

obtížné pro výraznou heterogenitu jednotlivých studií. Na základě výše uvedených nálezů by dle doporučení EAU měla být u pacientů indikovaných k reBx provedena mpMRI naváděná Bx, preferovaná technika ale není stanovena (2).

U primoBx tedy zatím nebyl přínos fúzní Bx prostaty při záchytu klinicky signifikantního PCa potvrzen. Recentně publikované práce však nabízejí nový náhled na využití mpMRI při první Bx prostaty. Ve studii PROMIS (23) byla mpMRI hodnocena z hlediska schopnosti indikace pacientů k první Bx respektive jejímu odložení. Pacienti (celkem 576) podstoupili nejprve mpMRI, následně systematickou TRUS Bx (10–12 vzorků) a transperineální mapovací Bx (TPM-Bx, vzorky s odstupem 5 mm pokrývající celou prostatu) zajišťující histologickou kontrolu. Senzitivita mpMRI vzhledem k záchytu klinicky signifikantního PCa byla 93 % s negativní prediktivní hodnotou 89 %. Systematická TRUS Bx měla senzitivitu 48 % a negativní prediktivní hodnotu 74 %. Negativní mpMRI mělo 158 (27 %) pacientů, při TPM-Bx byl u této skupiny klinicky signifikantní PCa zachycen v 17 případech (10,8 %), ve všech případech se jednalo o PCa s Gleasonovým skóre 7 (3+4) a nižším. Soubor pacientů byl následně hodnocen za hypotetické situace, při které by byla Bx prostaty provedena pouze v případě podezřelého nálezu na mpMRI (PIRADS ≥ 3). Pomocí této mpMRI triáže by se Bx

vyhnulo 27 % pacientů, nebylo by však diagnostikováno cca 11 % PCa. Tyto diagnostice uniklé PCa by však byly klinicky nesignifikantní či na hranici klinické signifikance.

ZÁVĚR

Hlavními nedostatky standardní metodiky punkční Bx prostaty jsou nízká frekvence záchytu PCa a častý záchyt klinicky nesignifikantního onemocnění. Použití mpMRI k navádění Bx prostaty zvyšuje záchyt klinicky signifikantního PCa, zejména u pacientů po předchozí negativní Bx. Mezi jednotlivými metodami použití mpMRI v Bx prostaty není při záchytu signifikantního PCa rozdíl, každá z těchto metod však má svá specifika.

Použití mpMRI při odběru cílených vzorků u pacientů po předchozí negativní Bx prostaty je nyní doporučeno EAU jako standardní postup v diagnostice PCa. Pro riziko přítomnosti klinicky signifikantního onemocnění, které není patrné na mpMRI, zatím není provádění pouze cíleného odběru s vynecháním systematické Bx hodnoceno jako bezpečné.

Pro výraznou heterogenitu dostupných studií trvá potřeba velkých multicentrických studií, na základě kterých může být role mpMRI prostaty a při indikaci a cílení Bx prostaty dále upřesněna.

LITERATURA

1. Shariat SF, Roehrborn CG. Using biopsy to detect prostate cancer. *Rev Urol* 2008; 10(4): 262–280.
2. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. *Eur Urol* 2017; 71(4): 618–629.
3. van de Ven WJM, Sedelaar JPM, van der Leest MMG, et al. Visibility of prostate cancer on transrectal ultrasound during fusion with multiparametric magnetic resonance imaging for biopsy. *Clin Imaging* 2016; 40(4): 745–750.
4. Sedelaar JP, Vijverberg PL, De Reijke TM, et al. Transrectal ultrasound in the diagnosis of prostate cancer: state of the art and perspectives. *Eur Urol* 2001; 40(3): 275–284.
5. Smeenge M, Barentsz J, Cosgrove D, et al. Role of transrectal ultrasonography (TRUS) in focal therapy of prostate cancer: report from a consensus panel. *BJU Int* 2012; 110(7): 942–948.
6. Čapoun O, Sobotka R, Macek P, Hanuš T. Prediktivní parametry záchytu karcinomu prostaty v saturační biopsii prostaty. *Ces Urol* 2012; 16(3): 163–170.
7. Morgan E, Drummond FJ, Coyle C, Sharp L, Gavin A. Original article: physical after effects in men undergoing prostate biopsy in routine clinical practice: results from the PiCTure study. *Urologic Oncology*: