

BIOPSJA FUZYJNA RM/USG PROSTATY - PRECYZYJNA DIAGNOSTYKA PODSTAWĄ SKUTECZNEGO LECZENIA

Rak gruczołu krokowego (prostaty) - dlaczego tyle o nim mówimy?

Rak prostaty to obecnie najczęściej występujący nowotwór złośliwy u mężczyzn w krajach rozwiniętych. Również w Polsce gdzie stanowi blisko 20% wszystkich chorób onkologicznych w populacji męskiej. Liczba zachorowań w naszym kraju jest znamienne niższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej jednak liczba zgonów pozostaje na zbliżonym poziomie. Jest to m.in. spowodowane zbyt późnym rozpoznaniem raka gruczołu krokowego.

Dlaczego wykonuje się biopsję gruczołu krokowego ?

Biopsja gruczołu krokowego służy do wykrywania raka prostaty. Wykonuje się ją u mężczyzn w celu potwierdzenia lub odrzucenia podejrzenia raka. Zabieg polega na pobraniu tkanki prostaty do badania histopatologicznego. Leczenie raka prostaty może być rozpoczęte jedynie w oparciu o wynik badania histopatologicznego (mikroskopowego). Nie ma innego badania, które może potwierdzić występowanie tego nowotworu.

Jakie rodzaje biopsji prostaty są wykonywane w Radio Medica?

W Radio Medica w Warszawie wykonujemy precyzyjne biopsje prostaty oparte o **fuzję obrazów wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego (mpRM) i USG w czasie rzeczywistym**. Wszystkie biopsje wykonywane są w znieczuleniu, którego zakres zależy od inwazyjności procedury, wskazań medycznych i decyzji chorego.

Czym różni się biopsja fuzyjna mpRM/USG od klasycznej biopsji prostaty?

Klasyczna biopsja prostaty wiąże się z wieloma ograniczeniami. Podstawowym z nich jest trudność w uwidocznieniu ognisk złośliwych w ultrasonografii przezodbytniczej. Około 70% z nich jest niewidocznych w USG. Klasyczna biopsja prostaty pozostaje więc w większości przypadków tzw. biopsją systematyczną (mappingową) czyli „ślepy” poszukiwaniem raka poprzez pobieranie wycinków (zwykle 10-12) z różnych miejsc gruczołu. Wiarygodność tak wykonanej biopsji pozostaje wątpliwa. Ocenia się, że pierwotna biopsja pomija około 21-47% raków stercza, a także często niewłaściwie określa stopień jego złośliwości.

BIOPSJA FUZYJNA RM/USG PROSTATY - PRECYZYJNA DIAGNOSTYKA PODSTAWĄ SKUTECZNEGO LECZENIA

Rozwiązaniem tego problemu jest wcześniejsza identyfikacja raka prostaty w badaniu wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego i zastąpienie biopsji systematycznej biopsją celowaną. Technika umożliwiająca nałożenie obrazów rezonansu magnetycznego, które dokładnie pokazują położenie raka, na badanie USG w czasie rzeczywistym nosi nazwę **fuzji obrazów**. Przebieg procedury jest z punktu widzenia pacjenta bardzo zbliżony do biopsji klasycznej. Pozwala jednak na znacznie precyzyjniejsze pobranie materiału z obszarów zmienionych, jednocześnie redukując liczbę „ślepych” wycinków.

Kto może odnieść korzyść z biopsji fuzyjnej RM/USG gruczołu krokowego ?

W 2019 r. Europejskie Towarzystwo Urologiczne zmieniło wytyczne dotyczące sposobu przeprowadzenia biopsji prostaty. Rekomenduje się aby każda biopsja gruczołu krokowego przeprowadzana była w oparciu o badanie mpMRI i stwierdzone w nim nieprawidłowości.

Biopsja fuzyjna powinna być wykonywana w grupach mężczyzn:

- **kierowanych do pierwszej biopsji**
- **kierowanych do biopsji powtórnej** – gdy dane kliniczne wskazują na obecność raka stercza mimo braku komórek nowotworowych w poprzednich pobraniach
- u mężczyzn z rakiem małego ryzyka prowadzonych **w strategii aktywnego nadzoru** (active surveillance) jako **biopsje weryfikujące i sprawdzające** stan choroby w trakcie obserwacji.

Jak przebiega przezodbytnicza biopsja prostaty?

Biopsja przezodbytnicza jest najczęściej stosowaną i najmniej skomplikowaną procedurą. Przed badaniem lekarz wprowadza do odbytnicy żel znieczulający, a następnie głowicę do badania ultrasonograficznego (TRUS). Z głowicą połączona jest przystawka biopsyjna, przez którą urolog wprowadza igłę TRU CUT. Jest to specjalnie skonstruowana igła służąca do pobierania skrawków tkankowych długości 10-20 mm i średnicy około 1 mm. Lekarz wykonując TRUS określając liczbę niezbędnych wycinków i dokonuje pobrania rdzeni z gruczołu krokowego. Są one następnie oceniane przez specjalistę histopatologa, który na podstawie badań mikroskopowych stawia ostateczną diagnozę.