

Artigo de Opinião / Opinion Article

"RADIOLOGIA DA PRÓSTATA"

"PROSTATE IMAGING"

José Venâncio



Instituto Português de Oncologia de Lisboa,
Francisco Gentil, E.P.E.

O Cancro da Próstata (CP) é, depois dos tumores cutâneos o Cancro mais frequente no Mundo Ocidental e a 2ª causa de morte por doenças oncológicas no homem. A sua prevalência aumenta com a idade e é tão elevada, que poderia ser considerado um facto normal do envelhecimento. Aproximadamente 16% (1 em cada 6) dos homens terão CP durante a sua vida.

A próstata localiza-se entre a bexiga e o pénis, em frente do recto e tem a forma duma castanha. Inclui três zonas glandulares: a zona periférica é a mais externa e a localização mais frequente (70 a 75% dos Adenocarcinomas da próstata; a histologia mais comum -95% dos casos-); a zona central localiza-se no centro da próstata e é localização rara dos tumores da próstata; a zona de transição situa-se acima da zona central e é o local mais frequente da hiperplasia benigna, podendo aí haver tumores, embora de modo mais raro do que na zona periférica. Inclui igualmente duas zonas não glandulares: a zona anterior e a uretra prostática.

Embora a maior parte dos CP cresçam lentamente e não necessitem de tratamento, outros tipos são agressivos, clinicamente relevantes e disseminam-se com rapidez. O CP detectado precocemente tem mais hipóteses de ser curado. Por esse motivo tem de ser detectado num estadio inicial.

Durante as últimas décadas o diagnóstico do CP foi feito por biópsia ecoguiada, a sua indicação baseada num valor anormal do PSA (>4 ng/ml), num toque rectal suspeito e numa ecografia transrectal com nódulo hiporeflor na zona periférica. O uso generalizado do PSA no diagnóstico precoce aumentou o sobrediagnóstico de tumores indolentes, com o implícito risco de sobretratamento.

É necessário encontrarmos marcadores ou outras armas para a detecção precoce de CP clinicamente importantes, evitando biópsias desnecessárias. Como estes doentes têm mais frequentemente doença pouco avançada, não necessitam de tratamento a toda a próstata, sendo candidatos a terapêutica focal ou "vigilância activa". Para a viabilidade destas opções terapêuticas são necessários métodos de imagem com elevada acuidade e especificidade no diagnóstico, estadiamento e monitorização do tratamento. A Ressonância Magnética Multiparamétrica (RMmp) poderá ser esse biomarcador, dando maior viabilidade a essas opções.

O PSA encontrado no sangue apenas é produzido na próstata. É específico de órgão, embora não seja específico de cancro. Será pois sempre um bom marcador quando se tiver de tratar a próstata, por cirurgia, radioterapia ou outras opções. Mas como o PSA não é específico de cancro, necessitamos de um marcador que seja proporcional à quantidade de tecido tumoral na próstata, para que seja possível decidir quem necessita de ser tratado e quem não necessita.

A RMmp, pode desempenhar um papel muito importante na detecção e caracterização do CP, tendo ganho um grande protagonismo na investigação e prática clínica.

É consensual a importância da RMmp na panóplia diagnóstica, sendo actualmente e cada vez mais efectuada na fase pré-biópsia em doentes com suspeita clínica ou bioquímica de malignidade, designadamente em homens com PSA elevado ou com toque rectal suspeito nos centros que se dedicam ao estudo e tratamento de patologia prostática.

Se a RMmp se vai confirmando como uma arma poderosíssima, cada vez mais utilizada na detecção e localização do CP, é óbvia a necessidade de uniformização e padronização da técnica, da interpretação e do relatório final, bem como da necessidade de optimização dos resultados por radiologistas com experiência em Uro-Radiologia, e especificamente nas doenças da próstata.

A elevada qualidade das imagens está directamente dependente do aparelho de RM (1.5 ou 3.0 T) e nos protocolos utilizados. É grande a variabilidade e heterogeneidade de interpretação entre diferentes radiologistas, que pode ser reduzida com a experiência e o treino intensivo na interpretação de exames.

A abordagem multiparamétrica recomenda usar três técnicas diferentes de RM, integrando uma aquisição anatómica-T2 de alta resolução (T2WI) e pelo menos duas técnicas funcionais de RM- estudo de Difusão (DWI), Espectroscopia (MRSI) e estudo de perfusão dinâmico (DCE-MRI), que ao combinarem elementos morfológicos e funcionais, podem aumentar a acuidade e a sensibilidade na detecção e na caracterização do CP.

No entanto a complexidade e por vezes a contradição da informação dos diferentes parâmetros, podem resultar numa grande diversidade de possíveis interpretações dos achados de

RMmp, conduzindo a grande variedade de resultados entre diferentes observadores.

Para ultrapassar estes inconvenientes, a ESUR (European Society of Urogenital Radiology), desenvolveu e publicou nas suas "clinical guidelines", recomendações (mínimas e óptimas), sobre protocolos técnicos e proposta de relatório estruturado: "Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS)".

Cada modalidade é classificada de 1 a 5, e cada lesão tem uma pontuação, tentando prever as suas hipóteses de ser um cancro clinicamente relevante. É avaliada a extensão extra-capsular, a infiltração das vesículas seminais, esfíncter distal, parede rectal, feixes vâsculo-nervosos e colo vesical.

Após a caracterização da lesão e se suspeita, deverá ser efectuada a sua verificação histológica habitualmente sob controlo

ecográfico trans-rectal em fusão cognitiva com as imagens de RMmp.

Considera-se actualmente que embora o CP seja multifocal, apenas um dos focos é o responsável pela disseminação da doença.

Necessitamos pois de ter uma técnica de imagem que detecte esse foco de elevada agressividade, que deverá ser o único que necessita de ser tratado com técnicas modernas e dirigidas, não havendo necessidade de tratar toda a próstata com os resultados e efeitos iatrogénicos conhecidos.

Esperamos e desejamos que a RMmp possa ser essa técnica e num futuro muito próximo!