

Jinou komplikací je retence moči. Někteří autoři udávají u transperineálních biopsií vyšší incidenci než u biopsií transrektálních. Ale například meta-analýza autorů Xiang a spol. neprokázala rozdíl (12). V našem souboru se tato komplikace vyskytla pouze u jednoho pacienta a tudíž v tom zásadní problém nespatřujeme.

Jedna z největších současných srovnávacích studií, kterou publikovali Berry se spolupracovníky, udává, že transperineální přístup představuje nižší riziko komplikací infekčních a vyšší riziko retence moči. Uvádí ale také, že v souboru bylo pouze 18,6 % biopsií provedeno transperineálně. A nepoměrně nižší počet takto provedených biopsií se v souborech objevuje často (13).

Další významnou výhodou má být také vyšší dosažitelnost ložisek v anteriorní oblasti prostaty. Systematická biopsie dle literárních zdrojů mine až 20 % karcinomů prostaty, především právě v anteriorní oblasti a apexu (8). Stefanova se spolupracovníky ale udává v recentní studii téměř 10 % klinicky signifikantních karcinomů v anteriorní části prostaty (1). Naše radioložka uvádí, že ložiska v tzv. anterior stroma představují až třetinu ložisek vyžadujících biopsii. A zde právě má mít opět své oprávněné místo transperineální přístup. My jsme ale u některých pacientů narazili na problém odběru právě v této oblasti. Jednalo se o jednotlivce, ale především u větších prostat se ložisko při transperineálním přístupu dostávalo až za kost stydkou a nebylo možno z něj vzorky odebrat. U části pacientů se dařilo problém vyřešit náklonem transrektální sondy, ale přesto jsme u některých byli schopni biopsií pouze oblast pod ložiskem (obrázek 1).

S navigovanou biopsií přichází řada otázek. Zda provádět s antibiotiky či bez? Zda transperineálně či transrektálně? Kolik vzorků odebrat? Ať už celkově či z popsaného ložiska. U našich pacientů bez předchozí biopsie jsme provedli odběr systematicky a z ložiska. Ahdoon a kol. uvádějí, že vynecháním systematické biopsie dochází k pomnutí 8,8 % klinicky signifikantních karcinomů prostaty. Hlavním přínosem kombinované metody má být přesný staging a grading, odpovídající definitivnímu histologickému vyšetření, který je dle mého



Obr. 1. Transperineálně prováděná biopsie z oblasti tzv. anterior stroma

Fig. 1. Transperineal biopsy of prostatic anterior stroma

velmi důležitý především u terapie typu aktivního sledování (14).

Není úplně běžné provádět transperineální biopsii ambulantně. Dokonce se donedávna prováděly často v celkové anestezii, což zvyšovalo náklady na vyšetření i riziko případných komplikací pro pacienta. I z našeho pohledu je tato biopsie pacientem hůře tolerována než biopsie transrektální a velmi záleží na adekvátní lokální anestezii. Osvědčilo se nám také používání nesteroidního antiflogistika rektálně, což zvýšilo komfort vyšetření. Důležité je toto i z pohledu výtěžnosti, protože pacient, kterého nic nebolí, daleko lépe spolupracuje.

Slabinou našeho souboru je jeho heterogenita. Do souboru byli zařazeni všichni pacienti, kteří podstoupili navigovanou biopsii provedenou na našem pracovišti v daném časovém rozpětí. Velké rozpětí hodnot PSA zahrnovala buď pacienty s pozitivním per rectum vyšetřením, případně pacienty po transuretrální resekci prostaty, u kterých provádíme konfirmační biopsii před plánovanou radioterapií, na žádost onkologů či měli diagnostikován v předchozí biopsii ASAP (Atypical Small Acinar Proliferation). V neposlední řadě některá spolupracující pracoviště delegují pacienty na základě vysokých hodnot PHI (Prostate Health Index).