

Biópsia de Próstata

Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia

Elaboração Final: 15 de junho de 2006

Participantes: Rocha LCA, Silva EA, Costa RP, Hering FLO

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Disseminar as principais recomendações em biópsia de próstata (indicações, técnica e complicações).

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição de biópsia de próstata com agulha de Vim Silvermann digitalmente dirigida ao nódulo prostático foi realizada em 1937. Com o advento do ultra-som e seu emprego transretal em 1981, os nódulos não palpáveis passaram a ser visualizados e biopsiados com agulhas apropriadas. Entretanto, o estudo propondo a biópsia com seis punções na linha para-sagital, sistemática e aleatória, revolucionou a técnica de biópsia para o diagnóstico do câncer de próstata (CaP). Esta técnica ficou conhecida como biópsia sextante¹(B).

Entretanto, com o surgimento e o amplo emprego do antígeno prostático específico (PSA), os urologistas necessitavam repetir biópsias com frequência em pacientes nos quais persistiam com os níveis elevados de PSA após a primeira biópsia negativa. Outros autores relataram um ganho no diagnóstico de câncer entre 20% e 35%, quando um maior número de punções era empregado²(B).

Estudo subsequente demonstrou as vantagens das técnicas de biópsia de próstata com um maior número de fragmentos, geralmente entre 10 e 13 amostras, envolvendo sempre as faces látero-laterais³(B).

INDICAÇÕES PARA BIÓPSIA DE PRÓSTATA

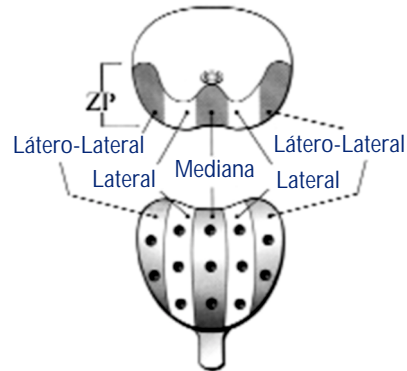
As indicações são: presença de nódulos prostáticos detectados no toque retal; níveis elevados de PSA (geralmente acima de 4,0 ng/mL)⁴(B) e, mais recentemente, indica-se também em pacientes mais jovens (com idade abaixo dos 55 anos) e que tenham PSA acima de 2,5 ng/mL⁴(B), e naqueles em que a densidade > 0,15 e a velocidade anual > 0,75 ng/ml⁵(B).

TÉCNICA DE BIÓPSIA DA PRÓSTATA

- Antibioticoprofilaxia: o antibacteriano habitualmente usado é a levofloxacina⁶(B) ou a ciprofloxacina⁷(A) oral na dosagem de 500 mg, uma hora antes do procedimento. Nos pacientes diabéticos, imunodeprimidos, em uso recente de corticóide, disfunção urinária grave, próstatas > 75 gramas, administra-se mais duas doses subseqüentes a cada 24 horas. Nos casos de portadores de valvulopatias cardíacas, é necessário utilizarmos esquemas específicos e rigorosos de profilaxia⁶(B);
- O preparo intestinal, que foi utilizado sistematicamente no passado, não é indispensável na atualidade⁸(B);
- A sedação: a biópsia é factível sem qualquer anestesia ou analgesia, entretanto, a utilização de sedação oferece conforto para o paciente e facilidade na execução pelo médico⁹(D);
- A posição do paciente: decúbito lateral esquerdo com as coxas fletidas;
- O toque retal: um novo exame digital da próstata deve preceder o exame ultrassonográfico;
- As punções: Um aparelho de ultra-som com transdutor “end fire” com agulha é utilizado para se obter, pelo menos, um total de 10 fragmentos representativos de toda a glândula, incluindo sistematicamente as faces látero-laterais (“cornos” direito e esquerdo).(FIG.)

Figura

Anatomia Protástica



A RE-BIÓPSIA

Aproximadamente 190.000 novos casos de CaP foram detectados em 2003, nos Estados Unidos da América (EUA), sendo que a maioria tinha PSA elevado (maior que 4 ng/ml) como principal dado suspeito. Esse índice de casos poderia ser maior se para a indicação da biópsia fossem levados em conta recentes artigos que mostram a alta incidência de CaP em pacientes com PSA entre 2 e 4 ng/ml (em torno de 35% em homens abaixo de 62 anos)⁴(B).

Embora a maioria dos tumores seja detectada na 1ª biópsia, 70% a 80% dos pacientes deixam dúvidas quando esta resulta negativa. Entre 15% a 30% dos CaP são diagnosticados na re-biópsia, quando seguidos os fatores preditivos para positividade relacionados abaixo¹⁰(B).

FATORES PREDITIVOS E INDICATIVOS PARA RE-BIÓPSIA

- PSA em elevação e com velocidade > 0,75 ng/ml/ano;
- Neoplasia intra-epitelial prostática (NIP) de alto grau na 1ª biópsia;
- Proliferação atípica de pequenos ácinos (ASAP) na primeira biópsia.

Recomenda-se, preferencialmente, realizar a nova biópsia após pelo menos seis semanas da inicial, e se houver indicação de 3ª ou 4ª re-biópsias, aguardar oito semanas¹¹(B). Não há maior índice de complicações quando seguidas tais recomendações. A indicação das 3ª e 4ª biópsias segue de acordo com a suspeita clínica da lista dos fatores preditivos, e a detecção de CaP é em torno de 5%, nas 3ª e 4ª biópsias¹¹(B).

COMPLICAÇÕES¹¹(B)

IMEDIATAS

- Sangramento retal: 2,1%;
- Hematúria: 62%;
- Episódios vaso-vagais: 2,8%.

TARDIAS

- Febre: 2,9%;
- Hematospermia: 9,8%;
- Disúria persistente: 7,2%;
- Infecção: 2,5%;
- Prostatite aguda: 1,8%;
- Uro-sepsis: 0,1%.

Não há consenso quanto ao exato número de fragmentos na re-biópsia, entretanto, mais

da metade dos diagnósticos foi feita nos novos fragmentos, além das sextantes¹²(C).

Obs: Colher fragmentos extras da região e adjacências, se houver NIP alto grau ou proliferação atípica.

A coleta de mais fragmentos (biópsia estendida ou de saturação), além de aumentar a chance de positividade, fornece melhores dados sobre a extensão extracapsular¹³(B).

RECOMENDAÇÕES

BIÓPSIA-INDICAÇÕES

- Toque retal prostático alterado;
- PSA > 4 ng/mL;
- PSA > 2,5 ng/mL em pacientes jovens (até 55 anos);
- Densidade de PSA > 0,15 ng/mL;
- Velocidade de PSA > 0,75 ng/mL/ano.

TÉCNICA

- Profilaxia antibacteriana;
- Punções dirigidas pela ultra-sonografia (acima de 10 fragmentos envolvendo as faces látero-laterais).

RE-BIÓPSIA - INDICAÇÕES

- PSA persistentemente elevado ou em elevação e com velocidade > 0,75 ng/mL/ano;
- Neoplasia intra-epitelial prostática (NIP) de alto grau;
- Proliferação atípica de pequenos ácinos (ASAP);
- Parar na terceira re-biópsia (quarta biópsia consecutiva), salvo situações especiais.

REFERÊNCIAS

1. Hodge KK, McNeal JE, Terris MK, Stamey TA. Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. *J Urol* 1989;142:71-5.
2. Eskew LA, Bare RL, McCullough DL. Systematic 5 region prostate biopsy is superior to sextant method for diagnosing carcinoma of the prostate. *J Urol* 1997;157:199-203.
3. Presti JC Jr, Chang JJ, Bhargava V, Shinohara K. The optimal systematic prostate biopsy scheme should include 8 rather than 6 biopsies: results of a prospective clinical trial. *J Urol* 2000;163:163-7.
4. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level $<$ or $=$ 4.0 ng per milliliter. *N Engl J Med* 2004; 350:2239-46.
5. Stewart CS, Leibovich BC, Weaver AL, Lieber MM. Prostate cancer diagnosis using a saturation needle biopsy technique after previous negative sextant biopsies. *J Urol* 2001;166:86-92.
6. Griffith BC, Morey AF, Ali-Khan MM, Canby-Hagino E, Foley JP, Rozanski TA. Single dose levofloxacin prophylaxis for prostate biopsy in patients at low risk. *J Urol* 2002;168:1021-3.
7. Kapoor DA, Klimberg IW, Malek GH, Wegenke JD, Cox CE, Patterson AL, et al. Single-dose oral ciprofloxacin versus placebo for prophylaxis during transrectal prostate biopsy. *Urology* 1998;52:552-8.
8. Carey JM, Korman HJ. Transrectal ultrasound guided biopsy of the prostate. Do enemas decrease clinically significant complications? *J Urol* 2001;166:82-5.
9. Djavan B, Waldert M, Zlotta A, Dobronski P, Seitz C, Remzi M, et al. Safety and morbidity of first and repeat transrectal ultrasound guided prostate needle biopsies: results of a prospective European prostate cancer detection study. *J Urol* 2001; 166:856-60.
10. Lopez-Corona E, Ohori M, Scardino PT, Reuter VE, Gonen M, Kattan MW. A nomogram for predicting a positive repeat prostate biopsy in patients with a previous negative biopsy session. *J Urol* 2003; 170:1184-8.
11. Djavan B, Ravery V, Zlotta A, Dobronski P, Dobrovits M, Fakhari M, et al. Prospective evaluation of prostate cancer detected on biopsies 1, 2, 3 and 4: when should we stop? *J Urol* 2001; 166:1679-83.
12. Applewhite JC, Matlaga BR, McCullough DL. Results of the 5 region prostate biopsy method: the repeat biopsy population. *J Urol* 2002;168:500-3.
13. Naya Y, Ochiai A, Troncoso P, Babaian RJ. A comparison of extended biopsy and sextant biopsy schemes for predicting the pathological stage of prostate cancer. *J Urol* 2004;171(6 Pt 1):2203-8.