



Neoplasias em receptores de transplante renal - câncer de próstata.

Willian Nishiwaki Alves(IC); Leonardo F. Domingues(IC); Lucas Mira Gon; Marilda Mazzali (orientadora)*

Resumo

Tumores de próstata são graves complicações em receptores de transplante renal, porém com incidência superior a da população geral. Com o objetivo de avaliar a incidência de neoplasia de próstata e sua evolução em receptores de transplante renal, avaliamos retrospectivamente 15 pacientes com Ca próstata. Observamos incidência superior a da população geral, porém com estadiamento diagnóstico semelhante. Resposta a terapêutica foi adequada, com apenas 1 óbito associado a tumor metastático.

Palavras-chave:

Transplante renal, neoplasia de próstata, imunossupressão.

Introdução

Pacientes transplantados renais apresentam grande risco de desenvolver neoplasias *de novo*, inclusive de próstata. Esta última, por causa do aumento na sobrevivência dos receptores e aumento na idade dos transplantados, vem se tornando cada vez mais frequente, alcançando S.I.R. (risco comparado a população geral) de 2 a 5 vezes maior.

Enquanto para alguns tumores a associação com os imunossupressores é clara, para neoplasia de próstata esta associação é controversa. Alguns estudos sugerem maior agressividade do tumor em presença de inibidores de calcineurina, e a conversão para inibidores de mTOR parece ter efeito protetor.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a incidência de neoplasias de próstata em uma população de transplantados renais, o tempo para diagnóstico, a apresentação clínica, associação com imunossupressão e evolução de paciente e enxerto.

Resultados e Discussão

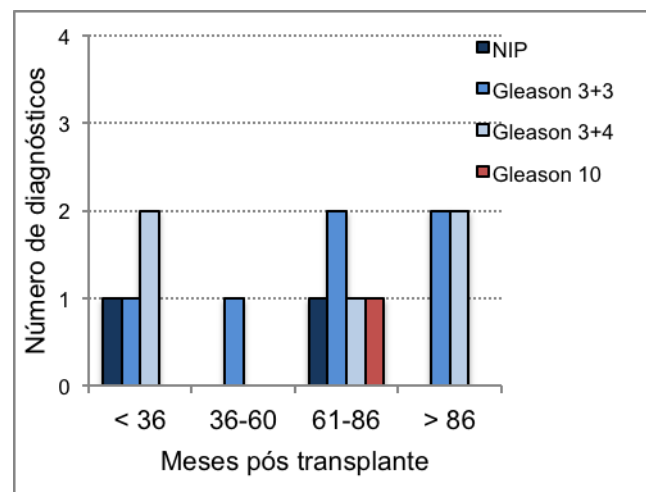
Análise retrospectiva de prontuários médicos e do banco de dados do programa de transplante renal do HC UNICAMP. Critérios de inclusão: homens; transplante renal isolado; acima dos 40 anos (idade de risco); diagnóstico de neoplasia de próstata confirmado por biópsia.

De um total de 942 homens, 15 apresentavam diagnóstico de neoplasia de próstata, confirmada por biópsia, correspondendo a **incidência de 1,59%**, maior que para a população geral da região, onde a incidência global estimada é de 60/100.000 homens. A idade média no diagnóstico foi de $60,0 \pm 8,0$ anos. A doença renal primária mais frequente foi Glomerulonefrite crônica (n=6), seguida de indeterminada (n=4). Outros diagnósticos foram doença renal policística, hipertensão arterial e diabetes.

O tempo médio de diagnóstico pós transplante foi de 96 meses, sendo a maioria dos tumores classificados como Gleason 3+3 ou 3+4. (figura 1).

Em relação à terapêutica, foram realizadas 6 prostatectomias (sendo duas associadas com radioterapia (RTX), 2 RTX isoladas, e uma orquiectomia bilateral. Além disso, em três casos a imunossupressão foi alterada para inibidor de mTOR (em um caso, esse método foi escolhido como terapêutica única).

Os níveis de PSA total no momento do diagnóstico foi de $6,83 \pm 2,98$ ng/dL. Apenas 2 pacientes apresentavam PSA total acima de 10 ng/dL. Com o tratamento, observamos redução significativa dos níveis de PSA total para $0,04 \pm 0,03$ ng/dL com prostatectomia total, e PSA total $0,29 \pm 0,49$ ng/dL com outras terapias (associação com iMTOR, RTX, ou orquiectomia).



Quando verificamos a imunossupressão de manutenção antes do diagnóstico de neoplasia de próstata, todos os pacientes utilizavam inibidor de calcineurina (6 ciclosporina, 10 tacrolimo). Vale ressaltar que o protocolo de imunossupressão do programa de transplante renal do HC UNICAMP é baseado em esquema tripla, contendo sempre um inibidor de calcineurina.

Óbito associado a neoplasia de próstata ocorreu em apenas 1 paciente, com diagnóstico de Ca próstata Gleason 10, submetido a prostatectomia radical, radioterapia e terapia hormonal, porém evoluindo com metástases ósseas e óbito por complicações.

Conclusões

A incidência encontrada nesse estudo foi maior do que a população geral, porém com classificação semelhante (maioria de Gleason 3+3 e 3+4), apesar de valores de PSA em sua maioria inferiores a 10 ng/dL. Este achado sugere que em pacientes imunossuprimidos o monitoramento dos níveis de PSA indicaria biópsia mais precoce e melhor prognóstico. Pela característica do protocolo de imunossupressão do programa, não pudemos observar diferença na incidência de neoplasia de próstata para diferentes esquemas de imunossupressão.

¹ François Kleinclauss, Marc Gigante, Prostate cancer in renal transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* (2008) 23 (7): 2374-2380.

² J.A. Carvalho*, P. Nunes Prostate Cancer in Renal Transplant Recipients: Diagnosis and Treatment