta Urol*. 2005; 22(3): 11-13.
- Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B et al. Screening for prostate cancer: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010; 341:c4543. PMID: 20843937 PMID:2939952. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c4543>
- Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: An updated Cochrane systematic review. *BJU Int*. 2011; 107:882-891. PMID: 21392207. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.10032.x>
- Barratt AL, Stockler MR. Screening for prostate cancer: explaining new trial results and their implications to patients. *MJA*. 2009; 191:226-229. PMID: 19705986.
- Bastos J, Botelho F, Pina F, Lunet N. Evolução da mortalidade por cancro da próstata em Portugal (1980 - 2006). *Acta Med Port*. 2011; 24:499-504. PMID: 22521005.
- Tornblom M, Eriksson H, Franzen S, Gustafsson O, Lilja H, Norming U, et al. Lead time associated with screening for prostate cancer. *Int J Cancer*. 2004;108:122-9. PMID: 14618626. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.11554>
- Kim SP, Karnes RJ. An Editorial Response to the USPSTF Prostate cancer screening: the case for patient-centered shared decision-making. *J Men's Health*. 2012; 1(9):5-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jomh.2011.12.002>
- Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared Decision Making About Screening and Chemoprevention: a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med*. 2004; 26(1):56-66. PMID: 14700714. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2003.09.011>
- Frydenberg M. Diagnosing prostate cancer What GPs need to know. *Aust Fam Phys*. 2007; 36(5): 345-47.
- Martin RM, Vatten L, Gunnell D, Romundstad PI, Nilsen TIL. Lower urinary tract symptoms and risk of prostate cancer: The HUNT 2 Cohort, Norway. *Int J Cancer*. 2008; 123:1924-28. PMID: 18661522. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.23713>
- Matsubara A, Yasumoto H, Teishima J, Seki M, Mita K, Hasegawa Y, et al. Lower urinary tract symptoms and risk of prostate cancer in Japanese men. *Int J Urol*. 2006; 13(8):1098-102. PMID: 16903936. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2042.2006.01504.x>