

A P P R O F O N D I M E N T O

# La biopsia della prostata



Aldo Vittorio Bono

**Docente di Patologia Chirurgica. Primario Urologo dell'Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese dal 1974 al 2004, attuale Primario Urologo Emerito. È stato Presidente del Gruppo Urologico della Organizzazione Europea per la Ricerca ed il Trattamento dei Tumori (EORTC), Presidente della Società Italiana di Urologia e Presidente del Comitato Scientifico di Europa Uomo Italia. È Socio Onorario della Società Europea di Urologia e Docente di Urologia Oncologica presso l'Università di Brescia.**

LA BIOPSIA DELLA PROSTATA CONSISTE NEL PRELIEVO DI PICCOLI FRUSTOLI DI TESSUTO MEDIANTE AGO SOTTILE. ESSA VIENE REALIZZATA USUALMENTE CON PRELIEVI MULTIPLI CON L'AUSILIO DELL'ECOGRAFIA TRANSRETTALE

**I**n oncologia, elemento essenziale per stabilire una strategia terapeutica è ottenere sia la conferma che il paziente è portatore di una neoplasia sia anche ottenere esatte informazioni sul tipo di neoplasia e sulle sue caratteristiche microscopiche.

Anche le neoplasie della prostata necessitano di una conferma biptica prima di ogni decisione terapeutica. La biopsia, oltre a fornire tale conferma, è in grado di dare informazioni cruciali sulla aggressività biologica del tessuto tumorale e sull'estensione spaziale del tumore, ed infine di prospettare elementi fondamentali per la prognosi.

Come si pratica la biopsia della prostata? Attualmente essa viene eseguita sempre con l'ausilio dell'ecografia transrettale, che mostra la prostata ed i suoi dettagli morfologici, poiché la biopsia eseguita sulla guida della esplorazione digitale rettale è stata praticamente abbandonata. La biopsia è sostanzialmente finalizzata ad ottenere più campioni da avviare al Patologo in modo da realizzare una accurata indagine microscopica (esame istologico) del tessuto prostatico. L'ottenimento dei campioni avviene mediante un ago di piccolo diametro che è in grado di asportare una piccola "carota" di tessuto senza causare danni signifi- ➤

» cativi, né alla prostata, né ai tessuti circostanti (agobiopsia).

La prostata è un organo profondo e quindi, di necessità, l'ago prelevatore deve attraversare altri organi e tessuti prima di raggiungere la ghiandola. Le strade per ottenere tessuto prostatico da analizzare sono: la chirurgia vera e propria (resezione endoscopica della prostata, realizzata attraverso uno strumento introdotto nel canale uretrale e chirurgia a "cielo aperto"), e la citata agobiopsia, realizzata soprattutto con l'uso degli aghi a scatto automatico che pungono in

**LA BIOPSIA DELLA PROSTATA  
È UNA PROCEDURA  
PRATICAMENTE INDOLORE E  
QUINDI, IN CASO DI  
NECESSITÀ, PUÒ ESSERE  
RIPETUTA ANCHE PIÙ VOLTE**

tempi brevissimi senza movimenti aggiuntivi ed inopportuni, la quale necessita solo una anestesia locale di modesta entità. Per raggiungere la prostata, l'ago bioptico può essere introdotto per via perineale (ossia attraverso la cute che sta tra l'ano e lo scroto), oppure attraverso la parete dell'ampolla rettale. Questa via è oggi la più usata perché la parete del-

l'ampolla rettale non ha estesi recettori del dolore e perché la distanza da coprire per raggiungere la prostata è minima. Le agobiopsie per via transrettale o perineale vengono comunque guidate da apposite sonde ecografiche introdotte nel retto che consentono di localizzare con estrema precisione le zone della ghiandola necessitanti un accertamento istologico.

La puntura della parete rettale è nella grandissima maggioranza dei casi priva di effetti collaterali dannosi, per cui è possibile praticare, nella stessa seduta, prelievi agobiopistici multipli, il che ovviamente aumenta le possibilità di diagnosticare la presenza di una neoplasia e di precisare le sue caratteristiche.

In effetti, poiché gli aghi per la biopsia sono molto sottili, può essere evidentemente difficile ottenere la dimostrazione della presenza di una neoplasia, quando questa è in stadio molto precoce e di dimensioni piccolissime ed addirittura non essere visibile con l'ecografia, essendo la sua presenza denunciata solamente da un anormale comportamento dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA). Attualmente la biopsia della prostata si realizza quasi sempre con punture e campionamento multipli ed il numero consigliato di prelievi è in relazione con il volume della ghiandola, e può raggiungere anche i 20 campioni, anche se mediamente si praticano 8-12 agopunture.

Se i campioni di tessuto dimostrano la presenza di malattia tumorale, il Patologo è in grado di fornire informazioni aggiuntive che, come detto più sopra, sono estremamente utili al Clinico per caratterizzare la malattia.

Tuttavia, anche di fronte ad un forte sospetto clinico, non sempre la biopsia multipla della prostata dimostra la presenza della neoplasia. In questo caso, tutt'altro che raro, il comportamento successivo è fonte di grandi discussioni tra gli Urologi, anche se vi è accordo sul fatto che la biopsia vada ripetuta. Mediamente si tiene in considerazione l'andamento del PSA dopo la biopsia ed anche se l'esame istologico del tessuto prelevato contiene elementi che suggeriscono fortemente la presenza della neoplasia, anche se praticamente non evidenziata. Se il PSA si stabilizza o diminuisce nel corso del tempo, eventualmente con una terapia anti-infiammatoria o con estratti vegetali, la seconda biopsia di conferma può essere eseguita dopo qualche mese dalla prima. Se invece il PSA continua ad aumentare o se nel primo campionamento si rilevano aree di tessuto sospette, la seconda biopsia (o re-biopsia) viene eseguita a breve distanza dalla prima.

Esiste pur sempre, anche se infrequente, la possibilità di una re-biopsia negativa in presenza di persistenti elementi di sospetto per cui una terza biopsia, basata su un campionamento molto esteso, può rendersi necessaria. Se anche questa terza re-biopsia è negativa, le probabilità della presenza di una neoplasia prostatica sono molto ridotte ed usualmente non si procede ad ulteriori accertamenti biopistici, limitandosi ad una sorveglianza clinica del paziente. ■

