

„Novinky“ v diagnostice karcinomu prostaty

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

věřím, že i vy cítíte potřebu obrátit pozornost od epidemiologie covidu-19 k odborným tématům, která řešíme v naší každodenní urologické praxi a jejichž další vývoj nelze zastavit. Dovolte mi proto v rámci editoriału krátké zamyšlení k současnému stavu diagnostiky karcinomu prostaty, zejména biopsií prostaty. K zamyšlení mě inspiroval poslech podcastu Evropské urologické společnosti, ve kterém prof. Mottet, předseda sekce doporučených postupů pro karcinom prostaty, hovoří na téma aktuálních změn v těchto doporučeních.

Prof. Mottet prohlásil: „We all agree that MRI is a must to do before every biopsy and if you find a target combined systematic and targeted biopsy should be done... Risk of infection... it is roughly half not to say even less with transperineal compared to transrectal... Clearly by the end of 2021 the transrectal approach should be completely gone.“ Volně přeloženo: „Všichni souhlasíme s tím, že provedení magnetické rezonance je nezbytné/nutné před každou biopsií, a pokud při MRI diagnostikujeme suspektní ložisko, pak by měla být při provedení biopsie použita kombinace systematické a cílené biopsie... Transrektální přístup je zatížen dvojnásobným množstvím infekčních komplikací, než transperineální... Je zřejmé, že do konce roku 2021 by měl být transrektální přístup zcela opuštěn“ (1).

Všechna citovaná prohlášení vycházejí z evidence prokázané v randomizovaných studiích a meta-analýzách a mají vysoký stupeň doporučení (2). V teoretické rovině je tak zřejmě rozhodnuto.

Jaká je ale současná praxe? V současnosti v ČR jistě není každý pacient vyšetřen pomocí MRI před každou biopsií. Troufám si říci, že většina z nás výše citované doporučení již ideově akceptovala, ale jeho praktické realizaci brání nejčastěji překážky na straně radiologických pracovišť (nedostatečná časová dostupnost MRI a mnohdy i nízká kvalita

vyšetření). Možnost provedení cílené (fúzní) biopsie s využitím MRI je v tuto chvíli obvykle limitována na větší nemocniční ambulance. Je otázkou, zda do budoucna bude biopsie za uvedených podmínek prováděna rutinně většinou ambulantních specialistů, tak jako doposud, nebo dojde k „přirozené“ centralizaci a odesílání na pracoviště, která zmíněnými technologiemi již disponují. Pokud se ambulantní urolog rozhodne jít cestou provádění fúzní biopsie, musí počítat s nemalou počáteční finanční i časovou investicí s hraniční návratností.

Co se týká transperineálního přístupu při provádění biopsie, který je z hlediska nižšího výskytu infekčních komplikací vhodnější, mohou jeho rychlému přijetí v praxi bránit některé vedlejší/nežádoucí účinky. Prokazatelně vyšší výskyt močových retencí při použití transperineálního přístupu nemusí být pro praxi takový problém jako větší bolestivost této metody. Nutná anestezie (alespoň lokální) povede k výraznějšímu prodloužení času výkonu. Transperineální provedení biopsie navíc vyžaduje další investici do technického vybavení. Je otázkou, zda je za těchto podmínek vůbec reálné, aby tento typ vyšetření byl do budoucna akceptován v běžné urologické praxi ambulantních specialistů. A pokud se tak nestane, budou nemocniční ambulance vůbec schopné takové množství pacientů vstřebat?

Prohlášení prof. Motteta je tak z pohledu naší současné každodenní praxe spíše ambiciózním výhledem, kam bude urologie na tomto poli směřovat nežli popisem aktuálního stavu. Bude jistě zajímavé sledovat, jak rychle dojde k proklamovaným změnám, resp. jak dlouho bude udržován současný stav s ohledem na (nejen) výše nastíněné důvody. Je nepochybné, že významnou roli v rychlosti inkorporace těchto změn bude hrát ochota zdravotních pojišťoven změnu diagnostického přístupu adekvátně hradit, včetně úpravy regulačních limitů na vyžádanou péči (MRI).