



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

БИОПСИЈА НА ПРОСТАТА

ЈЗУ ЗАВОД ЗА НЕФРОЛОГИЈА-СТРУГА

СПЛОШНА БОЛНИЦА- НОВО МЕСТО (Септември – Октомври, 2015)

ДР. ГОЈАРТ ПОЛИСИ -УРОЛОГ

Датум на презентација: 30-10-2015



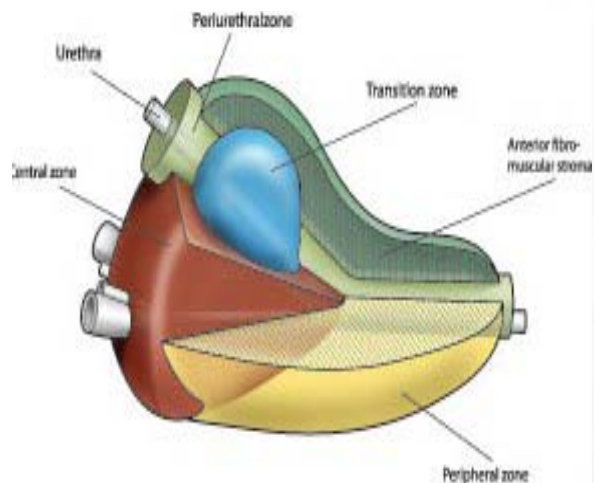
www.mzh.gov.mk



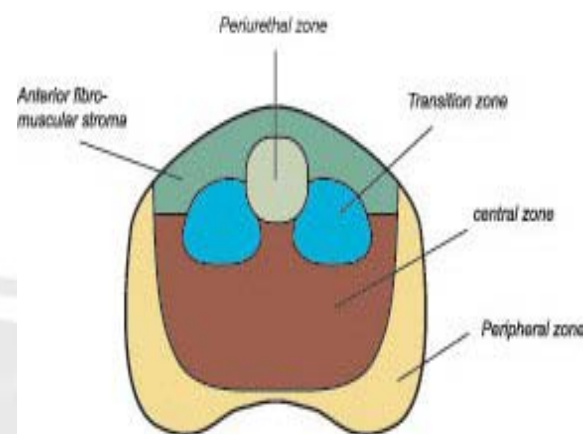
Простата е една тубоалвеоларна егзокрина жлезда на мажите кај повеќето цицачи.

Функцијата на простата е секреција на лесно алкална течност бела по боја, која претставува околу 30% од волуменот на семејната течност покрај сперматозоидите и течноста на семиналните везикули.

Анатомија- *Нормална простатна жлезда е со големина од 20 гр, 3 цм должина, 4 цм Ширина и 2 цм дебелина.*



Лонгитудинален преглед



Трансверзален преглед





БИОПСИЈА

Покрај постоењето на повеќе методи, трансректална ултрасонографија (ТРУС) е златен стандард за раководење на биопсијата на простата.

ИНДИКАЦИЈА ЗА БИОПСИЈА

1. Пациенти со **ПСА** (антиген специфичен на простата) над 4.0 нг/мл се абсолютна индикација за биопсија на простата.
2. Пациенти кога при дигиторектален преглед на простата се наоѓа некоја сомнителна промена.





КОНТРАИНДИКАЦИЈА ЗА БИОПСИЈА.

- коагулопатија
- тешка имуносупресија
- акутен простатит
- состојба на болна аноректална регија
- оперативно отстранување на ректум
- присуство на ректална фистула.



ПРИПРЕМА НА ПАЦИЕНТ ЗА БИОПСИЈА.-



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

- Прекин на секаква антикоагулантна терапија и други лекови кои придонесуваат до продолжување на време на крварење минимум 7-10 дена пред биопсија на простата.

- Антибиотска профилакса - Постојат неколку шеми на антибиотска профилакса.

Давањето на флуорохинолон пер ос 30 до 60 мин пред биопсијата и 2 до 3 дена потоа е докажана како најдобра метода на профилакса од инфекција. Сепак кај 0.1% до 0.5% од пациентите настанува бактеремија /сепса.

- Клизма за прочистување- рутински се препорачуваат средства за прочистување во домашни услови со цел ректумот да е празен и за да се намали бројот на бактерии во ректум.





• Аналгезија- инфилтрација на анестетик околу нервниот пакет со локален анестетик овозможува одлична контрола на болката. Локален простатичен блок се постигнува со 2% лидокаин, со долга игла (7-inch, 22-gauge), преку ТРУС раководење и покрај каналот за биопсија на трансдусерот. Постојат многу варијации на инфилтрација на локален анестетик за трансректална биопсија.

Инјектирањето на 5 мл лидокаин на ниво семиналните везикули близу базата на мочниот меур, двострано во мастното ткиво која ги издвојува везикулите и простатата.

Друга метода е инфилтрација на 10 мл лидокаин започнувајќи од базата латерално кон апекс.



Директна инфилтрација во самата простата може да потенцира анестетскиот ефект. Во сите овие методи мора да се внимава да не се убризгува лидокаин директно интраваскуларно, поради опасност од системска апсорпција на анестетикот.

Локална анестезија за трансперинеална биопсија треба да вклучи инфилтрација на кожа и подкожа на перинеум.

Аналгезијата по биопсијата треба да исклучи аспирин и други нестероидни антиинфламаторни аналгетици поради зголемување опасноста од крварење.

ПОЗИЦИЈА НА ПАЦИЕНТОТ.- Пациентите лежат на лева страна со виткани колена и бедра на 90 степени, со една перница меѓу двете колена за подобра позиција. Ако е потребно може да се користи десна латерална позиција.

ТЕХНИКИ ЗА ТРАНСРЕКТАЛНА БИОПСИЈА НА ПРОСТАТА.

Најпрво се одредува волуменот и изгледот на простата во две проекции сагитална и трансверзална. Повеќето модерни апарати за ултразвук на автоматски начин прават визуелизација на простата и ТРУС степен на сивост, така се забележуваат постоењето, локацијата и карактеристиките на секоја промена, на пример: хипоехоична, хиперехоична, калцификација, промени на контурите, цистични промени и др.



Најчесто се користи уред за биопсија или пипетол со монтирана игла во уредот којшто поминува преку кошулицата за игла прилепена за сондата за ултразвук. Повеќето ултразвучни сонди овозможуваат најдобар поглед на иглата за биопсија во сагитален план. Пипетолот за биопсија ја придвижува иглата напред 0.5 цм при што се земаат примероци со должина 1.5 цм на простатично ткиво.

При земањето на примероци, врвот на иглата се поставува 0.5 цм постериорно према простатичната капсула, бидејќи поставувањето на иглата на самата капсула може да резултира до земањето на ткиво од антериорната страна, пропуштајќи постериорната страна - најчестата локација на карцином на простата.





- Избегнувајќи непотребни преместувања на врвот на сондата кога е во контакт со лигавицата на ректумот и мал притисок према ректум пред самата биопсија може да помогне за избегнување на позначајно ректално крварење. Притискајќи го врвот на сондата према ректум истотака придонесува до минимизирање на дискомфортот на пробивање на иглата преку ректалната мукоза.



Материјалот од биопсијата вообичаено се става во 10% формалин или според друг локален протокол.

Не постои унифициран протокол за пренесување на примероците, дали сите примероци да се во еден контејнер или секој примерок во одделен контејнер. Некои патолози тврдат дека секоја страна треба да се идентификува посебно бидејќи одредени локации имитират изглед на карцином на простата како на пример жлездите на Cowper на апекс и семиналните везикули во базата.





СЕКСТАНТ БИОПСИЈА.-

Оригиналната Шема за секстант биопсија подразбира 6 убоди вкупно, по еден убод за биопсија двострано во базата, средина и апекс.

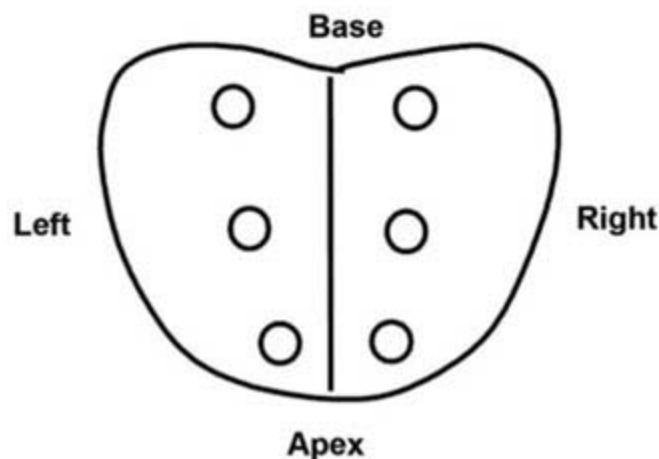


Figure 1 – Sextant biopsy.



Секстант биопсија значително ја подобри детекцијата на рак на простата за биопсија раководена од палпација со прст на палпабилни чворови и биопсија раководена од ултразвук на хипоехоични промени.

Земени се примероци во парасагитален план, но бидејќи многу студии за радикална простатектомија тврдат дека повеќето аденокарциноми настануваат постеролатерално, ова објаснува некои фалс негативни резултати при стандардната секстант биопсија.



ПРОШИРЕНА БИОПСИЈА НА ПРОСТАТА.

Модификациите на стандардната секстант биопсија се фокусирани на значењето на латерално насочените биопсии. Проспективна студија (на Прести и колеги) покажа дека додатните примероци го зголемуваат степенот на детекција на рак на простата од 80% со стандардната секстант биопсија на 96% кај проширената биопсија со 10 убоди.

Затоа стандардната секстант биопсија денес се смета за неадекватна рутинска биопсија за детекција на рак на простата.

Биопсија на семиналните везикули не е рутинска практика освен ако не се палпира некоја аномалија. Некои автори препорачуваат биопсија на семиналните везикули ако ПСА е по високо од 30 или ако се планира брахитерапија.

ПОВТОРУВАНА И САТУРАЦИОНА БИОПСИЈА.



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВСТВО
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Постои дилема кај докторите за пациенти кои имале една негативна биопсија на простата но продолжуваат да имат високи вредности на ПСА или абнормален дигиторектален преглед. Често вакви пациенти преминуваат низ неколку биопсии и покрај добро докажано негативен одговор на повторуваните биопсии (Дјаван -САД).

Слични се и податоците на европската студија. Од 1051 мажи со ПСА меѓу 4.0 и 10.0 нг/мл степенот на детекција на рак со секстант биопсија е 22%. Позитивни примероци потоа се најдени кај само 10%, 5% и 4 % од наредните биопсии 2, 3 и 4 соодветно.

Рак откриен на 3 и 4 биопсија имат понизок степен, стадиум и волумен на ракот во споредба со рак откриен во 1 и 2 биопсија. Морбидноста на 1 и 2 биопсија е слична доколку на 3 и 4 биопсија се забележуваат повисок степен на компликации.



ЗАКЛУЧОК: Втората биопсија на простата е оправдана во сите случаи на негативна прва биопсија. Третата и четвртата биопсија треба да се направи само кај селектирани и високоризични пациенти.





ТЕНКОИГЛЕНА АСПИРАЦИОНА БИОПСИЈА

Трансректалната тенкоиглена биопсија сеуште се користи за палпабилни промени бидејќи е по ефтина, брза и лесна метода за изведување, истотака има понизок степен на морбидитет.

Контраверзии постојат по однос на релевантноста на степенување на ракот.





ТРАНСПЕРИНЕАЛНА БИОПСИЈА НА ПРОСТАТА

Трансперинеална биопсија овозможува пристап кај пациенти без ректум (на пр. Хируршки отстранувано, вродена аномалија).

ТРАНСУРЕТРАЛНА БИОПСИЈА НА ПРОСТАТА

Трансуретрална ресекциона биопсија се воведе за дијагноза на транзиционата зона на простата и кога ТРУС примероците се негативни.

Со усовршувањето на ТРУС и воведувањето на локалната анестезија, трансуретралната биопсија е доведено во прашање кај повеќето пациенти.



РИЗИЦИ И КОМПЛИКАЦИИ НА БИОПСИЈА НА ПРОСТАТА

Најчестите компликации се инфекции на уринарниот тракт и фебрилна состојба, кои може да се третират со орални или интравенозни антибиотици. Ретки се случаите кога се реферираат септицемија со фатален крај.

Пред воведувањето на антибиотската профилакса бактериурија е пронајдено кај 32% до 36% од пациентите и бактеремија/фебрилност кај 48% до 69% од пациентите кои направиле ТРУС биопсија.

Последниве студии покажуваат дека само 2% од пациентите имаат компликации како инфекции на уринарен тракт, бактеремија или акутен простатит и е потребно хоспитализација за интравенозни антибиотици.



КРВАРЕЊЕ

Дури со нормални коагулациони параметри, крварењето е најчеста компликација видена после биопсија на простата. Две големи Европски студии забележале хематурија кај 23% до 63% од мажите после биопсија, со ретенција поради коагулуми кај 0,7%. Ректално крварење е често и може да се види кај 2.1% до 21,7% од пациентите. Хематоспермиа често се гледа по биопсија 9.8% до 50.4%, е без клиничко значење но може да го вознемири пациентот ако не се дискутира за време на биопсијата.





ДРУГИ КОМПЛИКАЦИИ

Анксиозност и дискомфорт поради ендоректалната сонда може да е причина за средна или тешка форма на вазовагален одговор кај 1,4 до 5,3 % од пациентите и може да биде причина за прекин на процедурата. Пациентот се поставува во Тренделенбург позиција и аплицирање на интравенска хидратација, вообичаено се смируват симптомите.

Акутна уринарна ретенција наложува временна катетеризација кај 0.2% до 0.4% од пациентите по ТРУС биопсија. Мажи со голема простатна жлезда се по склони кон акутна уринарна ретенција.

