

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİYARBAKIR TIP FAKÜLTESİ
CERRAHİ GRUBU KÜRSÜSÜ
ÜROLOJİ ALT BÖLÜMÜ
Doç.Dr. Yılmaz Türkeri

TRANSPERİNEAL
İĞNE BİOPSİSİ İLE
PROSTATTA MALİGNİTE ARAŞTIRMALARI

BAŞLENDİ

-1972-

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANESİ

Demirbaş No. 00362A3

Tasnif No. 616.05
ERT
1972

Dr. Hüseyin Ertürk

36273

ÖNSÖZ

Zamanımızda önemli bir sorun haline gelen kanserin , erken teşhis ve tedavisi için uğraşmalar hızla ilerlemektedir. Biz de çalışmalarımızı prostat kanserinde tedavideki başarının erken teşhise bağlı olduğu kanısıyla biopsinin yeri ve değerini belirtmeğe yönelttik.

Elde ettiğimiz bulgular klâsik bilgilere uygunluk göstermesine rağmen olanaklarımızın yetersizliği nedeniyle vak'alarımızın sayısı nisbet itibariyle azdır.

Bu çalışmada çok yakın ilgilerini gördüğüm hocalarım Sayın Prof.Dr.Kemal H. Öktem'e , Erçin Doç.Dr.Yılmaz Türkeri'ye , mesai arkadaşlarıma ve Kürsümüz sekreteri Süheylâ İne'ye teşekkür ederim.

Dr.Hüseyin Ertürk

İ Ç İ N D E K İ L E R

GİRİŞ ve AMAÇ

GENEL BİLGİLER

-Prostat hipertrofisi

-Prostat kanseri

MATERYEL ve METOD

VAK'ALARIMIZDAN ELDE EDİLEN BULGULAR

KOMPLİKASYONLAR

BULGULARIN TARTIŞILMASI

SONUÇ LİTERATÜR

GİRİŞ ve AMAÇ

Son yıllarda kanser ve sebep olduğu ölüm oranının yükselmesi karşısında araştırmacıların , erken teşhis ve buna bağlı olarak tedavideki başarı nisbetinin artması için yeni tekniklere doğru adeta yarış halinde oldukları bir gerçektir.

Bütün kanser vak'aları arasında ürogenital sistem kanserleri, özellikle prostat kanserinin önemli bir yeri vardır. Erkeklerde mevcut kanserlerin %14 ünü urogenital sisteme ait kanserler teşkil etmektedirler. Bu oranın %12.2 si prostata aittir.

Prostat kanserlerinde rektal tuşe ile teşhis oranı %80'e kadar ulaşırsada, şüpheli ve sert nodüllerin %50 ye yakın kısmının başka nedenlerle oluştuğu hatırdan çıkarılmamalıdır. Değerini hiç bir zaman kaybetmeyen bu muayene metodu yanısıra prostat sekresyonunun sitolojik muayenesi, radyolojik tetkikler , serumda asit-alkalen fosfataz taayini ve endoskopik muayene metodları mevcuttur. Asit fosfataz, erken kanser vak'alarında %47, peri-prostatik dokuya infiltre ve metastaz yapmış vak'alarda %85 oranında yüksek bulunmasına rağmen patognomonik değildir.

Kanserin kat'i teşhisi ancak dokunun anatomo-patolojik tetkiki ile mümkündür. Tümörol dokudan alınan bir parça (biopsi) ve bunun histopatolojik olarak titizlikle incelenmesi bizi çoğu zaman doğru ve erken teşhiste amaca ulaştırır.

PROSTAT'IN ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

Prostat, embriyonal hayatın 12. haftasında Wolf kanalının arka uretraya açıldığı kısımda üretraya invagina olan epitel tomurcuklarından meydana gelir(15) .

Kestane şeklinde, ortalama olarak 15-20 gr. ağırlığındadır.

Pars laterales, medius ve prae-ürethralis loblarından müteşekkil tubulo-alveoler bir organdır(15). Üzerini çok sağlam fibro-musküler bir kapsül örter. Kapsül her taraftan pelvik fasianın devamı olan prostatik fascia ile çevrilmiştir. Arkada Denonvilliers fasciası rektumdan ayırır. Önde, musculus pubo-prostatikus ve liğ. pubo-prostatikum ile pubise bağlanmıştır. Yanlarda M. levator âniler yer alır.

Prostat, 30-40 tane küçük tubulo-alveoler bezden ve bezler arasını dolduran düz ve elastik lifleri kapsayan dokudan yapılmıştır. Bezlerin ekskretuar kanalları, arka üretrada verumontanumun yanlarında 15-20 kadar deliğe açılırlar. Her iki duktus ejakulatoryuslar prostat içinden oblik bir seyirle verumontanumun yanlarına açılırlar.

Prostatın arterleri : Prostatın yalnız başına bir arteri yoktur. A. İliaca internanın dalları olan a. vezikalis inferior, a. hemoroidalis media ve pudendalis internadan 4-5 dal halinde muhtelif yerlerden girerek bir kısmını kapsül içinde, bir kısmında kapsül dışında olmak üzere glandda dağılırlar.

Prostatın venleri : Çevresinde bir pleksus yaparlar. Arka ve yanlarda lateral pleksus V. rektalis media ile, ayrıca vezikalis inferior ve veziko deferentialis ilede anastomos yaparlar. Önde pleksus Santorini ve pleksus veziko-prostatikusunu teşkil ederler. Arkada seminal ve rektal pleksus ile birleşirler(1,15).

Prostatın sinirleri : Nervus hipogastrikustan gelir.

Prostatın lenfatikleri : Asini çevrelerinde dağılarak peri-prostatik kapsül altı bir ağ yaparlar. Dört kolletör grup yaparak, V. ve A. iliaca çevresindeki lenf ganglionlarına, hipogastrik ganglionlara, birinci sakral vertebra ve promontorium önündeki ganglionlara A. pudendalis interna çevresindeki ganglionlara direne olurlar.

Fizyolojisi : Erkek genital sisteminin en büyük aksesuar glandı olan prostat, fonksiyonunu androgenlerle beraber sempatik ve para-sempatik sinir sisteminin kontrolü altında yapar. İstirahat ve ejakülasyon esnasında miktarı değişebilen bir salgısı vardır. İstirahat safhasındaki salgısı, idrarla dışarı atılır. Ejakülasyon esnasında spermanın % 95 ini teşkil ederek hem spermatozoidlerin hareketlerini kolaylaştırır, hemde aktivasyonunu sağlar.

Prostat sekresyonunda plazmaya oranla fazla miktarda sodyum, potasyum ve kalsiyum vardır. Fosfat bikarbonat ve klorürler daha düşüktür. Fazla miktarda sitrak ve non-proteik nitrojen, kolesterol ve spermin ihtiva eder(15).

Yaklaşık olarak 35 çeşit enzimi vardır. Bunlardan asit-fosfataz prostat kanserinin teşhis ve prognozunda önemli olup, idrarla ortalama olarak günde 613 ünite nisbetinde dışarı atılır(1).

Ürolojik hastalıkların hemen hemen 2/3 sini üriner obstrüksiyon ve bununla çok yakından ilgili olan üriner enfeksiyon teşkil eder. Üriner obstrüksiyonun en önemli iki büyük sebebi prostat hipertrofisi ve prostat kanseri olduğundan bunlardan kısaca bahsetmek yerinde olacaktır.

PROSTAT HİPERTROFİSİ:

Prostat hipertrofisi deyimi senelerdir yanlış olarak kullanılmış halende kullanılmaktadır. Gerçekte , hipertrofi ve hiperplaziye uğrayan verumontanum gerisindeki submukozal biseks guddeleri olup, hakiki gland bunun çevresinde cerrahi kapsül denilen ince bir tabaka halindedir.

50 yaşını geçtikten bütün erkeklerin % 50 sinden fazlasında, 80 yaşını üzerindeki %75 erkekte hiperplazi meydana gelmektedir. Ancak her vak'ada aşikar semptom vermez. Üriner obstrüksiyon sebebi 50 yaş üzerindeki hastalarda %71,1 benign prostat hipertrofisi %18,2 fibröz median bar, %5,4 prostat kanseri ve %5,1 prostat absesi (Randall'a göre) bulunmuştur (23).

Hastalığın sebebi pek açıklığa kavuşmuş değildir. Ancak kronik enfeksiyonlar, irk ve konstitüsyon, aşırı seksüel yaşantı, kötü itiyatlar, alkolizm, uretra darlıkları, metabolizma ve beslenme bozuklukları gibi bir çok teoriler ileri sürülmektedir. Bazı patoloğlar (Wirchow) neoplazm olarak kabul etmişlerdir. Bugün için en geçerli izah şekli hormonlar arasındaki imbalansdır. Yaşlı hastalarda görülen endokrin bir hastalık sonucu hiperplazi meydana gelmektedir. Androjenlerdeki rölatif azalma yanında östrojenlerdeki kısmi artış biseks guddelerinde hiperplazi ile neticelenir. Fakat her premenil ve senil şahısta bu değişikliği yapmaması , açıklığa kavuşmuş değildir (21).

Hipertrofi ve hiperplazi ilerledikçe uretra, mezane ve rektuma doğru değişik istikametlerde büyük. Özellikle mesane boynunda yaptığı obstrüksiyon sebebiyle uretra, mesane, ureter ve böbreklerde değişik tesirler yapar. Urethrada, elangasyon, deformasyon, deviasyon ve dislokasyon mesanede, adele değişiklikleri (erken safhada adele hipertrofisi, ilerisafhalarda atrofi) , akkiz sellül ve divertiküller, sistit ve taş teşekkülüne sebep olur. Üreterlerde, önce hipertrofi, sonra hopotoni ve atoni görülür. Böbreklerde, pelviste genişleme, kalisektazi ve Hidronefroz meydana gelir. Bu değişiklik bütün mesane boynu obstrüksiyonlarında olduğu gibi ekseriya bileteraldir. Hadise ilerledikçe kronik bubreğ yetmezliği ve ölemi teşekkül eder.

P a t o l o j i s i n d e pek fazla özellik arz etmez. Hiperplaziye ve hipertrofiye olan doku genellikle fibro-myo-adenom yapısındadır. Hakiki prostat cerrahi kapsül halini alır. Prostat hipertrofisinde patolojik olarak %3-5 vak'ada maligniteye rastlanır.

S e m p t o m l a r ı , hastanın fizyolojik ve prostatın anatomo-patolojik durumuna göre değişiklik arz eder. Genellikle üç büyük grup altında toplayabiliriz.

1-M i k s i y o n B o z u k l u k l a r ı

Bunlar dizüri , pollakiüri , eforlu işeme, acil işeme(Urgency), dezidü, retansiyondur. Hastalık uzun süre tedavi edilmezse ureter ve böbreklerde , yukarda izah edilen değişikliklere bağlı kronik böbrek yetmezliği ve üremi semptomları görülür. Hastada istemsiz idrar kaçırma (Incontinence) olabilir.Bu daha ziyade dolup taşma(Overflow incontinence) şeklindedir.

2-İ d r a r t e r k i b i n d e k i b a z u k l u k l a r

Hematüri(İnitial, terminal veya total), pyüri ve bakteriüri başlıcalarıdır. Hematürinin sebebi damarların konjesyone ve frajil bir hal almasındandır. Prostat venaları çok hafif travmalarda dahi yırtılabilirler. Distantü mesanelerin ani boşaltılması profüz kanamalara(Hematüria ex vacua) sebep olabilir. Pyürinin sebebi üriner enfeksiyondur. Urostaz , üriner sistem içersinde enfeksiyonun oturmasını sağlayan en önemli faktörlerden biridir(15).

3-D i ğ e r s i s t e m l e r e a i t b o z u k l u k l a r

Genital fonksiyonda başlangıçta artma, sonradan impotans, gastro-intestinal sisteme ait dengesizlikler, kardio-vasküler sisteme ait rahatsızlıklar başlıcalarıdır. Bunlardan başka cilt ve adale yapısında bozukluk, genel halsizlik ve yorgunluk gibi semptomlar pek seyrek değildir.

T e ş h i s t e anamnez başta gelir. İdrar şikayetleri olan her hastada mesane boynu obstrüksiyonlarını akla getirmelidir.

Rektal tuşede prostat büyük(Hipertrofi, kanser) veya büyük değildir, Orta lob hipertrofisi, mesane boynu kontraktürü, median bar ve uretra darlığı v.s.). Palpasyon dokunun anatomo-patolojik durumuna göre özellik arz eder.

Endoskopik ve radyolojik tetkikler yardımcı teşhis vasıtalarıdır. Bunlar sistoskopi, urethroskopi, urografi ilh. gibileridir.

A y ı r ı c ı t a n ı d a yardımcı teşhis vasıtalarının yanında biopsi çoğu zaman kat'i neticeyi verir.

T e d a v i d e esas prensip hastaya azami faydalı olmaktır. Erken ameliyat veya geç kalınma hastanın hayatına mal olabilir(23).

PROSTAT KANSERİ

Çok yavaş ve sinsi bir gelişme gösteren prostat kanseri erkeklerde görülen bütün kanserlerin %10 unu teşkil eder. Amerikan kanser araştırma merkezinin en son istatistik bilgilerine göre; 55 yaşından yukarı kanserden ölen erkeklerde, prostat kanseri üçüncü sırayı, 75 yaşından yukarıda ölenlerde ise en önemli sebebi teşkil etmektedir(5).

Ortalama prostat kanseri yaşı 70 dir. Bununla beraber, 70 yaşından aşağı erkeklerde de prostat kanserine rastlanır. Tjaden ve arkadaşları yaşları 50 den aşağı olan 56 prostat kanseri vak'ası neşretmişlerdir (21).

Bazı otörler, otopsi bulgusuna göre, 50 yaşını geçmiş erkeklerde %20.5, daha sonraki yaşlarda %29, yine otopsi bulgularına göre 50 yaşına kadar %14.8, 50 yaşından sonra ise %23 olarak prostat kanseri bulunduğunu söylemektedirler(6,7,9).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Uroloji kliniğinde 1957-1965 yılları arasında muayenesi yapılan 2470 prostat hastası gözden geçirilmiştir. Bunlardan 40-94 yaşları arasında olanların sayısı 1525 tir. Bu vak'aların tetkikinde 44 prostat kanserine rastlanmıştır. Oran %2.8 dir. Ayrıca 60 yaşın üstünde bulunanların sayısı 631 ve bu grupta prostat kanserli sayısı 25 olarak bulunup oran % 3.9 olarak belirtilmiştir(12).

Ankara Üniversitesi Diyarbakır tıp fakültesi üroloji kliniğinde 1970-1972 yılları arasında yapılan biopsi sonucu kanser teşhisi konan üç vak'ada yaş 70 ve daha yukarı idi (Tablo I).

E t y o l o j i : Diğer malign hastalıklarda olduğu gibi prostat kanserinde etyolojisi kesinlikle aydınlanmamış değildir.

Ewing, kronik hipertrofi Moore, senil atrofi sonucu kanser meydana geldiğini ileri sürmüşlerdir. Charles Huggins, androjenik hormonların tesiri üzerinde durmuştur. C. Huggins'e göre androjenler, 40 yaşından sonra azalmaya başlar. Prostat glandı, tedricen atrofiye olur. Atrofi daha ziyade maskülen olan arka lamellada aşikardır. Androjenlere en hassas olan kısmında burası olduğu ispatlanmıştır.

Prostat epitelinin testis kontrolü altında olduğu, kastrasyondan sonra prostatta atrofi meydana geldiği, tedavi (Kastrasyon+östrojen+kortizon) ile androjenlerin baskı altına alınmasından dolayı kanser aktivitesinin azaldığı bilinen gerçeklerdir. Yine enüklerde kanserin bulunmama-

sı prostat kanserinin androjen aktivitesine bağlı olduğunu akla getirmektedir. Fakat, bütün vak'alarda aynı durum görülmez. Örneğin; androjenlerin baskıya alınmasına rağmen prostat kanserinin ilerlediği vak'alar görülmüştür. Ayrıca yaşın ilerlemesi ile androjen titrajının azalmasına karşılık kanser insidansı artar. Bununla, kabul edilen androjen östrojen balansındaki değişmedir(15,21).

P a t o l o j i s i : Hakiki prostat glandından menşe'ini alan prostat kanserinin % 75 i posterior lamelladan(kapsül altı) ve % 25 i yan loblardan başlar(Gerghy ve Boyd). Moore'a göre vak'aların % 97 si adeno-kanser,% 2.5 epidermoid kanser ve % 0.5 ise her ikisinin karışımı şeklindedir (Resin I).

K l i n i k o l a r a k ü ç ş e k i l d i g ö r ü l ü r .

1.L a t e n t tip: Asemptomatiktir. Metastaz yapmaz. Ekseriya otopside teşhis edilir. Seneler sonra manifest şekle dönebilir.

2.M a n i f e s t tip: Lokal lezyon barizdir.Tümör prostatın hudutlarını tecavüz eder(İnvasyon). Uzak metastazları geçir. Bunlar diferansiye adeno-kanserlerdir.

3.O k ü l t tip:Primer lezyon küçük,metastazları yaygındır. anaplastik kanserlerdir(15).

M e t a s t a z v e y a y ı l m a y o l l a r ı :

Prostat kanserleri, lokal , lenf , kan ve nadiren duktus deferans yoluyla yayılmadagösterir (3,16). gösterirler.

Meme kanserlerinden sonra ikinci derecede osteofil bir kanser olan prostat kanserlerinin çoğu ilk uzak metastazları kemiklerde görülür. Denonvilliers fasiası kanserin rektuma sirayetini önler.Hematojen yolla olan uzak kemik metastazları sıra ile pelvis,sakrum ve lomber vertebra- lar,kostalar ve femurda görülür.

Perineural lenfatiklerle prostat dışarı yayılan kanser tedricen vezikal,sakral,dış iliak ve lumbal lenf nodüllerini istilâ eder.Bazen sol supraklavikular nodül de attake olabilir.

S e m p t o m a t o l o j i : Prostat kanseri erken devrede umumiyetle hiç bir belirti vermez. Ancak ileri devrelerde tümörün , mesane boynu ve üretra posterioru istilâsı ile dizüri , polakiüri , komplet retansiyon gibi obstrüktif belirtilerle kendini belli ederse bunlar kanser için spesifik değildir.

Semptomatolojisininâ üç gurupta incelemek yerinde olur.

1-M i k s i y o n b a z u k l u ğ u

2-Ü r o l o j i k b e l i r t i v e r m e y e n

(Metastazları ile klinik belirti veren şekil).

3-Ö z e l b a z ı k l i n i k b e l i r t i l e r

(Fibrinoliz sendromu , trombositopeni ile kendini gösteren

Miksiyon bazukluğu belirtileri obstrüktif gösterilerle karşımıza çıkar. Üreterlerin tümörle istilası veya iliak lenf nodülleri metastazlarının baskısı altında hidronefroz , renal yetmezlik belirtileri görülebilir.

Hastalığın ileri devirlerinde metaztazlarına ait belirtiler daha aşıkardır. Bunlardan en önemlisi ağrıdır. Ağrı, bilateral siyatikalji şeklinde görülebildiği gibi lumbal ve sakral bölgede, perine ve rektumda hissedilir. Kanserin disseminasyonuna bağlı olarak genel düşkünlük, zayıflama , iştahsızlık, anemi, alt tarafta ödem, nadiren de spontan kırıklar görülür.

P r o ğ n o z : Prostat kanserlerinde prognoz metastazın bulunup veya bulunmamasında göre değişir. Metaztas bulunmayan erken prostat kanserli hastalar total prostatektomiden sonra ortalama 10 yıllık yaşama süresi kazanırlar. Jewett, total prostatektomiden sonra %53 nisbetinde 15 senelik bir sürvi sağlamıştır(20).

Beş yıllık sürvi, total ve radikal prostatektomiden başka bilateral kastrasyon + östrojeno-terapi sonucu alınırsada küratif cerrahi müdahaleye nazaran daha azdır. Fakat, hastalar yaşadığı müddetçe tedavi görmeyenlere nisbetle daha rahat bir hayat sürerler.

T e d a v i : Prostat kanserlerinde uygulanan tedaviyi başlıca üç grupta inceleyebiliriz.

1-Cerrahi tedavi.

2-Hormonal ve androjenik aktiviteyi baskı altında tutmayı hedef alan tedavi şekli.

3-İrradiasyon tedavisi.

C e r r a h i T e d a v i : Erken metaztas yapmamış vak'alarda endikedir. Duruma göre total veya radikal prostatektomi yapılır. Ancak total ve radikal prostatektomi ve tedavi yapılacak vak'alar % 20 yi geçmez. Bu 10 yıllık bir sürvi sağlar.

Total ve radikal prostatektomi safhasını geçirmiş , ağır urolojik belirtileri olan metaztaslı vak'alarda ise metaztasların yapmış olduğu urolojik komplikasyonları düzeltmek için trans-üretikal rezeksiyon, definitif sistostomi veya üriner daversiyonu gibi çeşitli ameliyat usulleri denenebilir.

H o r m o n a l v e a n d r o j e n i k aktiviteyi baskı altında tutmayı hedef alan tedavi şekli: Metaztas yapmış inoperabl prostat kanseri vak'alarında uygulanan östrojen(Diethylstilbestrol), Östrojen + kastrasyon tedavisi kompleks androjenik aktiviteyi azaltmak esasına dayanır.

Gaye hastayı feminize etmek ve atrofik prostat epiteline tesir ederek kanseröz gelişmeyi stimüle eden androjenleri azaltmak veya inaktive etmektir. Bu tedavi ile hastaların kanser nedeniyle bazılan genel durumu düzelir. Ağrısı kaybolur ve kilo almaya başlar. Ayrıca prostatta küçülme ve yumuşama, radiografide mataztaşların gerilemesi ve asit fosfataz seviyesinin düşmesi gibi objektif iyi sonuçlarda alınır.

Östrojenler per-oral günde 10-15 mg. verilir. İdame doz 5 mg. dır. Jinekomasti, infarktüs, asistoli gibi kardiyovasküler bozukluklar, ödem, bulantı, kusma gibi gastro-intestinal bozukluklar yan etkilerdir.

Son yıllarda yan etkiler daha az olan (stiybestrol di phosphate) terki binde sitositatik östrojen preparatları kullanılmaktadır. Bunlardan Honvan (Diethyl-stiybestrol di phosphate), Tace-FN ve Dicorvin gibi preparat isimleri sayabiliriz.

Bunlar tesirlerini kanser hücreleri ile temasa gelince asit fosfatazın da etkisi ile di phosphate kökünü kaybederek dokuda yüksek bir stiybestrol seviyesi sağlayarak yaparlar. Tedaviye rezistan kalan vak'alarda sürrenal menşeli androjenleride baskıya almak veya tamamen ortadan kaldırmak için sürrenalektomi yapılır. Bütün bunlardan fayda görmeyen vak'alarda ağrıyı ortadan kaldırmak için hipofizektomi yapılır.

İ r r a d i a s y o n t e d a v i s i : Prostat kanserlerinde yüksek voltaj röntgen ışınları ile veya telekobalt ile irradiasyon tedavisi denemişse de komplikasyonları sebebi ile fazla tatbik edilmemektedir. Au¹⁹⁸ kullanılabilir. Yarı ömrünün kısa ve masraflı fazla miktarda sklerozis ve fibrozise temayül göstermesi sebebiyle tercih edilmemektedir.

Hiç bir tedaviye cevap vermeyen şiddetli ağrılarda ve yaygın kemik metaztaslı prostat kanseri vak'alarında kolloidal "Cromie Phosphate" (P³²) denenebilir. Per-oral veya prostat içine verilmek suretiyle kullanılır. P³² nin kanseröz dokularda daha fazla tutulması için tedaviye testesteron ilave edilir(11).

PROSTAT KANSERİNDE TEŞHİS VASITALARI

R e k t a l m u a y e n e : Rektal muayene prostat kanserinde önemli bir klinik muayene metodudur. Vak'aların %80'ine bu usulle teşhis koymak mümkündür. Ancak tuşenin iyi bir pozisyonda ve tercihan bimanuel şekilde yapılması lazımdır.

Rektal Muayenede;

1-Prostat tahta sertliğinde, yaygın , bazen yer yer nodüle bir durumdadır. Bu bulgu, prostat kanseri için patognomonik olup ilerlemiş vak'alarda görülür.

2-Prostatın tek bir lobunda sert veya nodüler bir durum vardır. Bu bulguda prostat kanseri için karakteristiktir.

3-Prostatın herhangi bir lobunda ve daha çok kapsül altında nodül şeklinde bir sertlik hissedilir. Eğer nodül prostatın apeksinde ise daha çok prostat kanseri düşünülür. Ancak bu nodüler tipler prostat taşı, prostatit, fibrozis, nadiren de prostat absesi ile karışabilir.

4-Rektal muayenede hiç bir şey hissedilmeyebilir. Ancak bu bulgu prostat kanserini tamamen ekarte etmez. Zira kanser nodülü prostat adenomu ile maskelenmiş olabilir.

P r o s t a t s e k r e s y o n u n u n s i t o l o j i k m u a y e n e s i

Şüpheli vak'alarda kanser teşhisini teyid edebilmek için prostat sekresyonunun sitolojik muayenesi önemli ise de , sık sık yapılan masajlar latent veya klinik belirti veren kanser vak'alarında metastazları hızlandırması ve kanser aktivitesini arttırması nedeniyle pek tavsiye edilmemektedir.

Bekrosyon rektal yoldan prostat üzerine usulüne uygun olarak yapılan masajla üretradan alınır, Papa Nicolaou. metodu ile boyanarak sitolojik tetkik yapılır.

Colby, prostat smearlerinin %40, Goodwin ise % 45 oranında kanser yönünden müsbet olduğunu bildirmişlerdir(4-6).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji kliniğinde Mart 1967-Mayıs 1970 tarihleri arasında 21 prostat kanseri vak'asının ancak yedisinde prostat sekresyonundan sitolojik araştırma yapılmış, bunlardan yalnız birtanesinde atipik hücre tesbit edilmiş olup diğerleri normal bulunmuştur(23).

S e r ü m a s i t f o s f a t a z t a a y i n i

Asit fosfataz prostat glandının başlıca enzimlerinden biridir. Normalde kanda asit fosfataz seviyesi "0-1,2" Bodansky , " 1.37-3.25" King Armstrong ünitesidir.

Benign hiperplazide hiç bir değişiklik göstermeyen asit fosfataz seviyesi prostat kanserlerinde özellikle metastaz yapmış vak'alarda yükselme gösterebilir.

Nesbit ve Braun, 1150 prostat kanseri vak'asında metastazlılarda %65, metastaz olmayanlarda %21,5 nisbetinde asit-fosfataz seviyesini yüksek bulmuşlardır(21).

Son zamanlarda prostatik asit fosfatazın(serum asit fosfatazın L-tartarat fraksiyonu) ölçülmesine önem verilmektedir.Zira prostat kanserlerinde bilhassa metastaz yapmış vak'alarda prostatik asit fosfataz da yükselme görülmektedir(16).

Ayrıca normalde 1-4 Bodansky ünitesi olan alkalin fosfatazın yüksek bulunması kemik metastazlarına işaret etmesi bakımından önem taşır.Fakat aynı zamanda alkalin fosfataz primer kemik tümörü ü Paget hastalığı v.s. gibi hallerde de yüksek bulunur.

Ankara Üniversitesi Üroloji kliniğinde Mart 1967-Mayıs 1970 tarihleri arasında teşhisi konan 21 prostat kanserinden ancak 14 tanesinde asit -Fosfataz taayini yapılmış, bunlardan yalnız iki tanesinde yüksek bulunmuştur.

P r o s t a t ı n r a d y o a k t i f m a d d e l e r l e i n c e l e n m e s i

Son yıllarda radyo-izotopların kanser teşhis ve tedavisine girmesi ile birlikte prostat kanserlerinde de bu tip araştırmalar yapılmıştır.Fakat ilk zamanlarda Zn⁶⁵ ve Zn⁶⁹ ile yapılan sintigrafik tetkiklerde bu maddelerin periprostatik dokular tarafından da tutulması sebebiyle iyi sonuçlar alınmıştır(14).

Daha sonra P³² (Up take) nin ölçülmesi esasına dayanan Radyo-otografi tekniği ortaya atılmıştır.Prostat kanserinin çoğu posterior lamellada geliştiği için P³² buradaki kanserli dokuda kolaylıkla tutulur. Neşrettiği Beta radyasyonları rektum içine konan izotop tutucu maddeler vasıtasıyla yakalanarak prostatın sintigrafik bulgusu elde edilir.Fakat kanserle birlikte prostatta ödem varsa veya kanser prostatın derinliklerinde bulunuyorsa P₃₂ nin radyasyonları 5-6 mm. dan daha derine nüfuz edemediği için sintigrafik neticeleri tatminkar olmamaktadır.

Nitekim Gerald ve arkadaşları, tuşe ve biopsi ile kat'î teşhisi konan 21 prostat kanserli hastadan ancak 9 unda (%45) müsbet sintigrafik bulgu elde etmişlerdir(19).

R a d y o l o j i k m u a y e n e : Prostat kanserlerinin kemik metastazları sıklıkla pelvis kemikleri ve lomber vertebralarda görülür. Bu sebeple kanserden şüphe edilen vak'alarda yapılan basit bir radyo-grafi ile metastazın tesbiti hem hastalığın disseminasyonunun ve hemde prognoza tesir eden tedavi yönteminin seçilmesine ışık tutması sebebiyle muayenenin önemli bir bölümünü teşkil eder. Prostat kanseri kemik metastazları ekseriya osteoplastik, nadiren osteolitik ve miks şekillerde görülür.

Osteoplastik lezyonlar bir kaç mm. çapına kadar değişen büyüklükte lokal veya dâffüz şeklinde görülürlerse de ekseriya multiplidirler. Osteoplastik tip metastazların hudutları belirlidir. Lezyon kısmında kemik trabekülleri görülmez. Kemikte yalnız kondansasyon artması vardır.

Pür osteolitik lezyonlar nadirdir. Karakteristik olarak bu tip lezyonlarda kemikte kondansasyon azalması mevcuttur. Osteolitik şekiller daha çok pelvis kemiklerinde görülür. Bu tip lezyonlar Multipl Myeloma ile karışabilirler.

Mikstip lezyonlar hem osteoplastik hemde osteolitik şekilleri ihtiva eder. Zamanla yer yer kondansasyon artması temayülü gösterirler. Bu lezyonlar ekseriya Paget(Osteitis deformans) hastalığı ile karışabilir.

I.V. pyelografi, direkt grafi ile birlikte alındığı zaman hem kemik metastazlarının hemde böbrek ve üreterlerin durumunu ortaya koyduğundan önemlidir. Prostat kanseri şüphe edilen veya tuşede kanser teşhisi konan hastalarda bazen bir taraf üreter veya böbrekte dilatasyon görüldüğü vakit tümörün üreter orifisini işgal ettiği düşünülür.

Vezikülografi , erken ve özellikle prostat kanserlerinde teşhis önemi yoktur. Ancak kapsül dışına çıkan kanserlerde vezikülo-seminalislerin ve ejakülatör kanalların deformasyonu ve kompresyonu kanser yönünden dikkati çeker.

Ankara Üniversitesi Diyarbakır Tıp Fakültesi Üroloji kliniğinde Mart 1970-Mayıs 1972 tarihleri arasında biopsi ile kanser teşhisi konan 3 prostat kanseri vak'asında radyolojik muayene yapılmış bunlardan ancak bir tanesinde kemik pelviste osteoplastik tipte metastaz tesbit edilmiştir(Resim 4).

Akciğer grafisi (Resim 5) , lenfanjiografi ve arteriografi teşhiste önemli radyolojik tetkikler arasındadır.

Kemik iliği biopsisi : Fazla teşhis değeri olmamakla beraber sternum veya iliak kemikten yapılacak kemik iliği aspirasyonu bazen malign hücreleri gösterir.

Sr⁸⁵ ile Scanning : Hastada yapılan pelvis ve lomber vertebra grafisi normal dahi olsa şüpheli vak'alarda durumu aydınlatır.

Sistoskopi : Mesanedeki durumu aydınlatma yönünden değerlidir. Prostatik üretradaki obstrüksiyon ve gland üzerinde hareket ettirilmesi halinde tümörün invazyonu hakkında fikir verir(23).

Serum laktik dehidrogenaz : Serum laktik dehidrogenaz seviyeleri ilerlemiş prostat kanserlerinde % 70 oranında yüksek bulunmuştur. Tedaviden sonra bu yüksek seviyelerin normal veya normale yakın bulunduğu görülmüştür(21).

Prostat biopsisi

Son yıllarda urologların önemli problemlerinden birinide prostat kanserinin erken teşhis ve tedavisi teşkil etmektedir. Bu yönden ortaya konan teşhis metodlarından hiç birisi, prostat glandından alınan dokunun histo-patolojik tetkiki kadar tam ve kat'i netice vermez.

Teşhis gayesiyle prostattan doku almak için birbirine bir takım üstünlükleri olan muhtelif biopsi usülleri ortaya konulmuştur. Konumuzu teşkil eden trans-perineal iğne biopsisinin teşhisteki yeri ve değerinin anlaşılabilmesi için diğer biopsi şekillerinin tatbik şekli ve sonuçları hakkında kısa bir bilgi vermeyi uygun görüyoruz. Ancak bundan evvel genel olarak prostat biopsisi endikasyonlarından bahsetmek icabeder. Bunlar:

- a. Rektal tuşede şüpheli nodül veya sertliğin bulunması
- b. Serum asit fosfataz seviyesinin yüksek olması
- c. Radyolojik tetkikte kemik metastazlarının görülmesi
- d. Prostat sekresyonunun muayenesinde pozitif bulgu
- e. Uroloji kliniklerine metastatik kanser teşhisi ile yatırılan hastalarda primer odağın prostatta olup olmadığının araştırılması
- f. Total prostatektomiden sonra veya bileteral orkiektomiyi tatbikten evvel kanuni ve vicdani sorumluluk altında kalmamak için
- h. İlmî çalışmalarda genel muayene işleminin tamamlanması gibi prostat biopsisi genel endikasyonlarıdır.

B i o p s i ç e ş i t l e r i : Bir çok biopsi metodları içerisinde biz tatbik edilen ve bilinen metodları tek tek kısaca gözden geçireceğiz.

I. T r a n s - u r e t h r a l b i o p s i

Genel olarak mesane boynunda ve üretrada obstrüksiyon yapan prostat kanserlerinde hem biopsi materyeli alınması, hemde direnaja sağlanması bakımından önemlidir. Buna mukabil trans-urethral biopsiyle posterior lamellada gelişen veya intraprostatik kanser vak'alarında materyel almak pratik olarak mümkün değildir.

II. R e t r o - p u b i c b i o p s i

Culp, Flock, Porte tarafından ortaya konmuştur. Biopsi retro-pubik yoldan ve açık cerrahi müdahale ile yapılır. Cerrahi müdahalenin bütün komplikasyonlarını taşıması ve hatta mortalite iraidansı bulunması bakımından bu gün için pek tercih edilmemektedir(2).

III. T r a n s - r e k t a l b i o p s i

İlk defa 1937 de Arjantinli Astraldi tarafından taarif edilmiş sonra Ford tarafından modifiye edilerek geliştirilmiştir(14). Teknik bakımdan perineal iğne biopsisine benzer. Rektal temizlik yapıldıktan sonra, anal sfinkterin rölaşmanı için İ.V. penthotalveya alçak spinal anestezi tatbik edilerek parmak klavuzluğunda veya Fansler spekulumu yardımıyla Vim Silverman iğnesi prostattaki lezyon bölgesine uyan yerden rektum mukozasına batırılarak gerekli materyel alınır(10).

Teknik, basit ve sür'atle yapılabilmesi için çıkarılan doku parçasının histo-patolojik olarak yeterli olması ve seksüel aktivite üzerine kötü bir tesiri bulunmaması gibi avantajları yanında, veziko-rektal veya urethrorektal fistül teşekkülü, kanser hücrelerinin rektuma implantasyonu, hemoraji, hematom ve enfeksiyon gibi mahzurları vardır. Ayrıca biopsiyi müteakip meydana gelen sikatris, total perineal prostatektomiye mani olacak bir durum yarattığından bu tip bir ameliyat düşünülen vak'alarda kontrendikedir.

IV. A ç ı k p e r i n e a l b i o p s i : Açık perineal biopsi , klinik olarak prostat kanseri düşünülen vak'alarda , teşhisi doğrulayan ben gözde bir metod olarak görülmektedir.

Hudson, 300 vak'ada (Frozen-section)la yapmış olduğu açık perineal biopside % 56.5, Colby,%92, Webb ve Smith ise %93 nisbetinde doğru notice elde etmişlerdir(8,18).

Diğer taraftan açık perineal biopside;(Frozen-section) yapılmasına rağmen bir çok psödonegatif vak'aların da görüldüğü bildirilmektedir.

Nitekim Higbee, Frozen-section ile yaptığı 12 açık perineal biopside % 25 nisbetinde psödonegatif vak'a tesbit etmiştir(13).

Ayrıca büyük cerrahi müdahale olması, hemen her vak'ada impotans yapması, psödonegatif vak'aların bulunması, meydana getirdiği skatrisiel doku ile bilahere glandın kontrol muayenelerinde yanılmalara sebep olması gibi mahzurları vardır.Bu bakımdan açık perineal biopsi total veya radikal prostatektomiye aday olmayan vak'alarda bugün için pek tercihe şayan bir metod olarak kabul edilmemektedir(17).

V.P e r i n e a l (c u p) b i o p s i : İlk defa Ralph,J. Veenema tarafından tarif ve tatbik edilmiştir.Bu metodda biopsi,perineal yoldan özel bir alet kullanılarak yapılır.

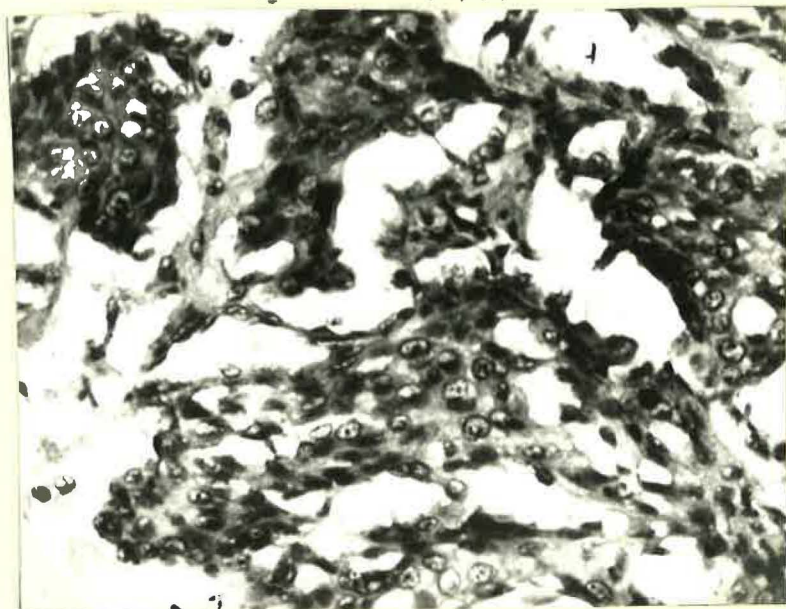
Aletin ucunda 1.5 cm. uzunluğunda 0.5 cm. çapında sivri uçlu bir kadeh(cup) vardır.Bununla 0.3-0.4 cm. çapında doku alınabilmektedir.Alınan doku histolojik inceleme için yeterlidir.Veenema, bu usulle %87.8 nisbetinde doğru netice alındığını bildirmektedir(5). Perineal ekimoz, travmaya bağlı hemoraji, ürehra prostatika perforasyonu v.s. gibi komplikasyonları da vardır.

VI.T r a n s - p e r i n e a l i ğ n e b i o p s i s i :

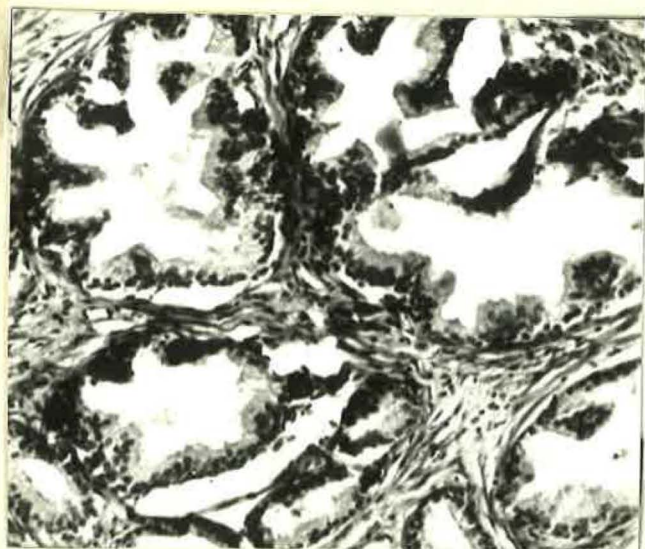
Materyal ve metod kısmında detayları ile anlatılacak olan perineal iğne biopsisi her vak'ada kolaylıkla yapılabilmesi,gerektiğinde tekrar edilebilmesi ve ayrıca tehlikeli hiç bir komplikasyonu bulunmaması bakımından sıklıkla kullanılan bir metoddur.Biopsi sonuçları açık perineal biopside olduğu kadar yüksek olmamakla beraber yukarıdaki avantajları bakımından özellikle total ve radikal prostatektomi düşünülmeyen vak'alarda teşhisi teyid bakımından tercih edilmektedir.

Bu yolla yapılan biopside kullanılan iğneler çeşikli olup , her birinin özellikleri ayrıdır.En çok kullanılan bizimde tatbik ettiğimiz Vim Silvermann(Modifiye Franklin) iğnesidir.

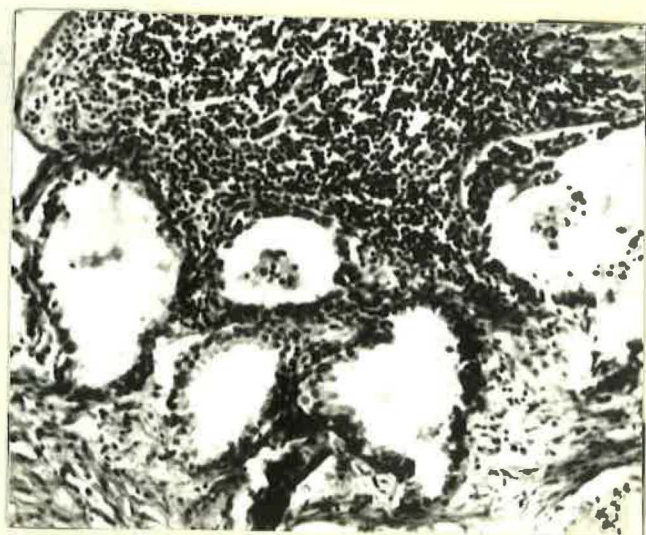
Resim I.
Prostatta epidermoid kanser
Biopsi No:1091/972



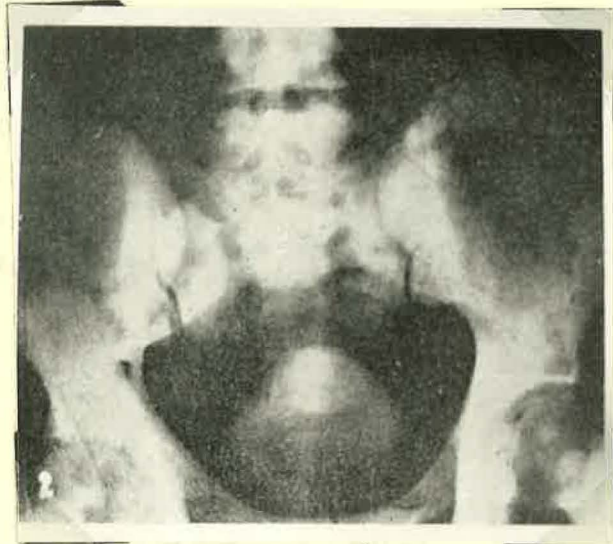
Resim II.
Benign prostat hiperplazisi
Biopsi No:1418/972



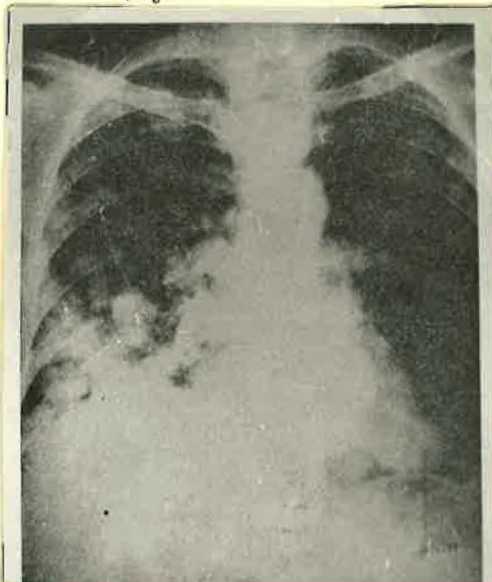
Resim III.
Prostatit
Biopsi No: 477/972



Resim-IV
Kemik pelviste Osteoblastik
tipde metastaz
Prot.No:5488/972



Resim- V
Kanserin Akciğer Metastazı
(Aynı hastada)



M A T E R Y E L V E M E T O D

Mart 1970 -Mayıs 1972 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Diyarbakır Tıp Fakültesi Üroloji kliniğine müracaat edenek prostat kanseri şüpheli edilen veya teşhisi konan 30 hastada perineal iğne biopsisi yapılmıştır. Bu vak' alardan bir kısmına mükerrer biopsi yapılmış olduğundan toplam biopsi sayısı 35 olmuştur. Hastalar ekseriya 60 yaşın üzerinde ve prostata rektal olarak büyümüş olanlarda yapılmıştır. Vak' aların hemen hepsi mesleki olarak ziraat veya diğer işlerde çalışan beden işçisidir.

Prostat kanserinin yüksek insidansı ve açık biopsinin güçlüğü hastalığın teşhisinde daha kolay metodların araştırılmasına yol açtı. Gutrie(1921), lenf nodüllerinin aspirasyon biopsisi için 21 no.lu bir iğne kullanmıştır. Sonra Baringer (1922), bu iğneyi geliştirerek prostat kanseri teşhisinde kullandı. Nihayet Martin ve Ellis (1930), 18 no.lu iğne ile prostat biopsisini yaptılar.

Muhtelif otörlerin bugün biopsi için kullandıkları iğne çeşitleri şunlardır:

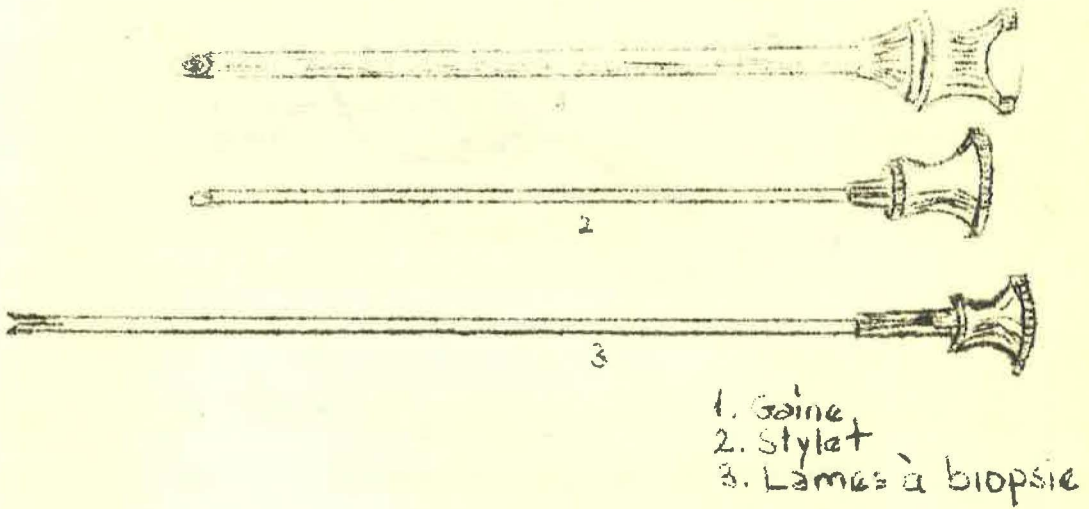
1. Turkel iğnesi
2. Veenema iğnesi
3. Franzen iğnesi
4. Mellin iğnesi
5. Vim silverman iğnesi
6. Vim Silverman iğnesi (Modifiye Franklin).

30 vak'alık biopsi serimizde bizim kullandığımız iğne Vim-Silverman Franklin modifikasyonudur. İğne, bir kılıf, bir mandren ve bir biopsi bıçağı olmak üzere üç parçadan yapılmıştır. Kılıf ve mandren tamamen birbirine uyacak şekilde olup uç kısmı sivridir. Biopsi bıçağı kılıf içine sokulunca 2 cm. dışarı çıkar. Bıçağın uç kısmı çatallıdır. Kesici kısmı 7 mm. uzunluğunda olup ucunda hafif bir çentik vardır. (Şekil:I)

K u l l a n d ı ğ ı m ı z t e k n i k :

Biopsi yapılacak olan hasta dorsal litotomi pozisyonunda jinekolojik masaya yatırılır. Skrotum ve penis karına doğru çekilerek flasterle tesbit edilir.

Perieuma geniş bir şekilde teintüre d'iode sürülür. Eldiven giyilerek sol elin işaret parmağı ile prostattaki şüpheli lezyon rektal olarak kontrol edilir. Bu esnada önceden hazırlanan %1 lik novacaine solusyonu lezyonun bulunduğu tarafa göre orta hattın sağ veya solundan anüsün 1-1.5 cm. kadar dışında perineal bölgeye önce yüzeysel ve sonra derin olarak enjekte edilir. Derin infiltrasyon sırasında , tuşe için rektuma konan işaret parmağı vasıtasıyla iğnenin rektuma girmesi önlenir.



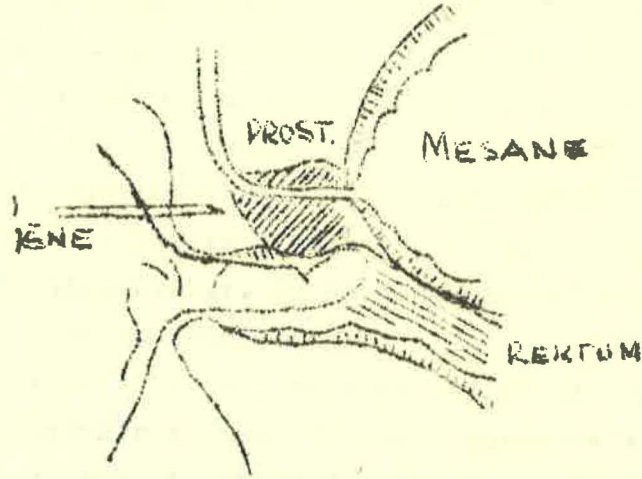
Şekil-I

Vim Silverman(Franklin modifiye)iğnesi.

Anestezi tamamlandıktan sonra 2-3 dakika beklenir. Lezyonun bulunduğu tarafa göre sağ elde bulunan biopsi iğnesi mandreni ile birlikte orta hattın sağ veya solunda anüsten 1-1.5 cm. dışta daha önce anestezi yapılan perineum derisine batırılır. M. sfinkter ani eksternusun kenarında ve M. transversus perinei superfisialisin altından geçerek rektum mukozası üzerinden tuşe yapan parmağın klavuzluğu ve kontrolü altında mühim oluşumlardan uzak olarak prostatta tesbit edilen lezyon kısmına doğru ilerler. (Şekil: II)

İğnenin prostat kapsülünü delmesi, sert bir dokudan geçmesi hastaların azda olsa ağrı duymaları ile fark edilir. İğnenin prostattaki lezyon içine uygun bir şekilde sokulduğu kanaati hasıl olduktan sonra mandren çekilir. Mandren çekildikten sonra kılıftan mayii(kan, idrar, pü) gelip gelmediğine dikkat edilir. İdrar gelirse mesaneye, kan gelirse bir damara girdiği anlaşılır. Bu durumda iğnenin istikameti değiştirilerek lezyon içinde , daha uygun bir yöne sevk edilir. Pü gelmesi halinde ise bunun başoltulmasına çalışılır. Bu durumlar giderildikten sonra kılıf içine biopsi bıçağı kılıftan bir santimetre çıkacak şekilde nazik olarak sokulur.

Kesici bıçağı her iki yönde bir ikidafa sirküler olarak çevirme hareketi yapıldıktan sonra kılıf 1 cm. kadar itilerek kesici bıçağı almış olduğu doku ile birlikte içine alarak iğne bütünü ile birlikte dışarı çıkarılır. Prosedürün bitiminde cilde 1-2 dakika tazyik edilir. %3 formalin solüsyonu veya alkol bulunan küçük bir şişeye parça konulur.



Şekil-II

Trans-perineal iğne biopsisini
gösteren şematik resim.

Bu durumda yapılan biopsi ile alınan doku kanserli olsa bile kılıf içinde muhafaza edildiği için biopsi yolu üzerinde tümör implantasyonu olmaz.

Vak'alarımızdan elde edilen
B U L G U L A R

Mart 1970-Mayıs 1972 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Diyarbakır Tıp Fakültesi Üroloji kliniğinde 30 vak'ada 35 perineal iğne biopsisi yapılmıştır. Perineal iğne biopsisi yapılan 30 vak'anın yaş dağılımı Tablo I. de gösterilmiştir. Üç vak'ada (%8.8) prostat kanseri, 21 vak'ada (%60) benign prostat hiperplazisi, 2 vak'ada (%5.7) fibrozis ve fibro-musküler doku ve 1 vak'ada (%2.6) prostatite tesbit edilmiştir. Ayrıca 8 vak'ada (% 22.9) alınan materyel yetersiz bulunmuştur (Tablo-II). Yetersiz materyelin çoğu, biopsiye yeni başladığımız zamana rastlamaktadır. Bu da gösteriyorki maniplasyon geliştikçe müsbet netice daha da artmaktadır.

Hastalarımız daha çok 60 yaşın üzerinde seçilmiştir. Kanser teşhisi konulan hastaların üçüde 70 yaşın üzerinde idi.

Biopsiler, rektal muayenede şüpheli malignite bulgusu bulunan, kat'i kanser olarak bilinen ve sadece kontrol için olan hasta grupları üzerinde yapılmıştır. Bütün bu gruplarda yapılan biopsilerin histo-patolojik neticeleri ile tuşe rektal bulgularının karşılaştırılması Tablo III. de gösterilmiştir.

Malignite düşünülmeyen 23 vak'anın biopsi neticesi düşünceyi doğrulamıştır. Rektal muayenede şüpheli malignite bulgusu veren vak'alarımızın sayısı 4 dür. Bunların bir kısmına mürrer biopsi yapılmış olup biopsi adedi 7 olmuştur. Bunlardan sadece 1 vak'ada (%25) histo-patolojik tetkik neticesi kanser gelmiştir. Tuşe rektalde kat'i olarak kanser düşünülen 3 vak'ada 5 adet biopsi yapılmış bunlardan 2 si (%67) kanser olarak histo-patolojik tetkikte teyid edilmiştir.

Fizisi ile prostat kanseri teşhisi konulan 3 vak'ada rektal muayene, laboratuvar ve radyolojik tetkik bulguları tablo IV. de gösterilmiştir. Rektal tuşede 2 vak'ada kat'i, 1 vak'ada şüpheli malignite bulgusu bulunmuştur. Sedimentasyon üç vak'ada da 20 mm/S in üzerindedir. Asit fosfataz tetkik ancak vak'aların ikisinde yapılmış ve normal sınırlar içinde bulunmuştur. Radyolojik tetkikte sadece 1 vak'ada metastaz tesbit edilmiş, diğerlerinde normal bulunmuştur (Resim: IV, V, VI).

Klinik olarak benign prostat hiperplazisi tesbit edilerek biopsi neticeleride bunu teyid eden 16 vak'aya ameliyat yapılmıştır. Ameliyat sonucu anatomo-patolojik tetkikte 1 vak'aya kanser teşhisi konulmuştur. Karşılaştırma tablo V. de gösterilmiştir.

Tablo:I.

YAŞ	P.KANSERİ	P.HİPERT.	TOPLAM
50 den aşağı	-	2	2
51-60	-	8	8
61-70	-	12	12
70 den yukarı	3	5	8

Vak'alarımızda yaş dağılımı.

Tablo:II.

ANATOMO-PATOLOJİ	BİYOPSİ SAYISI	NİSBET %
Prostat kanseri	3	%8.8
Benign prostat hiperplazisi	21	%60
Prostatit	1	%2.6
Fibrozis ve Fibro-musküler doku	2	%5.7
Yetersiz materyel	8	% 22.9
TOPLAM:	35	%100

30 vak'ada yapılan 35 biopsinin sonuçları.

Tablo:III

TUŞE BULGULARI	VAK'A SAYISI	BIOPSI SAYISI	BIOPSI MATERYELİNİN MALG.GÖSTEREN VAK'A SAYISI
MALİĞNİTE DÜŞÜNDÜRMEYEN	25	23	
ŞÜPHELİ MALİĞNİTE BULGUSU MEVCUT	4	7	1(%25)
KAT'İ MALİĞNİTE BULGUSU VEREN	3	5	2(%67)
TOPLAM:	30	35	3

30 vak'a ve 35 biopsi serisinde tuşe bulguları ile histo-patolojik neticelerin karşılaştırılması.

REKTAL TUŞE			SEDİMENTASYON			ASİT - FOSFATAZ			RADYOLOJİK MUAYENE		
NORMAL	ŞÜPHELİ	KESİN	20 mm/s Ten aşağı	20 mm/s ten yukarı	Tetkik yok	YÜKSEK	NORMAL	TETKİK YOK	METASTAZ YOK	METASTAZ MEVCUT	TETKİK YOK
	1	2	1	3	3	3	2	1	2	1	3

Tablo:IV

Biopsi ile kanser teşhisi konulan 3 vak'ada klinik,
laboratuar ve radyolojik tetkik neticeleri.

MATERİYEL	ANATOMO-PATOLOJİK TEŞHİS				TOPLAM
	PROSTAT KANSERİ	PROSTAT HİPERTROFİSİ	PROSTATİT	FİBRO-MÜSKÜLER DOKU	
BIOPSİ	-	12	1	3	16
AMELİYAT	1	13	2	-	16

Tablo:V

Ameliyat edilen 16 vak'ada biopsi ve ameliyat materyelinin anatomo-patolojik sonuçları.

K O M P L İ K A S Y O N L A R

35 perineal biopsi yaptığımız 30 vak'alık çalışmamızda tesbit ettiğimiz komplikasyon tablo VI. da gösterilmiştir.

KOMPLİKASYONLAR	VAK'A SAYISI	NİSBET %
Perineal bölgede ağrı.	6	%17
Mesane delinmesi sonucu hematüri.	1	%2.9
İğne yerinde kanama.	3	%8.5
TOPLAM:	10	%29.1

Tablo:VI.

Tabloda görüldüğü gibi %17 (6 vak'ada) oranında perineal bölgede ağrı husule gelmiştir. Hemen akabinde yapılan alanjezik ilaçlarla ağrı tamamen ortadan kaldırılmıştır. Bir vak'ada (%2.9) mesane delinmesi sonucu hematüri görülmüştür. Bu da bir kaç gün daimi sonda ve antibiotik tatbikatı ile bertaraf edilmiştir. Diğer taraftan 3 vak'a da (%8.5) iğne yerinde kanama görülmüştür. Cilt üzerine yapılan 1-2 dakikalık tamponla kanama durdurulmuştur.

Ardino ve Murphy(1963) 166 vak'ada yaptıkları 171 perineal iğne biopsisinde 34 hastada (%20.4) geçici hematüri, 31 vak'ada(%18.6) mesane delinmesi, 3 vak'ada (%1.8) novacaine reaksiyonu, 3 vak'ada (1.8) epididimit, 1 vak'ada (%0.6) perineal abse, 1 vak'ada (%0.6) idrar retansiyonu, 1 vak'ada (%0.6) enfeksiyon ve perineal hematoma görüldüğünü bildirmişlerdir(2).

Biz yaptığımız 35 biopsi serisinde tabloda görülen komplikasyonlar dışında hiç bir komplikasyona rastlamadık. Görülen komplikasyonlar, tecrübe ve manuplasyon kazanıldıkça nisbetin daha da düştüğü bir gerçektir.

BULGULARIN TARTIŞILMASI

Vak'alarımızda kanser teşhis edilen 3 hasta 70 ve daha yukarı yaşta idi. Bu sonuç, klasik ve literatür bulgularına uymaktadır.

30 vak'ada yaptığımız 35 biopsiden elde edilen sonuçları değerlendirebilmek için materyelleri üç ayrı grupta incelemek yerindedir (Tablo:III).

1. Tuşede malignite bulgusu tesbit edilemeyen.
2. Tuşede prostat kanseri yönünden şüpheli durum gösteren.
3. Tuşede kat'i prostat kanseri bulgusu bulunan gruplar.

Tuşede malignite bulgusu tesbit edilemeyen bütün vak'alarda yapılan kontrol niteliğindeki biopsilerin hepsi benign prostat hipertrofisi idi. Laboratuvar ve radyolojik tetkikler bulgularımızı doğrulamıştır.

Şüpheli malignite bulgusu mevcut olan grupta yapılan biopsiler %25 nisbetinde bizi kesin teşhise götürmüştür. Bu nisbet oldukça değerlidir. Nitekim Kaufman ve Schultz (1962) kanser şüphesi olan 704 vak'ada perineal biopsi ile 250 (%35) prostat kanseri teşhis etmişlerdir. Netice bizim bulgularımıza uygunluk göstermektedir (17).

Diğer taraftan bizde tuşe rektal bulgusuna göre kat'i malignite belirtisi veren üç hastada yaptığımız 5 biopsiden ikisinde (%67) prostat kanseri anatomo-patolojik olarak teyid edilmiştir (Tablo:III). Görülüyor ki biopsinin müsbet sonuçları klinik olarak kat'i malignite belirtisi gösteren grupta oldukça yüksektir.

Simple (1951), klinikman malignite tesbit edilen 21 vak'ada yaptığı biopsilerden 17 sinde (%80) prostat kanseri tesbit etmiştir (22).

Görüldüğü gibi son grupta yapılan çalışmalarımızda elde ettiğimiz sonuç, literatür bulgusuna uygunluk göstermektedir. Esasen diğer bütün otörlerde en yüksek pozitif neticeyi klinikman prostat kanseri arz eden vak'alarda (özellikle tuşe rektal olarak) tesbit etmişlerdir (2,25).

Bizim hastalarımızın çoğu klinik ve laboratuvar olarak benign prostat hiperplazisi teşhisi ile çalışmalarımıza girmiştir. Bu vak'alar-
dan 16'sı ameliyata alınmış, bir vak'ada (%6.25) biopsi neticesi menfi olduğu halde anatomo-patolojik inceleme kanser olduğunu ortaya

çıkarmıştır(Tablo:V).

Occult tipteki prostat kanserlerinde tuşe ile malignite düşündürecek en ufak bir belirti yoksa iğne biopsisi ile teşhise gitmek oldukça güçtür. Nitekim Meyer M.Melicow, açık perineal biopsi ile(Frozen-Section) çalışmasına rağmen pseudonegative sonuçların en kati netice veren bu metodla bile görüldüğünü belirtmektedir(17).

Biz çalışmalarımız sırasında , laboratuvar ve radyolojik muayenelerin sadece teşhiste yardımcı rol aldıklarını müşahade ettik.

Biopsi ile kanser olduğu doğrulanan üç vak'anın hepisinde de sedimantasyon 20 mm/S in üzerinde idi . Böyle olmakla beraber hiç bir zaman kat'i bir teşhis metodu değildir. Nitekim Francisco, Romero-Agui, 64 vak'alık serilerinde yaptığı araştırmalarda 33 ünde (%52) sedimantasyonun 20 mm/S den aşağı olduğunu göstermiştir(1).

Asit fosfataz tayini 3 vak'adan ancak ikisinde yapılabildi ve normal bulundu. Asit fosfatazın prostat kanserinde özellikle metastaz yapmamış olanlarda çok az bir yükselme gösterdiği bildirilmektedir(1,21).

Bu çalışmamızın ışığı altında prostat hastalıklarında özellikle malignite yönünden tuşe rektal ve prostat biopsisi çok önemli , güvenilir teşhis vasıtalarıdır.Diğer laboratuvar ve radyolojik tetkikler değerli olmakla beraber yardımcı teşhis vasıtaları olarak niteleyebiliriz.

SONUÇ

1.Malignâte tesbit edilen hastalar 70 ve daha yukarı yaşlarda olarak bulunmuştur.

2.Prostat kanserinde trans-perineal biopsi(Vim Silverman iğnesi ile) her vak'ada yapılabildiği gibi gerektiğinde tekrar edilebilin, teknik bakımdan tatbiki kolay ve hastahane de yatmaya gerektirmeyen bir teşhis vasıtasıdır.

3.Rektal muayenede prostatta malignite düşünülmeyen vak'alarda biopsi ile de prostat kanseri tesbit edilememiştir. Bu grupta ameliyat yapılan 16 vak'adan bir tanesinde occult prostat kanseri tesbit edilmiştir. Bunlar tekniğimiz yönünden negatif puandır.

4.Rektal muayenede prostatta malignite şüphesi bulunan vak'alarda biopsi ile %25 nisbetinde teşhis aydınlığa kavuşmuştur.

5.Rektal muayenede prostatta kat'i malignite bulgusu tesbit edilen vak'alarda biopsi ile %67 nisbetinde prostat kanseri bulunduğu anatomo-patolojik olarak teyit edilmiştir.

6.Biopsi ile prostat kanseri teşhisi konan vak'aların hemen hepisinde tuşe rektal dışında laborauar ve radyolojik tetkiklerin sonucu bizi aydınlatmaya yeterli görülmemektedir.Buna mukabil tuşe rektalde bütün vak'alarımızda malignite şüphesi veya belirtisi mevcuttu. Bu da gösteriyor ki prostat kanseri teşhisinde en önemli iki vasıttan birisi tuşe rektal diğeri de prostat biopsisidir.

7.Hayatı tehdit edecek hiç bir komplikasyona rastlanmamıştır. Görülen bazı küçük komplikasyonlar önemsiz ve geçicidir.

LITERATUR

1. Agui, Romero, Francisco: Apporte au diagnostic biochimique du cancer de la prostate. J.d'Urologie et Nephrologie 75:191-198, 1969.
2. Ardino Lino, J. and Francis, J. Murphy: Carcinoma of the prostate Use of the Franceen needle for perineal prostatic biopsy J.Urol., 89, 732-736, 1963.
3. Arkan A., Yaman L.S., Sevinç R.; Prostat kanserinde testis metastazi. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi mec. Vol:21 Sayı:1 508, 1968.
4. Chair M. Williams, Bess M. Still: The diagnosis of prostatic cancer cytologyceal and biochemical Studies using the Franceen biopsy needle Brith. J.Urol., 38: 549-554, 1967.
5. Chua, T. Domingo, Volf Gang Ackerman, and Ralph J. Veenema: Bone marrow biopsy in partients with carcinoma of the prostate. J. Urol., 12:5, 602-606, 1969.
6. Colby Fletcher: Essantial Urology. The Williams Wilkink Company. 450-457, 1956
7. Colby F. H.: Carcinoma of the prostate. J. Urol., 69. No:6 797-806, 1959.
8. Emmet John L., K. W. Barber and R. J. Jackman: Transrectal biopsy in the diagnosis of prostatic carcinoma. J. Urol., 87:460, 1962.
9. Franks L. M.: Spread of prostatic cancer year book of urology. 265. 1958-1959.
10. Galleher, P. Earl: Needle biopsy diagnostic urology. Edited. James F. Glenn. 364-371. 1964.
Harnner Row. Co

11. Gerçel, R.: Prostat kanseri. Onkoloji enstitüsü kanser konferansları. 2. 251. 1967.
12. Günalp, İ.: 2470 hastada prostat muayenesi ve elde edilen neticeler. A.Ü. Tıp. Fak. Mec., Vol.: 18. Sayı: 1 1965.
13. Kaufman, J., Schultz, J.: Needle biopsy of the prostate. J. Urol., 87: 1962.
14. Kommen, H. K. und Berghaus, H.: Der Urologie. S: 305, 1966
15. Korkut, G.: Uroloji. İsmail Akgün matbaası. İstanbul. 1965.
16. Kurtz, C. W. and Volk W. L.: Limitations of prostatic asit phosphatase determination in carcinoma of prostate. J. Urol., 83: 74. 1960.
17. Melicow M. Meyer: Cancer of the prostate. Concepts and guide lines in histological diagnosis. J. Urol., 95: 791-800, 1966.
18. Peck, S.: Needle biopsy of the prostate. J. Urol., 83: 176-180, 1960.
19. Perch, A. Gerald, J. L., Robinowitz and Morton Bogash: Radio-autographie dedection of carcinoma of the prostate. J. Urol., 93: 469-499. 1965.
20. Rout R. George: Tumor of the urinary tract, the kidney. 3. No: 5, 1-6, 1970.
21. Campbell: Urology vol: II, W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1970. 1125-1164.
22. Semple, J. E.: Carcinoma of the prostatic a. camparison of metod of diagnosis. Brith. M. Journal. I: 1236, 1951.
23. Günalp, İ., Gerçel, R., Kafkas, M., Yaman, S. E.,: Uroloji . Univer-site Matbaası. S: 247-249, 1971 .
24. Tecnique chirurgicale, eMc. ancylopedie, 1966.
25. Bianchi F.: Practical advantages of the perineal biopsy of the prostate. J. Urol., 76: 645, 1956.