

PROSTAT BİOPSİSİ

Rahmi Gerçel*

Haluk Özkaya**

Orhan Yiğitbaşı***

Prostat biopsisi kanser şüphe edilen vakalarda tanıda en önemli yöntemdir. Prostat biopsisi yapıp, alınan parçanın histopatolojik incelenmesi sonucu patolog tarafından kanser tanısı doğrulanmadan, hastaya operasyon, ışın veya hormonal tedavi yapılması uygun değildir (3,4,7,17).

1984 Kasım - 1985 Kasım tarihleri arasında 88 olguya yaptığımız 94 transperineal iğne biopsisini değerlendirdik. Biopsi dokularının histopatolojik incelenmesi AÜTF - Patoloji Kürsüsünde yapıldı (13).

PROSTAT BİOPSİSİ

Prostat Biopsisi oldukça basit yöntemlerle ve az komplikasyonlu olarak uygulanabilmektedir. Prostatdan biopsi yapılmasını gerektirecek durumlar şunlardır :

1 — Rektal muayenede prostat kanseri belirtileri olan hastalarda teşhisi kesinleştirmek için,

2 — Genel prostat kanseri olan hastalarda primer odağın araştırılması yönünden,

3 — Metastatik kanseri olan hastalarda primer odağın araştırılması yönünden,

4 — Serum asit fosfataz ve alkaleen fosfataz seviyelerinin yüksek bulunması hallerinde,

5 — Prostat kanseri üzerinde hormonal, cerrahi ve röntgen tedavisinin tesirini almak için (1,8,9,12,14).

* AÜTF - Uroloji Anabilim Dalı Başkanı

** AÜTF - Uroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

*** SŞYB - (Keçiören) - Sanatoryum Uroloji Uzmanı.

Bugün değişik yöntemlerle prostat biopsisi uygulanmaktadır.
Bunlar :

- 1 — İğne biopsisi : a) Transperineal yol, b) Transrektal yol,
- 2 — Açık biopsi : a) Açık perineal yol, b) Retropubik yol,
- 3 — Aspirasyon biopsisi,
- 4 — Transuretral yol.

1 —) İĞNE BİOPSİSİ :

a) Transperineal İğne Biopsisi; Bizim olgularımızda uyguladığımız yöntemdir. Metodun avantajları : Uygulanmasının çok kolay oluşu, biopsinin bir kişi ile ve istenilen yerde yapılması, komplikasyonunun azlığı, gerektiğinde tekrarlanabilmesidir (15). İleri yaşlar bu biopsi için, kontrendikasyon oluşturmaz. Bu avantajlar nedeniyle en sık kullanılan yöntemdir (Resim : 1).

b) Transrektal yol : İlk defa Astraldi tarafından tanımlanmış, sonra Fortunoff tarafından motifiye edilmiş, geliştirilmiştir. Hastaya lavman yapıldıktan sonra anal sfinkterin rölaşmanı için, intravenöz Penthatol veya alçak spinal anestezi uygulanarak rektuma fansler spekulumu yerleştirilir. İğne prostatdaki lezyon bölgesine uyan yerden rektum mukozasına bastırılarak lezyon içine doğru itilir ve biopsi alınır. Tekniğin basit olması, yeterli dokunun alınabilmesi, posterior lobtan parça alınabilme imkanı gibi avantajları vardır. Emmet bu yolla % 85 oranında başarılı olduğunu bildirmiştir. Vezikorektal veya üretrorektal fistül oluşumu, kanama, hematoma, enfeksiyon, biopsiyi müteakip meydana gelen sikatrisin total perineal prostatektomiye mani olması gibi komplikasyon ve dezavantajları vardır (13).

Transrektal biopsinin bilhassa inoperabl, yaygın prostat kanserli-lerde daha uygun olduğu ifade edilmektedir (13,17).

2 —) AÇIK BİOPSİ :

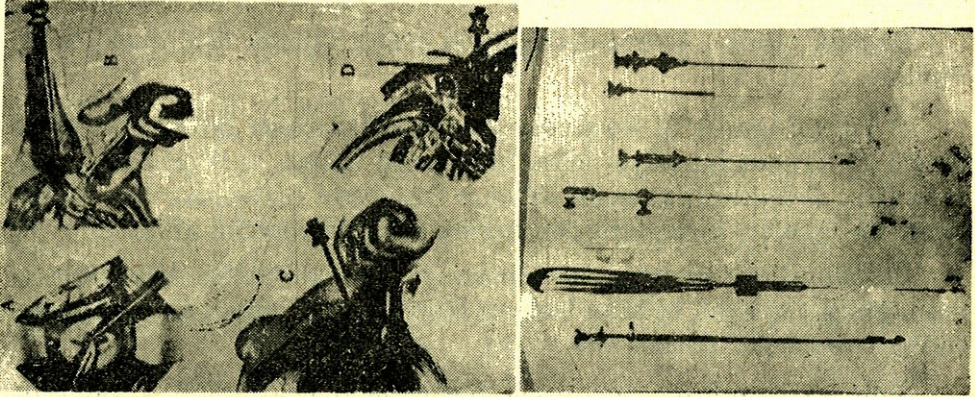
a) Açık Retropubik Biopsi : Retropubik yoldan açık cerrahi müdahale ile yapılır. Cerrahi müdahalenin tüm komplikasyonları ve fazla kan kaybına neden olmasıyla pek tavsiye edilmemektedir (13).

b) Açık Perineal Biopsi : Perineal yoldan açık cerrahi müdahale ile yapılır. Kama (wedge) şeklinde parça alınır. Açık cerrahi müdahalenin dezavantajlarını taşır. Dahlen ve Goodwin 24 olguluk serilerinin % 68'sinde komplet veya parsiyel seksüel potens kaybı olduğunu

bildirmişlerdir (5,17). Bu yöntemin avantajı frozen-section yapılır, sonuç malign gelirse total prostatektominin aynı seans içinde uygulanabilmesidir.

3 → ASPİRASYON BİOPSİSİ :

Perineal ve transrektal yoldan uygulanabilir. İğne, şüpheli prostat sahasına sokulur (İğne olarak 18-20 nolu, spinal iğnesi kullanılır), kuvvetli bir enjektör ile doku aspire edilir. Elde edilen doku papanicolaou yöntemi ile boyanır. Kelsey ve Alftharn aspirasyon biopsisi ile iğne biopsisine yakın sonuçlar elde ettiklerini ifade etmişlerdir. Franzen 1100 olguda komplikasyon olmadığını bildirmiştir (10).



Resim - I : Prostat biyopsisi çeşitleri.

- A — Açık perineal biyopsi
- B — Transüretral biyopsi
- C — Transperineal biyopsi
- D — Transrektal biyopsi

Resim - II : Biyopside kullanılan iğne şekilleri.

- 1 — Wim-Silverman iğnesi
- 2 — Turkel iğnesi
- 3 — Veenema iğnesi
- 4 — Melick iğnesi

Biz vakalarımızda Wim-Silverman iğnesini kullandık.

4 → TRANSÜRETRAL BİOPSİ :

Bu yol prostat biyopsisi için pratik değildir. Zira prostat kanseri genellikle kapsülden başladığı için, transüretral olarak bu dokuya düşme şansı oldukça azdır. Ayrıca işlem sırasında venöz damarlar açıldığı için prostat kanserinin kan yoluyla yayım ihtimali fazladır (6,7).

MATERYAL VE METOD

Materyalimizi 1984 kasım ile 1985 kasım arasında 88 olguya yapılan 94 prostat biopsisi oluşturmaktadır. Bunları;

1. Gurup : Benign Prostat Hipertrofisi tanısı olanlar : 66 olgu,
2. Gurup : Kanser şüphesi olanlar : 14 olgu,
3. Gurup : Kesin Ca tanısı olanlar : 8 olgu şeklinde guruplandırdık.

Bunların biopsi sonuçları ve operasyon sonrası anatomo-patolojik örneklerle karşılaştırılarak istatistiksel değerlendirilmesi yapılmıştır (13).

Biopsilerimizde transperineal iğne biopsisini kullandı.

Değişik otörler, biopsi maksadıyla çeşitli iğneler kullanmaktadır. Bunlar :

1) Turkel iğnesi, 2) Veenema iğnesi, 3) Franzeen İğnesi, 4) Melick İğnesi, 5) Trucut İğnesi, 6) Wim Silverman İğnesi, 7) Wim Silverman (Modifiye Franklin) İğnesidir (Resim : 2). Aynı maksatlar için kullanılan bu iğneler, birbirlerinden küçük farklarla ayrılmaktadır.

Biz biopsilerimiz Wim-Silverman iğnesini kullandık. Wim Silverman iğnesi : a) Kılıf, b) Mandren, c) Biopsi bıçağı olmak üzere üç parçadan yapılmıştır (Resim : 3).

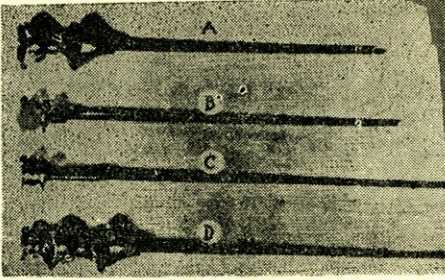
Kılıf ve mandren tamamıyla birbirine uyacak şekilde yapılmış olup, uç kısmı sivridir. Biopsi bıçağı kılıf içine sokulunca 2 cm. dışarı çıkar (Resim : 3/D). Bıçağın uç kısmı çatallıdır ve kesicidir. Kesici kısım 7 mm. uzunluğundadır.

Bizde çeşitli otoritelerin belirttiği gibi, prostat biopsisinin ayırıcı tanıda etkisine inanıyoruz. Yoksa tedavimizin izlenmesi ve prognozda biopsilerle karar vermenin yanıltıcı olacağı kanısındayız (2).

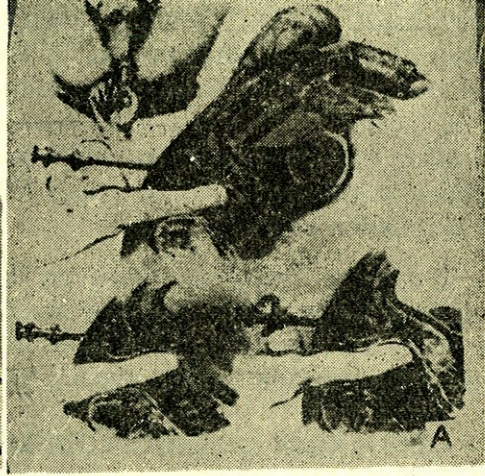
Kullanılan Tetkik :

Biopsiden bir saat önce bütün hastalara intramusküler veya oral analjezikle bir hazırlık yapıldı.

Transperineal Biopsi, standart lithotomi pozisyonunda yapılmaktadır (Resim : 4).



Resim - III : Wim-Silverman iğnesi.



Resim - IV : Transperineal iğne biyopsisinin uygulanış şekli.

Genital organlar karnın üzerine doğru çekilerek flaster ile tespit edilir. Perine ve perineal bölge tinte d'iole ile boyanır. Biopsi yapılacak sahanın dışı steril bezle örtülür. Eldiven giyilerek, sol elin işaret parmağı rektuma konur. Prostat palpe edilir ve şüpheli lezyonun yeri tespit edilir. Bilahare biopsi yapılacak doğrultuda lokal anestezi uygulanır. Lokal anestezi olarak % 1-2'lik Novacain veya % 0.5'lik Citanest'ten ortalama 10 cc uyguladık. Anestezi tamamlandıktan sonra genellikle bir veya iki dakika beklemek yeterlidir. Bundan sonra anüsün 1 cm kadar ve orta hattın 1 cm kadar sağ ve solundan (lezyonun bulunduğu tarafa göre) iğne perine derisine batırılır (Resim : 4).

Sol elin işaret parmağının rektumdan kılavuzluğu ve kontrolü ile iğne musculus sfinkter anii eksternusun kenarına ve musculus transversus perineii superfisiyalisin altından geçerek şüpheli lezyon tarafında prostat kapsülüne kadar ilerletilir. İğnenin prostat kapsülünü delmesi, sert bir dokuda geçmesi ve hastaların hafif bir ağrı duymasıyla fark edilir (Resim : 4).

İğnenin prostatdaki lezyon içine uygun bir şekilde sokulduğuna kanaat getirildikten sonra mandren çekilir. çıkarılır. Kılıftaki kan, idrar veya pü gelir gelmediği kontrol edilir. Kan gelince bir damara, idrar gelince mesaneye girdiği anlaşılır. Bu durumlarda iğnenin yeri değiştirilir. Bundan sonra kılıfa biopsi bıçağı sokulur. İyice ittirildikten

sonra bıçak sirküler yönde 1-2 defa çekilir ve bıçak sonuna kadar sokulur (Resim : 4). Bilahare kılıf bir cm. kadar bıçağı üzerine doğru itilmek suretiyle bıçak ve bıçağın aldığı doku kılıf içine alınmış olur. Kılıf ve bıçağın bu durumu muhafaza edilerek ikisi birden dışarı alınır. Bu işlem yapıldıktan sonra biopsi yerine kanama ihtimaline karşı 1-2 dakika tazyik edilir. Alınan parça küçük bir şişedeki alkol solüsyonuna ezilmeden konur.

Biopsiden sonra hastalara bir iki defa daha analjezik uygulanır. Bunun yanında biopsiden önce başlamak üzere ve biopsiden sonrada bir hafta süreyle devam eden antibiyotik tedavisinin prevantif olarak uygulanmasında faydalı olacağı kanısındayız.

OLGULARIN DEĞERLENDİRİMİ

Tablo 1'de görüldüğü gibi biopsi parçalarının histopatolojik incelenmesi sonucu 60 olguda (% 68) Benign prostat Hipertrofisi, 17 olguda (% 19) Prostat kanseri, 4 olgu (% 5) Fibromusküler doku, 4 olgu (% 5) BPH-Prostatit, 1 olgu (% 1) Yetersiz materyal, 1 olgu (% 1) Normal Prostat Dokusu, 1 olgu ise (% 1) Prostatit gelmiştir.

Tablo 2'de Biopsi sonuçlarının yaşlara göre dağılımı gösterilmektedir.

Biopsi uyguladığımız 88 olgunun 83 tanesi (% 94.2) 50-80 yaşları arasındaydı. 31-40 yaşları arasında 1 vaka (% 1.2), 41-50 yaşları arasında 2 vaka (% 2.3), 51-60 yaşları arasında 22 vaka (% 25), 61-70 yaşları arasında 40 vaka (% 45.4), 71-80 yaşları arasında 21 vaka (% 23.8), 80 yaşın üzerinde ise 2 vaka (% 2.3) bulunuyordu.

Tablo : 1 - 88 Vakada 94 Biopsinin Sonuçları

Anatomo-patoloji	Olgu Sayısı	Biopsi Sayısı	Oran (%)
1) BPH	60	66	68
2) Prostat Kanseri	17	17	19
3) Yetersiz materyal	1	1	1
4) Fibromusküler Doku	4	4	5
5) Normal Prostat Dokusu	1	1	1
6) BPH-Prostatit	4	4	5
7) Prostatitis	1	1	1
TOPLAM	88	94	100

Yetersiz materyal gelen olgu ilk biopsimiz olup, biopsi yenilenmiş ve ikinci kez alınan biopsi, BPH gelmiştir (K.B. Kasım, 1984 : P.N. : 931).

Tablo : 2 - 94 Biopsinin Yaşlara Göre Dağılımı

Sonuç	Yaş	40 ve	41-50	51-60	61-70	71-80	81 ve	Toplam
1. BPH		—	—	16	30	12	2	60
2. Prostat Ca.		—	—	4	5	8	—	17
3. Yetersiz materyal		—	—	—	—	1	—	1
4. Fibromusküler doku		—	1	1	2	—	—	4
5. Normal Prostat		—	—	—	1	—	—	1
6. BPH - Prostatitis		—	1	1	2	—	—	4
7. Prostatitis		1	—	—	—	—	—	1
TOPLAM		1	2	22	40	21	2	88
ORAN (%)		1.2	2.3	25	45.4	23.8	2.3	100

Serimizde en genç hasta 40, en yaşlı hasta ise 91 yaşındadır.

Biopsi uyguladığımız olguları rektal muayene bulgusuna göre üç guruba ayırdık. Birinci guruba, malignite bulgusu olmayan, benign büyümeleri aldık. 66 olgu (% 75) bu guruba girmektedir. İkinci guruba, rektal muayenede malignite şüphesi olan olguları aldık. Bu grup 14 olgudan (% 15.9) oluşmaktadır. Üçüncü guruba ise rektal muayenede kesin prostat kanseri bulguları bulunanları aldık. Bu grupta sekiz vaka (% 9,1) bulunmaktadır.

Tablo 3'te bu gruplarda biopsi ve ameliyat materyaline göre elde ettiğimiz sonuçlar gösterilmektedir.

Rektal muayenede malignite şüphesi olmayan normal prostat hipertrofisi bulguları olan birinci grupta yaptığımız 66 olguya (% 66) biopsi sonucu olarak; BPH (% 86), Prostat Kanseri 2 (% 3), BPH-Prostatit 3 (% 4.75), Yetersiz materyal 1 (% 1.5) olgu gelmiştir. Prostat kanseri gelen olgularda şüphelenilmediği için onlarda dahil olmak üzere operasyona alınmış ve operasyon sonucunda ikisine ek olarak fibromusküler gelen olgudan «BPH - Occult adeno Ca.», BPH - Prostatit gelen olguda ise «İyi diferansiye saydam hücreli asiner tip Prostat Ca.» gelmiş ve Kanseri gelen olguların sayısı 4 olmuştur (% 6). Yetersiz materyal gelen olgumuz ilk olgu olup, ikinci kez alınan biopsi BPH gelmiş, operasyon sonrasında BPH olarak teyid edilmiştir.

Rektal muayenede malignite şüphesi olan ikinci grupta 14 vaka-ya 19 Biopsi yapıldı. Biopsi sonucu 5 vakada malign (% 35), 5 vakada Benign (% 35), 1 vaka BPH - Prostatit (% 7.5), 1 vaka fibromusküler doku (% 7.5), 1 vaka Prostatit (% 7.5), 1 vaka normal prostat dokusu gelmiştir (% 7.5). Malignite dışındaki vakaların ameliyat sonrası anatomopatolojik spesmenleri arasında malign gelen mevcut değildi. Fibromusküler doku gelen vaka, tuşe bulgularına göre Ca. kabul edilerek tedavi edildi. Bu vakaya biopsi yenilenmedi.

Rektal muayene bulgularına göre kesin malignite tanısı konulan üçüncü grupta sekiz olguya biopsi yapıldı. Sekiz olgununda biopsi sonucu malign geldi (% 100).

Biopsi ile veya ameliyat sonrası malignite bulunan 17 vakanın sekizine (% 47) rektal muayene ile prostat kanseri konulmuş, beş vakada (% 29) rektal muayenede şüpheli kalınmıştır. Dört vakada ise (% 24) rektal muayene normal bulunmuştur (Bakınız, tablo 4).

Biopsi sonucu malign gelen 17 olgunun anatomopatolojik sonuçları ise tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 6'da ise 88 vakada rektal muayene bulgularının, biopsi ve ameliyat materyallerinin histopatolojik karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 7'de vakaların rektal büyüklüğe göre dağılımı gösterilmiştir. Biopsi yapılan vakalardan (% 56) irilikte olup, Kansерlerinde (% 53) kadardır.

Tablo : 3) Biopsilerin üç gruba dağılımı

	BPH	Şüpheli Ca.	Kesin Ca.	Toplam
Olgu Sayısı	66	14	8	88
Biopsi	67	19	8	94
Yetersiz materyal	1	—	—	1
BPH	56	5	—	61
BPH - Prostatit	3	1	—	4
Fibromusküler doku	3	1	—	4
Prostatit	—	1	—	1
Normal doku	—	1	—	1
Biopsi sonucu Ca.	2	5	8	15
Operasyon sonucu dahil Ca.	2	—	—	2
Toplam Ca.	4	5	8	17

Tablo : 4) Rektal Muayene Bulgularına Göre Biopside Prostat Kanseri Tanısı
Konulan 17 Olgunun Dağılımı

Rektal Muayene	No	Oran (%)
1 —) Kanseri tanısı konulan	8	47
2 —) Kanseri şüphesi bulunan	5	29
3 —) Normal bulunan	4	24

Tablo : 5) Biopsi Sonucu Malign Gelen 17 Olgunun Anatomopatolojik Sonuçları

1 olgu İyi diferansiyeli Saydam hücreli asiner tip
1 olgu İnfiltratif tip ADENO Ca.
1 olgu Occult Adeno CA
1 olgu Anaplastik CA
13 olgu Adeno CA
13 Adeno CA olgusunun Diferansiasyonu :
8 olgu İyi diferansiyeli,
5 olgu Az diferansiyeli bulunmuştur.

Tablo : 6) 88 Vakada Rektal Muayene Bulgularının Biopsi ve Ameliyat Materyallerinin
Histopatolojik Karşılaştırılması

Rektal Muayene	Vaka Sayısı	Benign B.	Malign B.	Yetersiz Ameliyat sonrası :		
				Materyal	Benign	Malign
1. Malignite bulgusu olmayan	66	63	2	1	60	4
2. Malignite şüphesi olanlar	14	9	5	—	8	—
3. Kesin Malignite bulgusu olanlar	8	—	8	—	—	—
TOPLAM	88	72	15	1	68	4

Tablo : 7) Vakaların Rektal Büyüklüğüne Göre Dağılımı

Rektal Muayene	Biopsi Yapılan	CA Tespit Edilen
+	2	—
+	6	3
++	9	1
++	50	9
++	8	2
+++	12	2
++++	1	—
TOPLAM	88	17

Biopsi yaptığımız (88 olguya, 94 Biopside) olgularda, % 8.5 oranında komplikasyon gördük (Tablo : 8)

Tablo : 8) 94 Biopside İzlenen Komplasyonlar

Komplikasyon	Olgu Sayısı	Oran (%)
1. Perineal iğne yerinde hemoraji	5	5.2
2. Hematüri	2	2.1
3. Perineal bölgede ağrı	1	1.2
TOPLAM	8	8.5

Çeşitli yaynlarda belirtilen perinede hematoma, perine ve skrotumda hematoma, perivezikal hematoma, Biopsi sırasında lojda yabancı cisim kalması (biopsi iğnesi parçaları v.b.), mesane tamponadı (hematoglob) Kanser dokusunun çevreye implante olması gibi komplasyonları görmedik (9,13,16,18,27,31,44,47).

TARTIŞMA

AÜTF Üroloji kliniğine Kasım 1984 - Kasım 1985 tarihleri arasında prostat büyümesi nedeniyle başvuran 88 hasta üzerinde 94 transperineal iğne Biopsisi uygulandı.

Bu olguların 15'inde Biopsi ile, ikisinde ise ameliyat materyalinden olmak üzere toplam 17'sinde Prostat Kanseri tespit edildi. İki vakanın biopsi sonucu malign gelmemesine karşın ameliyat sonrası pa-

tolojileri maligndi. Buna göre % 88.2 oranda biopsimiz, tanıya yardımcı olurken, % 11.8 olguda yanıltıcı olmuştur (13). Transperineal iğne biopsisinin kanser tanısında Fortunoff, % 80.9; Kaufman ve Schultz çeşitli guruplarda % 67-86 oranında başarılı olduğunu bildirmişlerdir (6,9). Veenema bu teknikle değişik bir iğne ile (Coup iğnesi) % 88 oranında başarı sağlamıştır (16). Yine serimizde prostat büyümesi olan hastaların % 19'unda prostat kanseri olduğunu görmekteyiz.

Nitekim, prostat büyümesi olan hastalarda Denton ve arkadaşları % 17.6, Finkle % 21.5, Hugh Young % 20 oranında prostat kanseri tespit etmişlerdir. Daha önce kliniğimizde yapılan çalışmalarda Dr. Ehliz, Dr. Kebapçioğlu, Dr. Kiper tarafından % 16.5, % 19.3 ve % 16 gibi rakamlar saptanmıştır (11,13).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla, değişik yazarların verdiği rakamlar arasında benzerlik görülmektedir. Daha öncede belirttiğimiz gibi hastaları rektal muayene bulgularına göre üç guruba ayırarak inceledik.

Birinci gurupta rektal muayenede malignite bulgusu olmayan, normal prostat büyümesi olanlar alındı. Bu gurupta biopsi ile iki vaka kanser, tespit edildi. Ancak patoloji sonuçları beklenmeden ameliyat edildiler, anatomo-patolojik sonuçları da aynı geldi. Biopside malignite göstermeyen iki hastada ise operasyon sonrası malignite görüldü. Böylece bu gurupta dört malignite tespiti yapıldı (% 6).

Klasik kitaplarda prostat hipertrofisi nedeniyle ameliyat edilenlerde prostat kanserine % 10-20 oranında rastlanıldığı bildirilmesine karşın, bizim çalışmamızda bu rakam % 6 olup, daha düşüktür (4, 12,13,16).

İkinci guruba rektal muayenede malignite şüphesi olan 14 olgu alındı. Bunların beyinde (% 35.7) biopsi ile malignite tespit edildi. Bu gurupta çeşitli otoriteler % 45, % 35.6, % 47 ve % 69 oranında malignite tespit etmişlerdir (9,11,14).

Üçüncü gurup, rektal muayene de kesin malignite bulguları olan sekiz olguyu kapsamaktaydı Biopsi ile bunların % 100'ünde malignite saptandı. Bu guruptaki olgularda biopsi ile Linqvist ve Skiro % 63 Kaufman ve Schultz % 84, Parry ve Finelli % 87 oranında malignite tespit etmişlerdir (9,14).

Son iki gurubu bir arada değerlendirirsek, rektal muayenede malignite şüphesi olan 14 ve kesin malignite bulgusu olan 8 hastayı bir

getirirsek, toplam 22 hastada % 59 oranında (13 olgu) biopsi ile malignite tespit edildi. Buna karşın bu guruplarda Denton % 66, Pearsons ve Moore % 83, Kaufman ve Rosenthal % 71, Parry ve Finelli % 63 oranında malignite tespit ettiklerini bildirmişlerdir (13,14).

Çalışmalarımızda % 59 oranında malignite tespit edişimizde olguların % 41 kadarında malignite olmadığı anlaşıldı. Bunların tedavi yöntemlerinin ne kadar farklı olduğu düşünülürse prostat Biopsisinin tanındaki önemi daha iyi anlaşılabilir. Nitekim, Colby % 27, Jenken ve Fojer % 44, Jewett % 50, Hilme % 43 oranında rektal muayenenin hatalı sonuç verdiğini bildirmişlerdir (10,13).

Tablo 1,2 ve 3'te görüldüğü gibi 88 olguluk serimizde 94 biopside sadece bir olguda yetersiz materyal (% 1) tespit edilmiştir. Bu ilk vakamız olup, birinci guruba girmektedir. Biopsi ikinci kez yenilenmiş ve Benign olarak gelmiştir.

Kaufman ve Schultz % 8.8, Denton ve arkadaşları % 6.7 oranında ikinci ve üçüncü guruplarda yetersiz materyal tespit etmişlerdir. Bizim bu guruplarda yetersiz materyal oranımız sıfırdır (9,13).

94 biopsi yaptığımız 88 olguluk serimizde tespit edilen komplikasyonlar tablo 8'de gösterilmiştir.

Tabloda da izlenebileceği gibi sadece 8 olguda komplikasyon gördük (% 8.5). 5 vakada (% 5.2) perineal iğne yerinde hemoraji izledik. Bilahare parmakla ve gazla tampon yapmakla birkaç dakika içinde durdular. İki vakada (% 2.1) hematüri, 1 olguda ise perineal bölgede ağrı (% 1.2) tespit ettik. Hematüri olan olgular en çok bir günde kayboldu (bu hastaların diürezini artırdık). Perineal bölgede ağrı ise üç gün kadar hafifleyerek sürdü.

Ardino ve Murphy; 166 olguda yaptıkları 171 transperineal iğne biopsisinde 34 (% 20.4) olguda geçici hematüri, 31 (% 18.6) olguda mesane delinmesi, 8 olguda (% 1.8) procaine reaksiyonu, üç olguda (% 1.8) epididimit, 1 olguda (% 0.6) perineal apse, 1 olguda (% 0.6) idrar retansiyonu, 1 olguda (% 0.6) enfeksiyon ve perineal hematom gördüğünü bildirmekte dirler (1). Ayrıca transperineal biopsiden sonra malignitenin perineal bölgede yayılımına ait Blackord ve arkadaşları 5 olgu yayınlamışlardır (3).

Prostat kanserinin latent seyredebilmesi, kliniğinin çok belirgin olmaması, erken tanısının güç olması nedeniyle prostat biopsisinin tanı değeri çok fazladır.

Transperineal Prostat İğne Biopsisi; rektal muayene ve klinik bulgularla birleştirilerek, deneyimli ellerde başarılı olan, teknik bakımdan kolay, karmaşık araçlara ve yetişkin yardımcıya gerek olmayan, hastanın hastanede yatmasını gerektirmeyen ve az komplikasyonu olması nedeniyle uygulanmasının diaagnozda ve tedaviyi planlamada çok yararlı olacağı kanısındayız.

ÖZET

PROSTAT BİOPSİSİ

Prostat Biopsisi kanserden kuşkulanan olgularda taida en önemli yöntemdir. Bu makale de, 1984 Kasım 1985 Kasım tarihleri arasında AÜTF-Üroloji kliniğinde 88 olguya yaptığımız 94 transperineal iğne Biopsisini değerlendirdik.

Buna göre şu sonuca vardık :

1 — Benign P.H.	60 olgu	% 68
2 — Prostat Kanseri	17 olgu	%
3 — Fibromüsküler doku	4 olgu	% 5
4 — BPH-Prostatit	4 olgu	% 5
5 — Normal Prostat dokusu	1 olgu	% 1
6 — Prostatitis	1 olgu	% 1
7 — Yetersiz materyal	1 olgu	% 1
Toplam :	88 olgu	%100

SUMMARY

Prostatic Biopsy

Prostatic biopsy is the most important method diagnose of the cases which are doubted to be cancer. In this article, we examined 94 transperineal needle biopsies in 88 cases in Urology Department of Medical School of Ankara between November-1984 and November-1985. These are results :

1 — Benign P.H.	60 cases	68 %
2 — Cancer of prostate	17 cases	19 %
3 — Fibromuscular tissue	4 cases	5 %
4 — BPH and Prostatitis	4 cases	5 %
5 — Normal prostate tissue	1 cases	1 %
6 — Prostatitis	1 cases	1 %
7 — Inadequate material	1 cases	1 %
Total :	88 cases	100 %

LİTERATÜR

1. Ardino, Lino J. and Francis J. Murphy : Carcinoma of the prostate of the Franseen needle for perineal prostatic biopsy, J. Urol., 89 : 732-736, 1963.
2. Bichop MC, Ansell ZD, Taylor MC, Thomas AC : Serial Prostatic Histology, Avalid marker of respons to the hormone treatment, British Journal of Urology, 57 : 453-457, 1985.
3. Blackhard EC, Saucherasy AJ, Gleasson FD : Prostatic Needle Biopsy with perineal extention of Adenocarcinom, Journal of Urology, Vol. 106 : 401, 1971.
4. Campbell's Urology. Vol. II, Section VIII : 949-964, 1978.
5. Dahlen PC, Goodwin EW : Sexuel potency after biopsy, J. Urology, Vol. 78 : 660, 1977.
6. Dortunoff S : Needle Biopsy of Prostate, A review of 346 biopsies, J. Urology, Vol. 87. 159, 1962.
7. Glen E. James : Urologic Surgery; 1984.
8. Hudson BR, Stuart PA : Perineal Prostatic Biopsy, An atlas of Prostatic Surgery 23-33, 1962.
9. Kaufman JJ, Schultz IJ : Needle Biopsy of Prostate, J. Urol. Vol. 87 : 1964.
10. Kebey DM, Kohler F , Mac Hinney CC : Uutpatient Needle aspiration biopsy of the prostate, J. Urology, Vol. 116 : 327, 1976.
11. Kiper Ahmet Namık, Kebapçioğlu N, Göğüş Orhan : Transperineal iğne biyopsisi ile prostat dokusunda malignite araştırması, SSK-Tıp Bülteni, Vol. 212 : 1984
12. Knönagel H, Hauri D : Prostatodiagnostic, Helv. Chir. Acta, 51 : 433-435, 1984.
13. Özkaya Haluk : Prostat hipartrofisi ve prostat kanserinde istatistiksel araştırma biyopsisi sonuçlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Ankara, 1986.
14. Parry WL, Finelli JW : Biopsy of the Prostate, J. Urol. Vol. 84 : 643, 1960
15. Rhind JR : Prostütic Biopsy, Procedures i n Practice, British Med. Journal, Vol. 281 : 122-723, 1980.
16. Veenama RJ : Perineal Prostatic Coup Biopsy, J. Urology, Vol. 87 : 585, 1962.
17. Winkelstein WW, Jr., Ernster VL : Epidemiology and etiology in Prostatic Cancer age I in Prostatic Cancer. Murphy GP (editör) : 1979.