

# CARCINOMA DA PRÓSTATA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 370 CASOS

A. MATOS FERREIRA, A. ROMMEL RANGEL e J. L. BARRETO

Serviço de Urologia do Hospital de Curry Cabral (H.C.L). Serviço Universitário de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas (U.N.L.). Lisboa

## RESUMO

Os AA estudaram retrospectivamente os processos clínicos de 370 doentes com carcinoma da próstata, com o intuito de dar uma ideia da problemática desta doença em Portugal. Ressalvando o facto de a análise incidir sobre casos tratados por vários urologistas e não haver assim uniformidade nos critérios, são apresentadas sucessivamente as manifestações clínicas, métodos de diagnóstico presumível e definitivo e a terapêutica instituída. Apontam ainda a mortalidade, no país, nos últimos anos, por carcinoma da próstata e por tumores malignos em geral e apresentam uma tabela em que aquela é comparada com a de outros países.

## SUMMARY

### Carcinoma of the Prostate. Retrospective analysis of 370 cases

To obtain an overview of the problem of prostate cancer in Portugal, the authors did a survey on 370 previously filed clinical reports. Though carried out by a number of doctors using a variety of criteria, the original reports all consistently cite clinical data, presumptive and definitive diagnosis and subsequent treatment undertaken. The authors also present recent mortality rates for prostate cancer and malignant tumours in general. A table comparing portuguese mortality figures with those of other countries is presented.

## INTRODUÇÃO

A morbilidade e a mortalidade<sup>1,9</sup> (Quadro 1 e 2) por carcinoma da próstata são elevadas em Portugal.

Com o intuito de dar uma ideia aproximada de como a doença se apresenta, é diagnosticada e é tratada entre nós, os AA resolveram fazer uma análise retrospectiva dos casos de carcinoma da próstata observados e tratados entre 1966 e 1981, contidos no Arquivo do Serviço de Urologia do Hospital de Curry Cabral, no qual se encontram também os processos do antigo Serviço 6 do Hospital de S. José. Dado que foram vários os urologistas responsáveis pela observação e tratamento dos casos analisados, não há uniformidade de critérios, nem sob o ponto de vista de abordagem clínica nem da terapêutica; este facto dá uma ideia fiel do que se passa entre nós, em relação a esta doença. Na realidade, os portugueses não são homens de protocolos rígidos, nem de uniformização de técnicas.

Esta amostragem, heterogénea, deve servir como base de reflexão e, consciencializado o problema, deve ser o ponto de partida para uma desejável modificação na nossa forma de raciocinar e actuar nos casos de carcinoma da próstata.

## MATERIAL E MÉTODOS

Um dos autores desta revisão, mais novo e alheio à responsabilidade de diagnóstico e tratamento dos doentes em causa (J. L. Barreto), foi encarregado de colher os dados dos processos clínicos dos casos de carcinoma da próstata

QUADRO 1 Portugal

Ano	Nº de mortes por carcinoma da próstata	Nº de mortes por tumores malignos
1976	662	12.613
1977	693	12.644
1978	740	13.032
1979	751	13.302

Instituto Nacional de Estatística<sup>(9)</sup>

QUADRO 2 Mortalidade do carcinoma da próstata por 100.000 pessoas/ano ajustada segundo a idade, por países, em 1968-1969.

País	Mortalidade	País	Mortalidade
Suécia	18	Finlândia	12
Suíça	17	Venezuela	12
Noruega	16	Escócia	11
Barbados	16	Chile	10
França	15	Itália	10
Holanda	15	Malta	9
Bélgica	15	Polónia	8
Austrália	15	Romênia	8
Luxemburgo	15	Israel	7
Austria	14	Jugoslávia	7
Nova Zelândia	14	Bulgária	7
Estados Unidos	14	Grécia	6
Alemanha Ocidental	14	México	4
Canadá	14	Hong Kong	4
Dinamarca	13	República Dominicana	4
Islandia	13	Singapura	3
Irlanda do Norte	13	Maurícia	2
Inglaterra e País de Gales	12	Japão	2
PORTUGAL	12	Filipinas	1
Irlanda	12	Taiwan	1

American Cancer Society, 1975<sup>(1)</sup>

observados e tratados entre 1966 e 1981, contidos no Arquivo do Serviço de Urologia do Hospital de Curry Cabral, guiando-se por um protocolo organizado para esse fim.

Foram excluídos 31 casos por insuficiência de elementos e aceites para análise 370 processos, dos quais foi colhida toda a informação respeitante às manifestações clínicas, diagnóstico da presença da doença e formas de terapêutica.

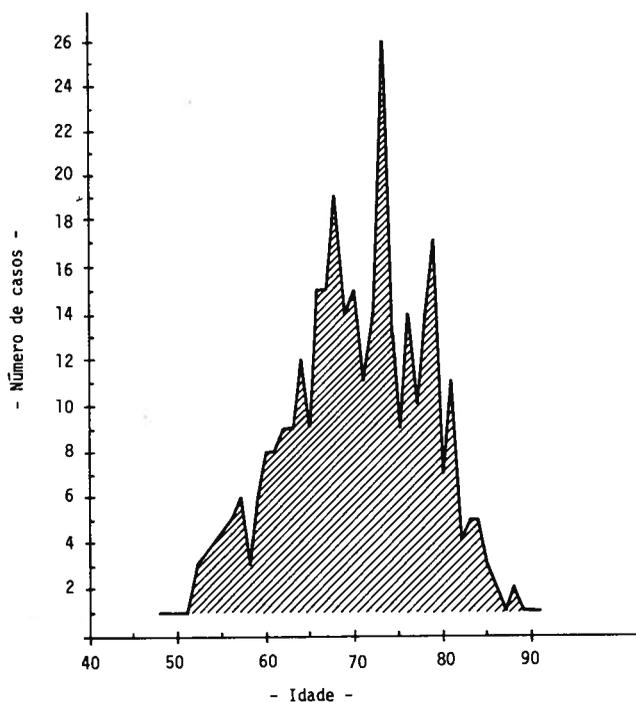


Figura 1: Carcinoma da próstata (370 casos). Incidência por idades.

## RESULTADOS

A curva de distribuição por idades (Figura 1) mostra uma maior incidência entre os 65 e os 75 anos com o pico máximo aos 73 anos e idades extremas aos 46 e 92 anos. 76,2% dos casos apresentaram só manifestações clínicas urinárias e/ou genitais, 2,4% só extra-urogenitais, 18,9% mixtas e 0,8% eram assintomáticos e foram detectados em exames de rotina (Quadro 3). Expostas as percentagens relativas dos vários sintomas e sinais urinários, genitais (Quadro 4) e extra-urogenitais (Quadro 5), são indicadas as razões que levaram ao toque rectal, pelo qual se fez o diagnóstico presumível do carcinoma em 85,9% dos 370 casos: em 83,8% dos casos foi através da clínica e/ou duma alteração laboratorial inespecífica, em 0,8% suspeitou-se da presença do carcinoma num exame de rotina, em 0,8% e 0,3% por haver, respectivamente numa radiografia do esqueleto e torax, alterações sugestivas de metástases, e em 0,3% dos casos por haver um aumento das fosfatases ácidas, em análise feita por rotina. Em 14,1% dos casos o diagnóstico foi feito incidentalmente, por exame histológico da peça operatória (RTU e *Prostatectomia* por hiperplasia benigna) (Quadro 6). O diagnóstico definitivo dos 85,9% dos casos em que se

QUADRO 3 Manifestações clínicas.

Urinárias e/ou genitais	- 282	(76.2%)
Extra-urogenitais	- 9	( 2.4%)
Mixtas	- 70	(18.9%)
Casos assintomáticos	- 3	( 0.8%)
	370	

QUADRO 4 Manifestações urinárias e genitais.

Polaquiúria	- 211 (57.0%)	Incontinência esfincteriana	- 6 (1.6%)
Ardor/dor à micção	- 53 (14.3%)	Hematúria	- 52 (14.1%)
Imperiosidade	- 30 (8.1%)	Uretrorragia	- 5 (1.4%)
Micções involuntárias	- 8 (2.2%)	Infecção urinária recidivante	- 4 (1.1%)
Tenesmo	- 1 (0.3%)	Dor hipogástrica	- 2 (0.5%)
Disúria	- 193 (52.2%)	Dor perineal	- 2 (0.5%)
Diminuição da força do jacto	- 88 (23.8%)	Ejaculação difícil e/ou dolorosa	- 4 (1.1%)
Retenção	- 88 (23.8%)	Ejaculado escasso	- 4 (1.1%)
Atrazo no início da micção	- 21 (5.7%)	Hemospermia	- 3 (0.8%)
Micção interrompida	- 11 (2.9%)		

presumiu a existência do carcinoma (+14,1% incidental = 100%), foi feito em 21,4% dos casos por biópsia por punção, 19,5% por ressecção transuretral (Biópsia e Terapêutica), 1,9% por citologia exfoliativa, 10,6% por elevação das fosfatases ácidas séricas associada ao toque rectal característico e em 32,4% pela evolução do tumor sob hormonoterapia (Prova biológica) (Quadro 7).

A fosfatase ácida sérica estava elevada em 58,3% dos 370 casos (Quadro 8).

Não foram analisadas as formas de pesquisa de metástases do carcinoma.

Fez-se terapêutica isolada do carcinoma em 57,0% (hormonoterapia 49,7%, cirúrgica 6,5%, radioterapia 0,8%), combinada em 41,4% e nenhuma terapêutica em 1,6% dos casos (Quadro 9). As várias combinações terapêuticas e as respectivas percentagens são apontadas (Quadro 10).

Os medicamentos usados em hormonoterapia foram: dietilestilbestrol (50,5%), furoato de dietilestilbestrol (30,5%),

clorotrianiseno (24,3%), éster difosfórico do dietilestilbestrol (12,7%), fostato de poliestradiol (5,9%), acetato de ciproterona (2,4%) e fosfato de estramustine (1,4%). Em vários casos foi usado mais do que um medicamento em combinação ou alternância. A orquidectomia foi feita em 17,3% dos casos (Quadro 11).

As formas de cirurgia realizadas, tendo vários casos sido submetidos a mais do que uma intervenção, foram: ressecção transuretral (48,1%), excisão incidental com nódulo hiperplástico (10,3%), cistoprostatectomia radical (0,5%), prostatectomia radical (0,5%) e derivação urinária (1,1%) (Quadro 12).

A hormonoterapia medicamentosa ou por orquidectomia, isolada ou não, foi feita em 90,3% dos casos e a terapêutica não hormonal, isolada ou não, em 57,3% (cirurgia 46,8%, radioterapia 9,7% e quimioterapia 0,8%) não tendo sido feita qualquer terapêutica, como já foi dito, em 1,6% dos casos (Quadro 13).

QUADRO 5 Manifestações extra-urogenitais.

Anorexia	- 24 (6.5%)	Edema dos membros inferiores	- 7 (1.9%)
Emagrecimento	- 18 (4.9%)	Edema dos genitais externos	- 3 (0.8%)
Astenia	- 13 (3.5%)	Metástase ganglionar cervical	- 1 (0.3%)
Anemia	- 6 (1.6%)	Hepatomegália	- 1 (0.3%)
Febre	- 4 (1.1%)		
Dores ósseas-Nevralgias	- 32 (8.6%)		
Paraplegia	- 2 (0.5%)		
Fractura da bacia	- 1 (0.3%)		
Paralisia do olho-motor externo com diplopia	- 1 (0.3%)		
Paralisia do facial	- 1 (0.3%)		

QUADRO 6 Diagnóstico presumível.

Clinica e/ou alteração laboratorial inespecífica	- 310 (83.8%)	} Toque rectal - 318 (85.9%)
Exame físico de rotina	- 3 (0.8%)	
Radiografia do esqueleto	- 3 (0.8%)	
Radiografia do torax	- 1 (0.3%)	
Fosfatases ácidas séricas elevadas	- 1 (0.3%)	
+ Carcinoma incidental	- 52 (14.1%)	
		370

QUADRO 7 Diagnóstico definitivo.

Toque rectal característico	Biopsia por punção	- 79 (21.4%)
	Aspirativa - 11 (3.0%)	
	Aguilha de Vim-Silverman-Franklin - 68 (18.4%)	
	Ressecção transuretral (Biopsia e Terapêutica)	- 72 (19.5%)
	Citologia exfoliativa	- 7 (1.9%)
	Urinária - 6 (1.6%) Fluído prostático - 1 (0.3%)	
	Fosfatases ácidas séricas elevadas	- 39 (10.6%)
	Prova biológica (Evolução sob hormonoterapia)	- 121 (32.4%)
		318
Incidental (RTU + "Prostatectomia")		52
		370

## DISCUSSÃO

As características sociais do país espelham-se nos dados apresentados. As formas de apresentação tardias, a terapêutica demasiado variável e demonstrando hesitação e falta de convicção, ou ainda, falta duma linha de conduta protocolar previamente decidida, são os factos mais relevantes a salientar dos dados apresentados.

A curva de distribuição de idades (Figura 1) nos nossos casos é, nas suas linhas gerais, concordante com o apontado noutras estatísticas.<sup>3, 8</sup>

O predomínio dos sintomas urinários e/ou genitais (76,2%) sobre os extra-urogenitais (2,4%), com 18,9% de formas mixtas (Quadro 3) é também coincidente com a experiência de outros urologistas.<sup>2</sup> Todavia, por vezes, há diferenças apreciáveis entre a nossa estatística e outras; na série apresentada por Corriere<sup>4</sup> os primeiros sintomas foram devidos a metástases à distância em 11,8%, o que contrasta com os nossos 2,4% de sintomas extra-urogenitais; dado haver 18,9% de formas mixtas, admitimos que as diferenças se devam ao carácter subjectivo dos sintomas e às prováveis diferenças na forma como foram colhidos.

O tipo e a percentagem relativa dos sintomas urinários e genitais, descontando da mesma forma possíveis falhas resultantes de se tratar de um estudo retrospectivo, é semelhante aos de outras séries de entre as quais se realça a de Barnes.<sup>2</sup>

QUADRO 8

Fosfatase ácida sérica elevada	- 58.3%
--------------------------------	---------

QUADRO 9 Terapêutica.

Terapêutica isolada	211 (57.0%)
Hormonoterapia	- 184 (49.7%)
Cirurgia	- 24 (6.5%)
Radioterapia	- 3 (0.8%)
Terapêutica combinada	153 (41.4%)
Nenhuma terapêutica	6 (1.6%)
	370

QUADRO 10 Terapêutica.

<b>Terapêutica isolada</b>	211 (57.0%)
Hormonoterapia	- 184 (49.7%)
Estrogêneos	- 144 (38.9%)
- único	- 64 (17.3%)
- vários	- 80 (21.6%)
Anti-androgêneos	- 2 (0.5%)
Orquidectomia	- 2 (0.5%)
Estrogêneos+Orquidectomia	- 36 (9.7%)
Cirurgia	- 24 (6.5%)
Radioterapia	- 3 (0.8%)
Quimioterapia	- 0 (0.0%)
<b>Terapêutica combinada</b>	153 (41.4%)
Hormonoterapia+Cirurgia	- 120 (32.4%)
Hormonoterapia+Cirurgia+ +Radioterapia	- 23 (6.2%)
Hormonoterapia+Radioterapia	- 4 (1.1%)
Hormonoterapia+Cirurgia+ +Radioterapia+Quimioterapia	- 3 (0.8%)
Cirurgia+Radioterapia	- 3 (0.8%)
<b>Nenhuma terapêutica</b>	6 (1.6%)
	370

QUADRO 11 Hormonoterapia \*.

Dietilestilbestrol	- 187 (50.5%)
Furoato de dietilestilbestrol	- 113 (30.5%)
Clorotrianiseno	- 90 (24.3%)
Éster difosfórico de dietilestilbestrol	- 47 (12.7%)
Fosfato de poliestradiol	- 22 (5.9%)
Acetato de ciproterona	- 9 (2.4%)
Fosfato de estramustine	- 5 (1.4%)
<i>*Vários casos com mais de um medicamento em combinação ou alternância</i>	
Orquidectomia	- 64 (17.3%)

As manifestações extra-urogenitais (Quadro 5) são variadas e resultantes umas da disseminação do tumor outras provavelmente apenas da sua presença e metabolismo, podendo ser classificadas como para-neoplásicas.

É particularmente importante analisar o Quadro 6 referente ao diagnóstico presumível do carcinoma da próstata na qual se verifica que há um predomínio, muito marcado, da clínica e/ou das alterações laboratoriais inespecíficas na origem da suspeita do carcinoma.

O diagnóstico definitivo (Quadro 7), após toque rectal característico, foi feito por exame citológico ou histológico apenas numa percentagem relativamente baixa. De facto, em 32,4% dos casos, o diagnóstico foi feito pelo toque rectal associado ao estudo da evolução da lesão prostática sob hormonoterapia (Prova biológica). Embora o toque rectal tenha uma precisão que oscila entre 50% a 75% no diagnóstico do carcinoma da próstata<sup>5, 10, 12</sup> pensamos que o número de casos em que não houve confirmação citológica ou histológica é demasiado alto; não excluimos mesmo a hipótese de alguns deles terem sido considerados erradamente como carcinoma. De facto, embora aceitemos que por vezes as circunstâncias justifiquem uma atitude semelhante à descrita, por exemplo em casos claramente invasivos localmente ou disseminados, nos quais a histologia não irá influir grandemente na atitude terapêutica, na grande maioria dos doentes dever-se-á realizar uma biopsia do tumor. Os números apresentados incluem muitos casos de há já bastantes anos; a percentagem actual da *Prova biológica* desceu, nos nossos casos, para um número muito reduzido.

É também curioso verificar que o carcinoma foi incidental em 14.1% dos casos, (Quadros 6 e 7), para 7,7% na experiência de Hradec e col,<sup>7</sup> o que deve poder explicar-se por o toque rectal e o diagnóstico clínico dos casos terem sido

QUADRO 12 Cirurgia \*.

Ressecção transuretral (em 13 casos como terapêutica única)	- 178 (48.1%)
Excisão com nódulo hiperplástico (em 11 casos como terapêutica única)	- 38 (10.3%)
Cistoprostatectomia radical	- 2 (0.5%)
Prostatectomia radical	- 2 (0.5%)
Derivação urinária	- 4 (1.1%)
Conduto ileal	- 2 (0.5%)
Ureterostomia cutânea	- 2 (0.5%)

\*Vários casos com mais de uma intervenção

QUADRO 13 Terapêutica.

Hormonoterapia medicamentosa ou por orquidectomia, isolada ou não	- 334 (90.3%)
Terapêutica não hormonal, isolada ou não	- 212 (57.3%)
Cirurgia	- 173 (46.8%)
Radioterapia	- 36 (9.7%)
Quimioterapia	- 3 (0.8%)
Nenhuma terapêutica	- 6 (1.6%)

feitos algumas vezes por urologistas pouco experimentados; desta forma foram enviados para a intervenção cirúrgica com o diagnóstico provisório de hiperplasia benigna da próstata, casos que observados por clínicos experimentados, teriam provavelmente sido rotulados de carcinoma da próstata e biopsados.

A fosfatase ácida sérica (Quadro 8) estava elevada em 58.3% dos casos, número muito alto se tivermos em conta os métodos laboratoriais, habitualmente não muito sensíveis, usados entre nós. As fosfatases ácidas, quando doseadas pelos métodos convencionais, como os usados entre nós, só se revelam aumentadas em casos tardios da evolução do carcinoma da próstata. Verifica-se que isso acontece em 70 a 90% dos doentes com metástases ósseas na experiência de outros autores.<sup>6, 11, 13, 14</sup> Assim podemos inferir que nos nossos casos a situação estava, com muita frequência, já bastante avançada quando os doentes se nos apresentaram.

Em relação à terapêutica instituída (Quadros 9, 10, 11, 12, 13) apenas interessa realçar alguns pontos dado que não se trata de avaliar os resultados das suas várias formas, mas sim apresentar, para ser analisado, aquilo que foi a atitude do nosso grupo, perante os casos de carcinoma da próstata que lhes foi dado tratar.

O predomínio da hormonoterapia, isolada ou não, e feita de forma muito variada (Quadros 10, 12, 13) é muito grande, o que reflecte a confiança que esta forma de terapêutica ainda inspira entre nós. Só em 1.6% dos casos houve a coragem de não fazer qualquer terapêutica (Quadros 4 e 5) sendo também de realçar que se fez radioterapia isolada apenas em 0,8% dos casos e cirurgia isolada em 6,5% (Quadros 9 e 10) e que esta teve intuito curativo apenas em 1% dos casos (Cistoprostatectomia radical - 0,5% + Prostatectomia radical - 0,5%) (Quadro 12). Nunca foi realizada quimioterapia isolada (Quadro 10).

Pensamos que se justifica plenamente uma reflexão sobre os dados apresentados.

A conclusão principal que se pode tirar, para além do que foi dito no texto precedente, é de que se torna urgente melhorar as condições em que o diagnóstico dos nossos casos é feito; devem ser urologistas diferenciados e não os internos a fazer o diagnóstico para que este seja mais preciso, mais completo. De facto, só um diagnóstico preciso da situação, significando aquele termo a confirmação citológica e/ou histológica e a definição correcta do estágio da doença, permitirá instituir uma terapêutica correcta que deve ser, na medida do possível, estandardizada por protocolos previamente estabelecidos com base na experiência do grupo e internacional.

## BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer Facts and Figures*; 1975.
2. BARNES, R. W.: Carcinoma of the prostate: a comparative study of modes of treatment. *J. Urol.* 1940; 44: 160.
3. BOUFFIUX, C. H.: Etiological and epidemiological considerations in prostatic cancer. *Scand. J. Urol. Nephrol. Supl.* 1980; 55: 9.
4. CORRIERE, J. N.; CORNOG, J. L. e MURPHY, J. J.: Prognosis in patients with carcinoma of the prostate. *Cancer.* 1970; 25: 911.
5. EMMETT, J. L.; BARBER, K. W. Jr. e JACKMAN, R. L.: Transrectal biopsy to detect prostatic carcinoma: A review and report of 203 cases. *J. Urol.* 1962; 87: 460.
6. HERBERT, F. K.: The estimation of prostatic phosphatase in serum and its use in the diagnosis of prostatic carcinoma. *Quart. J. Med.* 1942; 59: 221.
7. HRADEC, E.; JAROLIM, L. e MOTLIK, K.: Carcinoma of the prostate in specimens removed for benign hyperplasia. *Scand. J. Urol. Nephrol. Supl.* 1980; 55: 193.
8. HUTCHINSON, G. B.: Epidemiology of prostatic cancer. *Semin. Oncol.* 1976; 3: 151.
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: Estatísticas da Saúde. Mortalidade. *Vol. II*, p. 15; 1982.
10. KAUFMAN, J. J.; ROSENTHAL, M. e GOODWIN, W. E.: Methods of diagnosis of carcinoma of the prostate — a comparison of clinical impression, prostatic smear, needle biopsy, open perineal biopsy and transurethral biopsy. *J. Urol.* 1954; 72: 450.
11. KURZ, C. W. e VALK, W. L.: Limitations of prostatic acid phosphatase determination in carcinoma of prostate. *J. Urol.* 1960; 83: 74.
12. LILIEN, O. M.; SHAEFER, J. A.; KILEJIAN, V. e ANDALORO, V.: The case for perineal prostatectomy. *J. Urol.* 1968; 99: 79.
13. MURPHY, G. P.; REYNOSO, G.; KENNY, G. M. e GAETA, J.: Comparison of total and prostatic fraction serum acid phosphatase levels in patients with differentiated and undifferentiated prostatic carcinoma. *Cancer.* 1969; 23: 1309.
14. ROBINSON, J. N.; GUTMAN, E. B. e GUTMAN, A. B.: Clinical significance of increased serum «acid» phosphatase in patients with bone metastases secondary to prostatic carcinoma. *J. Urol.* 1939; 42: 602.

Pedido de separatas: A. Matos Ferreira  
Serviço de Urologia  
Hospital Curry Cabral  
Rua da Beneficência  
1000 Lisboa - Portugal