

ústí močové trubice, nejužší místo mezi prostatou a kostí stydkou, proximální úhel mezi chámovodem a prostatou a apex prostaty. To vše ve střední sagitální rovině. Transrektální biopsii prováděl urolog. Počet odebraných vzorků byl 2–3 vzorky na ložisko PI-RADS grade 3, 4–5 vzorků na ložisko PI-RADS grade 4 a 5. Následovala systematická 12vzorková biopsie z obou laloků v biplane transrektálním UZ zobrazení. Délka odebraného vzorku 22 mm.

PŘÍPRAVA PŘED BIOPSIÍ PROSTATY A SLEDOVÁNÍ + LÉČBA PO BIOPSII PROSTATY

Deset dnů před výkonem odběr KO, APTT, INR a odeslána moč na kultivaci. Vysazení antikoagulačních a antiagregačních léků. Večer a ráno před výkonem vyprázdnění Yalem, event. Moviprepem dle návodu. Dva dny před výkonem ATB profylaxe (nejčastěji ciprofloxacinum 500 mg tbl. co 12 hod.). Jednu hodinu před výkonem čípek indometacinum 100 mg do konečníku. Půl hodiny před výkonem intravenózní aplikace metamizolum natriicum monohydricum 1 000 mg a trimecainový 1% gel do konečníku. Poloha pacienta při biopsii litotomická. Po výkonu je pacient dvě hodiny na infuzním stacionáři a je mu aplikováno metamizolum natriicum monohydricum 1 000 mg + F1/1 500 ml intravenózně. Před odchodem z urologické ambulance provedena kontrola moče a močového rezidua. Po výkonu pacient užívá ještě dva dny nasazená antibiotika. V našem souboru u jednoho pacienta byla nutná hospitalizace a intravenózní antibiotická léčba.

HISTOLOGICKÉ HODNOCENÍ VZORKŮ

Každý punkční váleček byl zpracován samostatně. Při skórování punkčních biopsií (pro RAPE platí mírně odlišná pravidla) používáme jen Gleason pattern/grade 3,4,5. Skóre může mít hodnoty 6–10. Při hraničním nálezu GP3–4 volíme GP3. Když je přítomen jeden Gleason grade, hodnotu zdvojíme (3 + 3 = 6,

4 + 4 = 8). Když je přítomen GS 3 + 4 = 7, uvádíme % množství GP4 (např. GP4 tvoří 10 %). Když je sekundární grade pod 5 %, do skóre ho nezapočítáváme (např. GP4 je 96 % GP3 jsou 4 %, GS bude 4 + 4 = 8, nikoliv 4 + 3 = 7). Nejvyšší grade je ve skóre naopak zastoupen vždy, nehledě na množství. Když jsou přítomny tři GP (nepříliš časté), na prvním místě Gleason skóre uvádíme nejvíce zastoupený Gleason grade a na druhém nejvyšší Gleason grade, nikoliv druhý nejvíce zastoupený, nehledě na množství (např. GP3 60 %; GP4 37 %; GP5 3 %; GS 3 + 5 = 8) (6, 7).

Histopatologický nález obsahuje histologický typ nádoru dle posledního vydání WHO klasifikace nádorů urogenitálního traktu z roku 2016 (8). Gleason grade a skóre pro každou topografii dle poslední modifikace ISUP 2014 (9, 10) uvádí počet pozitivních válečků a množství nádorové tkáně v % nebo milimetrech pro každou topografii (např. čtyři punkční válečky, kde ve dvou je infiltrace strukturami acinárního adenokarcinomu o celkové délce 22 mm, to představuje 25 % objemu punkčních válečků, při celkové délce válečků 88 mm). Použité imunohistochemické metody. Přítomnost angio, lymfangioinvasze a perineurálního šíření. Přítomnost zánětu, PINu, intraduktálního šíření (intraduktálního ca). Případnou invazi do semenných váčků, resp. ductus ejaculatorius, invazi do tukové tkáně. Souhrnný ISUP/WHO Grade (11, 12).

ISUP/WHO grade group byl nově zaveden pro lepší srozumitelnost pro pacienty a přesnější rozdělení pacientů do skupin s obdobnou prognózou a léčbou. Grade group 1 je Gleason skóre 6 a méně, Grade group 2 je GS 7 (3 + 4), Grade group 3 je GS 7 (4 + 3), Grade group 4 je GS 8 (4 + 4; 3 + 5; 5 + 3), Grade group 5 je GS 9–10 (4 + 5; 5 + 5).

Z imunohistochemických metod byl použit triple staging p63 + HMWCK + AMACR. Vyšetření p63 + HMWCK slouží pro průkaz ztráty vrstvy bazálních buněk (známka malignity) a AMACR je průkaz maligní buněčné populace.

U pacientů, kteří podstoupili radikální prostatektomii na urologickém pracovišti Nemocnice ve Frýdku-Místku, byly histologické preparáty zpracovány metodou Whole Mount Section (obr. 6), aby byla možná korelace mezi nálezem MRI a definitivním histologickým nálezem.