

Embolização no tratamento da hiperplasia prostática benigna: onde estamos?

Prostate embolization in the treatment of benign prostatic hyperplasia: what's the point?

Thiago Franchi Nunes^{1,a}, Gustavo Pipoca Andrade^{2,b}

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é comum entre homens da terceira idade, com sintomas em cerca de 50% dos indivíduos acima de 60 anos^(1,2). As principais manifestações clínicas da HPB são habitualmente agrupadas como sintomas obstrutivos do trato urinário inferior, como diminuição do fluxo urinário, noctúria, urgência miccional, jato partido, hesitação, entre outros. A graduação dos sintomas é definida por um questionário internacionalmente aceito, o International Prostate Symptom Score.

A abordagem terapêutica depende do escore de sintomas, sendo os casos mais leves acompanhados clinicamente. Os casos moderados devem ser submetidos a tratamento medicamentoso único ou com associação de drogas⁽³⁾. Para os casos refratários ou quando o medicamento não pode ser continuado, as opções invasivas devem ser oferecidas, sendo a ressecção transuretral da próstata e a prostatectomia transvesical as opções atualmente consideradas padrão, a depender do volume prostático^(4,5). Nesse contexto, numerosas opções surgiram na última década e continuam surgindo anualmente na comunidade urológica, mostrando a necessidade de terapias menos agressivas. Atualmente, há no arsenal as terapias ablativas térmicas (calor ou frio) ou químicas (Botox ou álcool), a vaporização, o UroLift, os *lasers* (verde ou hólmio) e a embolização das artérias prostáticas (EAP). Essa busca por opções menos agressivas não é ao acaso, mas se deve a complicações e efeitos indesejados das técnicas consideradas padrão, como a ejaculação retrógrada, a disfunção sexual, a incontinência urinária, as complicações hemorrágicas e a estenose uretral^(6,7).

A EAP surgiu como uma opção minimamente invasiva, realizada pela radiologia intervencionista, para tratamentos

dos sintomas obstrutivos do trato urinário inferior secundários à HPB⁽⁸⁾. Consiste na injeção de micropartículas diretamente nas artérias prostáticas bilateralmente (ou unilateralmente, quando há dificuldade técnica) para promover obstrução arterial e isquemia do parênquima, levando à redução do volume prostático e melhora dos sintomas⁽⁹⁾. Mitchell et al. relataram pela primeira vez a embolização arterial da próstata para controle de hemorragia prostática grave⁽¹⁰⁾. Uma vez garantida a segurança da EAP na primeira metade da década passada, numerosos estudos mostraram a eficácia em curto e longo prazos, havendo mais de uma dezena de metanálises ou revisões sistemáticas publicadas nos últimos cinco anos, comprovando de forma uníssona a segurança e a eficácia⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

O artigo de Assis et al.⁽¹⁵⁾, publicado neste número da **Radiologia Brasileira**, confirma mais uma vez a segurança e eficácia da EAP em pacientes com próstatas muito volumosas (≥ 200 g). É um estudo retrospectivo de 18 pacientes, demonstrando sucesso técnico e clínico acima de 94%, mesmo em próstatas gigantes, em que há maior dificuldade de abordagem cirúrgica, sendo a prostatectomia transvesical o tratamento padronizado, apesar de sua considerável morbidade. Por outro lado, a EAP não é mais complexa ou o tamanho da próstata não dificulta o procedimento; pelo contrário, a hipertrofia compensatória da artéria tende a facilitar ainda mais a técnica. Assim, entendemos que a embolização deve ser considerada como opção para este público, seja como tratamento definitivo (pacientes sem condição cirúrgica) ou como *downstage* para procedimentos menos agressivos, padronizados para próstatas menores. Um ponto negativo do estudo foi que, embora tenham avaliados procedimentos realizados desde 2013, os autores relatam um seguimento de apenas três meses.

Em conclusão, a enorme quantidade de novos procedimentos que surgiram e surgem mostram a dificuldade e a insatisfação dos tratamentos considerados padrão ouro: ressecção transuretral da próstata e prostatectomia transvesical. A EAP já passou pelos testes de segurança, eficácia e custo-efetividade, com amplo conhecimento das suas vantagens e

1. Radiologista Intervencionista do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: thiagofranchinunes@gmail.com.

2. Radiologista Intervencionista da Angiorad, Recife, PE, Brasil. E-mail: guga.andrade@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>; b. <https://orcid.org/0000-0002-9119-1492>.

desvantagens. Nesta época de pandemia e ampla discussão de evidência científica, com política misturada à ciência, a PAE já possui todos os pré-requisitos para se tornar uma opção no arsenal. O que falta: política ou ciência?

REFERÊNCIAS

1. Oelke M, Bachmann A, Descalzeaud A, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol*. 2013;64:118–40.
2. Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet*. 1991;338:469–71.
3. Sarma AV, Wei JT. Clinical practice. Benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *N Engl J Med*. 2012;367:248–57.
4. Bachmann A, Muir GH, Wylter SF, et al. Surgical benign prostatic hyperplasia trials: the future is now! *Eur Urol*. 2013;63:677–9; discussion 679–80.
5. Joshi HN, De Jong IJ, Karmacharya RM, et al. Outcomes of transurethral resection of the prostate in benign prostatic hyperplasia comparing prostate size of more than 80 grams to prostate size less than 80 grams. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2014;12:163–7.
6. Pavone C, Abbadessa D, Scaduto G, et al. Sexual dysfunctions after transurethral resection of the prostate (TURP): evidence from a retrospective study on 264 patients. *Arch Ital Urol Androl*. 2015;87:8–13.
7. Pasha MT, Khan MA, Jamal Y, et al. Postoperative complications with glycine and sterile distilled water after transurethral resection of prostate. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2015;27:135–9.
8. Abt D, Hechelhammer L, Müllhaupt G, et al. Comparison of prostatic artery embolisation (PAE) versus transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia: randomised, open label, non-inferiority trial. *BMJ*. 2018;361:k2338.
9. Lin YT, Amouyal G, Correas JM, et al. Can prostatic arterial embolisation (PAE) reduce the volume of the peripheral zone? MRI evaluation of zonal anatomy and infarction after PAE. *Eur Radiol*. 2016;26:3466–73.
10. Mitchell ME, Waltman AC, Athanasoulis CA, et al. Control of massive prostatic bleeding with angiographic techniques. *J Urol*. 1976;115:692–5.
11. Ray AF, Powell J, Speakman MJ, et al. Efficacy and safety of prostate artery embolization for benign prostatic hyperplasia: an observational study and propensity-matched comparison with transurethral resection of the prostate (the UK-ROPE study). *BJU Int*. 2018;122:270–82.
12. Uflacker A, Haskal ZJ, Bilhim T, et al. Meta-analysis of prostatic artery embolization for benign prostatic hyperplasia. *J Vasc Interv Radiol*. 2016;27:1686–97.
13. Malling B, Røder MA, Brasso K, et al. Prostate artery embolisation for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2019;29:287–98.
14. Knight GM, Talwar A, Salem R, et al. Systematic review and meta-analysis comparing prostatic artery embolization to gold-standard transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2021;44:183–93.
15. Assis AM, Moreira AM, Carnevale FC, et al. Prostatic artery embolization for giant prostatic hyperplasia: a single-center experience. *Radiol Bras*. 2021;54:219–24.

