

# Υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη διορθική βιοψία προστάτη

## Πρακτικά θέματα

Α. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ

Αν. Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής ΓΝ Άργους

### Ενδείξεις

Ο καρκίνος του προστάτη πρέπει να αναζητείται σε κάθε περίπτωση αύξησης του PSA ή θετικής δακτυλικής εξέτασης, παρόλο που μπορεί να βρεθεί και σε άνδρες με αρνητική δακτυλική εξέταση και PSA κάτω του 2,5 ng/ml. Η συχνότητα ανεύρεσης θετικών βιοψιών προστάτη σχετίζεται με την τιμή του PSA και κυμαίνεται από 27% (όταν το PSA είναι μεταξύ 4,0 και 9,9) έως 60% (όταν το PSA είναι πάνω από 10)<sup>2</sup>. Τελευταία συζητείται το θέμα της μείωσης του κατώτερου φυσιολογικού ορίου του PSA από 4,0 ng/ml σε 2,5 ng/ml. Όπως προκύπτει από διάφορες μελέτες, το όριο αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στους νεότερους άνδρες<sup>3</sup>.

### Προετοιμασία

Ο χαμηλός υποκλισημός πριν τη βιοψία συνιστάται από τους περισσότερους ουρολόγους με σκοπό τη μείωση των επιπλοκών και την επίτευξη καλύτερων υπερηχογραφικών εικόνων. Οι Carey και συν. πάντως, σε σχετική μελέτη, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο υποκλισημός δε συνεισφέρει σε σημαντική μείωση της συχνότητας των σοβαρών επιπλοκών<sup>4</sup>. Η χορήγηση, επίσης, χημειοπροφύλαξης είναι απαραίτητη, παρόλο που ακόμα είναι υπό συζήτηση ποιο σχήμα είναι το καταλληλότερο. Το σχήμα που προτιμάται από τους περισσότερους είναι η από του στόματος χορήγηση 3 δόσεων φθοριοκινολόνης, ξεκινώντας τη χορήγηση από το προηγούμενο βράδυ, καθώς υπάρχουν διάφορες μελέτες, όπως των Sabbagh και συν., οι οποίοι δε βρήκαν στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συχνότητα των λοιμώξεων όταν χορηγείται κινολόνη για μια ή τρεις ημέρες<sup>5</sup>.

### Αναισθησία

Ένα από τα πλεονεκτήματα της υπερηχογραφικά κατευθυνόμενης διορθικής βιοψίας είναι ότι έχει μικρή νοσηρότητα και είναι καλά ανεκτή χωρίς αναισθησία. Αυξανόμενου, όμως, του αριθμού των βιοψιών, αυξάνει και η δυσανεξία του ασθενούς. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι τρόποι αναισθησίας σήμερα είναι ο περιπροστατικός νευρικός αποκλεισμός με ένεση λιδοκαΐνης 1% και η ενδοορθική χορήγηση γέλης ξυλοκα-

ϊνης 2%. Οι Alavi και συν., μελετώντας τους δυο παραπάνω τρόπους αναισθησίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επέμβαση είναι καλύτερα ανεκτή μετά από περιπροστατική ένεση λιδοκαΐνης 1%. Κάθε ένας από τους 150 ασθενείς που μελετήθηκαν κλήθηκε να βαθμολογήσει τον πόνο χρησιμοποιώντας αναλογική κλίμακα από το 0 έως το 10. Στην ομάδα της ενέσιμης λιδοκαΐνης, το 85,3% των ασθενών βαθμολόγησαν τον πόνο κάτω από 5, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα της γέλης ξυλοκαϊνης ήταν 61,3%<sup>6</sup>.

### Αριθμός βιοψιών - Τεχνικές

Διάφορα σχήματα εκτεταμένων βιοψιών αναφέρονται στη βιβλιογραφία, αλλά ακόμα και σήμερα δεν είναι ξεκάθαρο ποιος είναι ο πιο κατάλληλος αριθμός δειγμάτων που θα εξασφαλίζει τη διάγνωση χωρίς να αυξάνεται ο κίνδυνος ανίχνευσης κλινικά μη σημαντικών καρκίνων. Το εξαπλό σχήμα βιοψιών που προτάθηκε από τον Hodge<sup>1</sup> το 1989 αποτέλεσε για χρόνια το πρότυπο σχήμα μέχρι που αποδείχθηκε ότι με αυτό περίπου το 15-20% των καρκίνων δεν μπορούσε να διαγνωστεί<sup>7</sup>. Ως εκ τούτου, σήμερα έχει υιοθετηθεί η λήψη περισσότερων από έξι δειγμάτων. Οι Beurton και συν., χρησιμοποιώντας σχήμα λήψης 12 δειγμάτων, ανέφεραν αύξηση του ποσοστού ανίχνευσης καρκίνου, σε σχέση με το εξαπλό σχήμα, κατά 14%<sup>8</sup>. Σήμερα, η λήψη 10 ή 12 δειγμάτων από την περιφερική ζώνη και τα πλάγια όρια του προστάτη αποτελεί κοινή πρακτική.

### Επαναληπτικές βιοψίες

Οι ουρολόγοι συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με υψηλό βαθμό υποψίας καρκίνου προστάτη, αλλά με αρνητική την πρώτη βιοψία. Σε αυτήν την περίπτωση καλούνται να διερευνήσουν τις παραμέτρους που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου και να αποφασίσουν ποιο είναι το καταλληλότερο σχήμα λήψης των δειγμάτων. Οι παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι: η ηλικία, η θετική δακτυλική εξέταση, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, το ολικό PSA, η PSA velocity, η παρουσία υψηλού βαθμού προστατικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (HGPIV) και άτυπης

υπερπλασίας μικρών αδενίων (ASAP) στην προηγούμενη βιοψία. Οι Eggener και συν., μελετώντας 1.202 ασθενείς με PSA από 2 έως 4 ng/dl και αρνητική βιοψία προστάτη, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε αυτήν την κατηγορία ασθενών πρέπει να συστήνεται επαναληπτική βιοψία στην περίπτωση HGPIV, αρχικού PSA πάνω από 3,6, θετικής δακτυλικής εξέτασης, οικογενειακού ιστορικού ύπαρξης καρκίνου και τιμής PSA velocity εκτός φυσιολογικών ορίων<sup>9</sup>. Οι Scattoni και συν., μελετώντας 127 ασθενείς με αρνητική την πρώτη βιοψία προστάτη, βρήκαν ότι το ποσοστό ανεύρεσης καρκίνου στην επαναληπτική βιοψία ήταν 58% για τους ασθενείς στους οποίους στην αρχική βιοψία είχε βρεθεί συνδυασμός HGPIV και ASAP. Το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο 35% που βρέθηκε για τους ασθενείς, στους οποίους στην πρώτη βιοψία είχε βρεθεί μόνο ASAP<sup>10</sup>. Σήμερα όλο και περισσότεροι ουρολόγοι επιλέγουν τη λήψη 20 ή και περισσότερων δειγμάτων (saturation technique) στην επαναληπτική βιοψία σε μια προσπάθεια να αποφευχθούν επιπρόσθετες βιοψίες. Οι Jones και συν. εκτελώντας αυτήν την τεχνική σε 116 ασθενείς με τουλάχιστον μία αρνητική προηγούμενη βιοψία, ανακάλυψαν καρκίνο σε 34 ασθενείς, ήτοι ποσοστό 29%<sup>11</sup>.

### Επιπλοκές

Η υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη βιοψία είναι γενικά καλά ανεκτή και με μικρή νοσηρότητα. Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι μικρής βαρύτητας, ενώ οι μεγάλης βαρύτητας είναι σπάνιες. Οι Rietbergen και συν., μελετώντας τους φακέλους 1.687 ασθενών, βρήκαν ότι οι πιο συχνές μικρής βαρύτητας επιπλοκές ήταν αιμοσπερμία και αιματουρία σε ποσοστό 45,3% και 23,6% αντίστοιχα<sup>12</sup>. Επίσχεση ούρων συμβαίνει στο 1-2% των περιπτώσεων, ενώ πυρετός, συνήθως χαμηλός, στο 3,5%. Νοσηλεία απαιτείται στο 0,5% λόγω κυρίως προστατίτιδας ή σήψης, η οποία και αποτελεί πολύ σοβαρή επιπλοκή. Σημαντική αιμορραγία από το ορθό μπορεί να απαιτηθεί με εφαρμογή πίεσης. Περιστασιακά, ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου από την ανησυχία και τη δυσανεξία κατά τη

βιοψία μπορεί να οδηγήσει σε υπόταση και βραδυκαρδία<sup>13</sup>.

### Συμπεράσματα

Η ευρεία χρήση του PSA έχει οδηγήσει σε αύξηση του αριθμού των βιοψιών και επακόλουθη αύξηση του ποσοστού των διαγνωσθέντων καρκίνων, ειδικά σε χαμηλότερο στάδιο. Η χρήση του διορθικού υπερήχου, η εξέλιξη της τεχνικής των βιοψιών, η λήψη περισσότερων δειγμάτων και η αναλγησία με περιπροστατική διήθηση των νεύρων έχουν συνεισφέρει αφενός στην ευκολότερη εκτέλεση και καλύτερη ανεκτικότητα της μεθόδου και αφετέρου στην αυξημένη διαγνωστική της ακρίβεια.

### Βιβλιογραφία

- Hodge K, McNeal J et al. Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. J Urol 1989; 142:71-75.
- Catalona WJ, Smith DS et al. Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate specific antigen-based screening. JAMA 1993; 270:948-954.
- Lowe F, Cavallo C et al. Epidemiological evidence suggesting a PSA cut-off point of 2,5 ng/ml for initiating a prostate biopsy: A review of 36.316 patients with biopsy and PSA data. J Urol 2003; 169(Suppl):341.
- Carey J, Korman H. Transrectal ultrasound guided biopsy of the prostate. Do enemas decrease clinically significant complications? J Urol 2001; 166:82-5.
- Sabbagh R, McCormack M et al. A prospective randomized trial of 1-day versus 3-day antibiotic prophylaxis for transrectal ultrasound guided prostate biopsy. Can J Urol 2004; 11:2216-9.
- Alavi A, Soloway M et al. Local anesthesia for ultrasound guided prostate biopsy: A prospective randomized controlled trial. J Urol 2003; 170:1883.
- Norberg M, Egevand L et al. The sextant protocol for ultrasound-guided core biopsies of prostate underestimates the presence of cancer. Urology 1997; 50:562-566.
- Beurton D, Izadifar V et al. 12 systematic prostate biopsies are superior to sextant biopsies for diagnosing carcinoma: A prospective randomized study. Eur Urol 2000; 37:296-299.
- Eggener S, Roehl K, Catalona W. Predictors of subsequent prostate cancer in men with a prostate specific antigen of 2,6 to 4,0 dl/ml and an initially negative biopsy. J Urol 2005; 174:500-4.
- Scattoni V, Roscigno M et al. Predictors of prostate cancer after initial diagnosis of atypical small acinar proliferation at 10 to 12 core biopsies. Urology 2005; 66:1043-7.
- Jones J, Patel A et al. Saturation technique does not improve cancer detection as an initial prostate biopsy strategy. J Urol 2006; 175:485-488.
- Rietbergen J, Kruger A et al. Complications of transrectal ultrasound-guided systematic sextant biopsies of the prostate: evaluation of complication rates and risk factors within a population-based screening program. Urology 1997; 49:875-80.
- Rodriguez L, Terris M. Risks and complications of transrectal ultrasound-guided prostate needle biopsy: A prospective study and review of the literature. J Urol 1998; 160:2115-20. **IU**