

Případ monstrózní benigní hyperplazie prostaty – nekomentovaný poster

Klečka J., Klézl P., Nencka P., Mašková V., Grill R.

Urologická klinika FN Královské Vinohrady a 3. LF UK v Praze

Přednosta : doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D., MHA

| Abstrakt

Autoři předkládají kazuistiku -72 letého pacienta u kterého byla provedena otevřená prostatektomie dle Frayer-Fullera pro komplikovanou benigní hyperplazii prostaty, dosahující monstrózních rozměrů resp. 930 gramů. Dosud publikovaný případ největšího adenomu pochází z 15. března 2010 z Indie, kdy byl Dr. Rajendra Punjabim odstraněn adenom o váze 650 gramů. Námí prezentovaný případ je jednak medicínskou raritou a jednak světovou raritou aspirující na zápis do Guinnessovy knihy rekordů.

| Úvod

Benigní hyperplazie prostaty (BPH) je jedno z nejčastějších onemocnění postihující více jak 50% populace mužů starších 60 let. BPH, na rozdíl od dob minulých, je v současnosti jen zřídka příčinou úmrtí. Přestože mortalita je velice nízká, prevalence BPH je relativně vysoká. Zajímavý je fakt, že jen 4% prostat u mužů nad 70 let dosahují velikosti nad 100g [1]. Toto je i jeden z důvodů, že tato skupina pacientů nebyla nikdy podrobněji hodnocena resp. takto malý soubor pacientů nebyl rozsáhleji hodnocen. (korektura recenze 1) V současnosti jsou trendy směrem k mininvazivnějším metodikám, i když zcela jasná kritéria léčby s ohledem na velikost prostaty nebyla dána. Za ekvivalenty otevřené prostatektomie můžeme v současnosti považovat holmiovou enukleaci prostaty, bipolární resekci prostaty (TURis – transuretrální resekce ve fyziologickém roztoku) event. fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP). S ohledem na výše uvedené konstatování je v současnosti jen málo randomizovaných studií srovnávající tyto metodiky u skupiny nemocných s prostatami nad 100g. V zásadě je možno konstatovat, že HoLEP je metoda efektem srovnatelná s otevřenou prostatektomií a s menší mírou komplikací. Bipolární resekce prostaty ve zkušených rukou umožňuje ošetřit bezpečně i prostaty s váhou nad 100g s minimalizací TUR syndromu. Fotoselektivní vaporizace je bezpečná mininvazivní metodika s krátkou learning curve, kde jsou taktéž dostupná data týkající se léčby objemných prostat.

| Kazuistika

Pacient Z.B. 81 let byl dvakrát ošetřen na urologické ambulanci FN Královské Vinohrady pro močovou retenci. Při vstupním vyšetření byla p.r. nalezena objemná prostata, hladina PSA s ohledem na retenci moče stanovena nebyla. Krevní obraz a laboratorně byl pacient v normě. Při prvním vyšetření byl zaveden permanentní katétr, který derivoval lehce hematurickou moč. Sonograficky byl nález na ledvinách zcela v normě, močový měchýř byl vyplněn objemnou 10x11 cm velkou rezistencí, o které nebylo možno spolehlivě konstatovat, zda-li se jedná o prostatu či tumor močového měchýře. Doporučeno dovyšetření endoskopií v rámci ambulantní péče. Nemocný cca po týdně opět navštívil akutně ambulanci, tentokrát již s makroskopickou hematurií, pro kterou byl následně hospitalizován. Krvácení z dolních cest močových nabývalo během 24 hodin profuznějšího charakteru. U nemocného doplněno CT břicha (obr. č.1) s nálezem objemné prostaty, která dosahovala prakticky až pod pupeční jizvu. Zbytek močového měchýře byl vyplněn koaguly. Taktéž pohmatově byla hmatná rezistence jdoucí cca 4 prsty nad pupek. Opakované pokusy o odsátí tamponády byly s minimálním efektem, protože délka prostatické uretry kopírovala délku katétru. Postupně došlo k poklesu krevního obrazu na hladinu 102 Hb.

Pracoviště Urologické kliniky FN, Královské Vinohrady, disponuje možnostmi jak endoskopickým řešením subvesikální obstrukce a to buď monopolární transuretrální resekci či bipolární resekci resp. plasmavaporizací- korektura recenze 1. Náš pacient byl indikován k akutnímu výkonu, resp. revizi močového měchýře. Po cystotomii byla identifikována monstrózní prostata, vybavena koagula z močového měchýře. Dále provedena enukleace adenomu o váze 930 g s hemostyptickým ošetřením okrajů lůžka. S ohledem na rozsah lůžka provedena modifikace dle Frayer – Fullera a lůžko po prostatektomii tamponováno 12 longetami, které ponechány 48 hodin a následně v druhé době odstraněny. Pacient ponechán na epicystostomii a močovém katetru po dobu 14 dnů, kdy byla nejprve odstraněna epicystostomie a následně i močový katétr. Po výkonu pacient močí spontánně s mírnou hematurií, která odezněla. Kontrolní uroflometrie prokázala průtok 16.7 ml/s, reziduum do 50ml.

Definitivní popis patologa zní:

1. Klinicky: Hyperplazie prostaty. Objemná prostata + objemný střední lalok, na sále zvážena na 980 g.
2. Makroskopicky: Prostata ve 4 částech, které mají uzlovitý charakter, celkové hmotnosti po fixaci materiálu 930 g. Jednotlivé části prostaty jsou velikosti 85 x 80 x 55 mm (bl. A), 90 x 80 x 40-55 mm (bl. B), 145 x 110 x 40-65 mm (bl. C) a 30 x 25 x 10 mm (bl. D).
3. Mikroskopicky: Prostata s adenomyomatózní hyperplazií, ložiskově se skupinami výrazně cysticky dilatovaných žlázek někde s oploštělým epitelem, které jsou vyplněné eozinofilním sekretem, místy s neutrofilními leukocyty a někde jsou vyplněné množstvím makrofágů. Ložiskově je bazocelulární hyperplazie epitelu žlázek. Ve všech větších vzorcích zastižena různě objemná ložiska adenózy

Celková doba hospitalizace byla 18 dnů, po výkonu pacient kontinentní, současný stav lze hodnotit jako velice dobrý.

| Diskuse

Transuretrální prostatektomie - TURP, dosáhla v průběhu posledních dekad, bez ohledu na kontinenty, označení zlatý standard léčby benigní hyperplazie prostaty. U velkých prostat má TURP taktéž své opodstatněné místo, ale u velikostí nad 60g již můžeme počítat s komplikacemi ve smyslu absorpce irigační tekutiny s následnou hyponatremií či krvácením [2]. Taktéž dlouhodobá ošetrovatelská péče a nutnost dlouhodobé irigace proplachovými tekutinami po endoskopických výkonech u větších prostat stává endoskopické výkony do relativní kontradikce otevřeným výkonům. Díky vylepšením v oblasti technik endoskopických výkonů a taktéž technickému vylepšení endoskopů (bipolární transuretrální resekce (TURis), vaporesekce, plasmavaporizace či technika TUR enukleace prostaty) je umožněno endoskopicky a mininvazivně řešit prostaty o větším objemu. Taktéž metodiky anestézie a pooperační péče umožňují lepší a kvalitnější péči o pacienty po delší dobu trvajících endoskopických výkonech [3,4,5,6].

Transuretrální vaporesekce prostaty (TUVRP) využívá širší klíčky s vyšším nastavením proudu a dle dostupné literatury je možno tuto metodiku užít i u prostat s velikostí nad 100 g [7].

Transuretrální resekce prostaty ve fyziologickém roztoku (TURis) resp. bipolární TURP je v současné době moderní metodikou z řady transuretrálních výkonů, která se vyznačuje krátkou learning curve ve skupině lékařů praktikujících klasickou transuretrální resekci prostaty. Technika TURis v sobě obsahuje prakticky stejné technické vybavení jako pro TURP a chirurg se musí seznámit jen s mininem nuancí odlišujících TURis od TURP, což nečiní větších potíží ve změně výkonu TURP na TURis.

Vedle vývoje v technikách transuretrálních resekci se vyseletovaly techniky laserových resekci a vaporizací. Za všechny můžeme jmenovat techniku holmiové enukleace (HoLEP) a fotoselektivní vaporizace (PVP). Z prvopočátku byly určeny spíše pro prostaty menších objemů, časem nabraly na významu i pro větší prostaty, i když nelze konstatovat, že by tyto techniky zcela nahradily transuretrální resekce prostaty. Techniky PVP a HoLEP se ne zcela shodují s typickým provedením TURP a proto je zde i delší learning curve ve srovnání s TURis. U HoLEP se nejčastěji uvádí míra learning curve 50-60 pacientů u PVP je kratší resp 20-30 pacientů. Taktéž technické vybavení pro laserové metody je odlišné od TURP či TURis [9].

Využití fotoselektivní vaporizace nabývá na významu v léčbě objemných prostat. Důvodem je relativně krátká leasing curve a vývoj vysokovýkonných laserových generátorů, resp. v současné době 180W. Oproti HoLEP není však takový objem dat týkajících se léčby velkých prostat. V současné době máme k dispozici jen omezené množství studií hodnotících efektivitu PVP u objemných prostat. Gu et al. prezentuje dobré funkční výsledky PVP bez ovlivnění morbidity u pacientů s prostatami <80 g ve srovnání s nemocnými s prostatami >80g. Výsledky hodnotí 120 W HPS systém [10].

Tak jak je uvedeno v klinických doporučeních AUA a CUA, léčba pacientů s benigní hyperplazií prostaty, resp. výběr chirurgického přístupu (otevřený či endoskopický s využitím vysokofrekvenčního proudu či laseru) je závislý na velikosti prostaty, rozhodnutí a preferenci chirurga a přidružených komorbiditách pacienta.

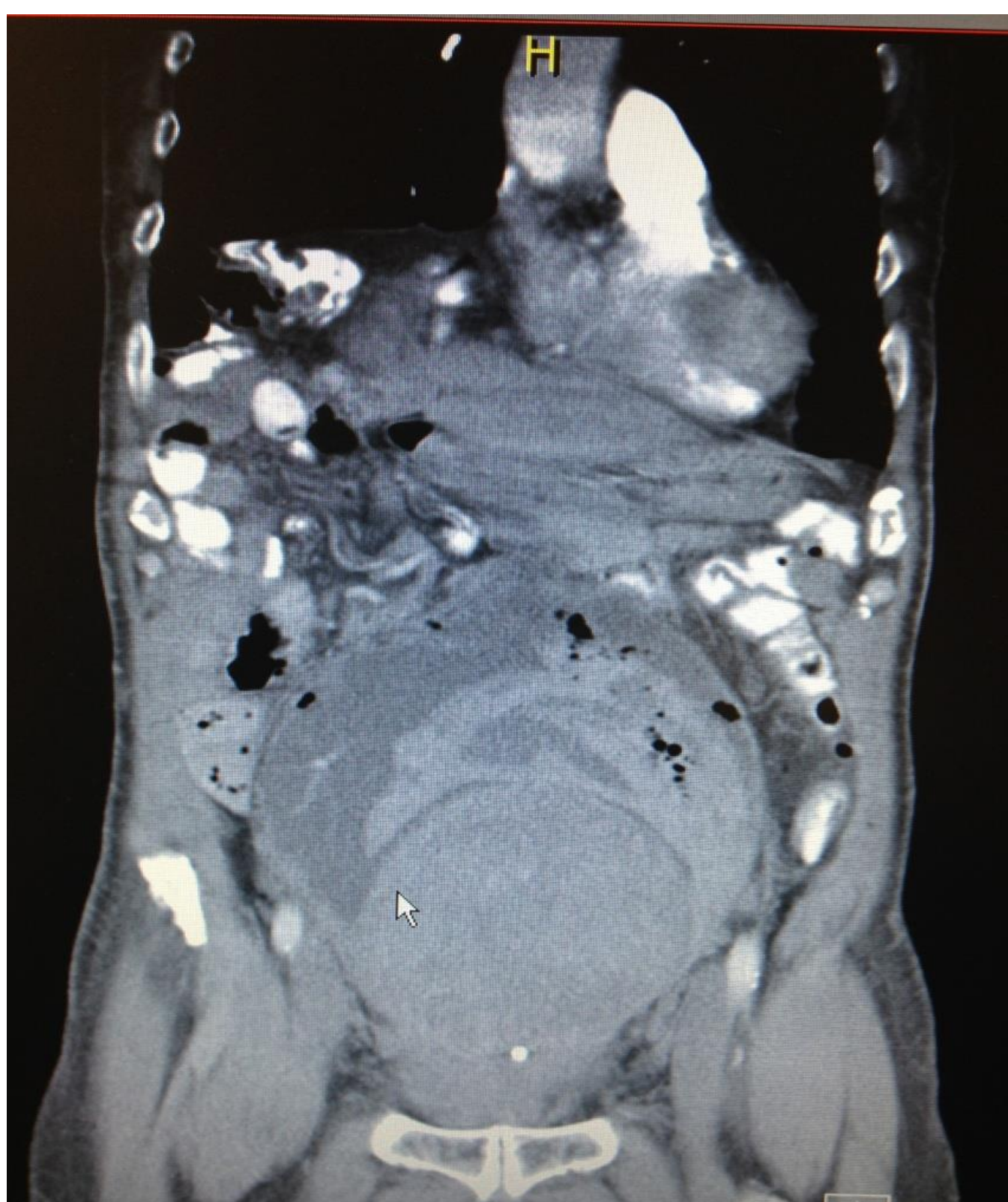
U nemocných s většími prostatami jsou tato rozhodnutí mnohem komplikovanější, než u pacientů s menšími žlázami. Otevřená prostatektomie je stále považována jako metoda volby u nemocných s prostatami od 80-100 g i přestože je tento typ výkonu spojen s vyšší morbiditou a delší dobou pobytu na lůžku. Evropská urologická asociace ve svých klinických doporučených postupech z roku 2012 stále považuje otevřenou prostatektomii jako standardní metodu léčby BPH u prostat o váze nad 100g.

| Závěr

Závěrem je možno konstatovat, že pro adenomy do <60 g jsou indikovány metodiky bipolární TURP, HoLEP či PVP, které vykazují srovnatelné výsledky. U extrémně velkých prostat je metoda HoLEP efektivní alternativou vůči otevřené prostatektomii. Metodika HoLEP umožňuje simultánní řešení komplikací BPH jako např. cystolitiáza, ale její nevýhodou je stále dlouhá learning curve. Ostatní metodiky jako bipolární TURP či PVP si budou do budoucna žádat více randomizovaných studií k prověření jejich bezpečnosti a efektivity, každopádně můžeme konstatovat, že chirurgická léčba pacientů s objemnými prostatami je relativně individuální a je založena na velikosti prostaty, zkušenostech a preferencích chirurga a pacientových komorbiditách.

Literatura:

1. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol. 1984;132:474-9. [PubMed: 6206240]
2. Reich O, Gratzke C, Bachmann A, Seitz M, Schlenker B, Hermanek P, et al. Morbidity, mortality and early outcome of endorethral resection of the prostate: A prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. J Urol. 2008;180:246-9. [PubMed: 18499179]
3. Gupta NP, Singh A, Kumar R. Transurethral vapor resection of prostate is a good alternative for prostates <70 g. J Endourol. 2007;21:1543-6. [PubMed: 18186696]
4. Gupta NP, Anand A. Comparison of TURP, TUVRP, and HoLEP. Curr Urol Rep. 2009;10:276-8. [PubMed: 19570488]
5. Witte F. TUVRP and HOLEP as effective as TURP. Aktuelle Urol. 2007;38:8-9. [PubMed: 17354351]
6. Al-Hammouri F, Abu-Qamar A. Monopolar transurethral resection of the prostate: an experience. J Pak Med Assoc. 2011;61:628-31. [PubMed: 22204233]
7. Gupta NP, Anand A, Mishra S. Transurethral vapor resection of prostate: An alternative treatment for benign prostatic hyperplasia <100 g. J Endourol. 2009;23:1883-6. [PubMed: 19821698]
8. Zhang KY, Xing JC, Chen BS, Liu CX, Lau HW, Sim HG, et al. Bipolar plasmakinetic transurethral resection of the prostate vs. transurethral enucleation and resection of the prostate: Pre- and postoperative comparisons of parameters used in assessing benign prostatic enlargement. Singapore Med J. 2011;52:747-687514. [PubMed: 22009396]
9. Haraguchi T, Takenaka A, Yamazaki T, Nakano Y, Miyake H, Tanaka K, et al. The relationship between the reproducibility of holmium laser enucleation of the prostate and prostate size over the learning curve. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2009;12:281-4. [PubMed: 19581921]
10. Gu X, Vricella GJ, Spalivero M, Wong C. Does size really matter. The impact of prostate volume on the efficacy and safety of GreenLight HPS™ laser photoselective vaporization of the prostate? J Endourol. 2012;26:525-30. [PubMed: 22050493]



Obr. č.1: CT scan s patrnou objemnou prostatou dosahující k pupku, zbytek močového měchýře je vyplněný koaguly (CT scan with a huge prostate reaching to the belly button, the rest of the bladder is filled clot with coagulum)



Obr. č.2 Definitivní preparát (final histological specimen)