

Embolisering af arteria prostatica kan anvendes ved svær blødning hos patienter med prostatahyperplasi

Josephine Rathenborg¹, Margrethe Andersen¹, Reza Zemani¹, Bo Elle² & Lars Lund¹

KASUISTIK

1) Urologisk Afdeling, Odense Universitets-hospital
2) Radiologisk Afdeling, Odense Universitets-hospital

Ugeskr Læger
2015;177:V12140716

Benign prostatahyperplasi (BPH) er hyppigt forekommende og har høj prævalens hos mænd over 50 år [1]. BPH medfører *lower urinary tract symptoms*, oftest slap stråle og ufuldstændig blæretømning. Makroskopisk hæmaturi er en kompleks komplikation [2], som kan medføre blæretamponade og behov for akut operation. Ukontrollerbar blødning i andre organer kan behandles med embolisering af de tilførende kar. Der er nu beskrevet eksempler på selektiv embolisering af arterierne til prostata, både hvor blødning ikke kunne stoppes på anden vis og til behandling af BPH [3, 4].

Vi beskriver en sygehistorie, hvor embolisering af arterierne til prostata kombineret med transuretral mikrobølgeterapi (TUMT) blev anvendt ved transfusionskrævende hæmaturi hos en patient med BPH.

SYGEHISTORIE

En 89-årig mand med BPH blev indlagt med anæmi pga. makroskopisk hæmaturi. I 1999 blev hans prostata målt til 250 cm³, men han havde klaret sig med ren intermitterende kateterisation (RIK). Han havde komorbiditet i form af diabetes, hypertension og pacemaker.

Ved indlæggelsen var han lettere medtaget, svimmel med et blodtryk på 122/70 mmHg, en puls på 71

slag/min, en temperatur på 37,2 °C og et hæmoglobinniveau på 4,0 mmol/l. Der blev anlagt hæmaturikateter med skyl uden effekt pga. tilstopninger med koagler. Blæretamponade førte til akut cystoskopi, hvor man så hyperplastiske sidelapper, trabekuleret blære med normalt urotel uden tumorer, og siveblødning fra store, overfladiske vener i pars prostatica urethrae. Transuretral resektion af prostata var ikke teknisk mulig pga. dens størrelse. Man elkoagulerede bedst muligt og anlagde et skylkateter. Blødningen fortsatte, og der blev givet i alt fire portioner blod. Pga. prostatas størrelse samt patientens alder og komorbiditet vurderede man, at det ikke var muligt at foretage yderligere operation. I stedet udførtes der selektiv arteriografi af a. iliaca interna på begge sider til visualisering af prostatas karforsyning. Ved bækkenarteriografi via højre a. femoralis sås en meget stor højre prostatalap og meget ringe opladning i en lille venstre lap. Herefter blev der foretaget selektiv kateterisation med et mikrokater i a. prostatica dxt. (Figur 1A), og efter kontrol af placeringen ved kontrastinjektion blev der udført embolisering uden komplikationer med 10 stk. 2 mm × 5 mm coils (Boston Scientific) (Figur 1B). Der var ingen arteriel forsyning af prostata fra venstre iliacagebet. Emboliseringen gav god hæmostase, og man supplerede med TUMT i forsøg på at koagulere venerne i pars prostatica urethrae. Herefter ophørte hæmaturien helt, og RIK kunne efterfølgende genoptages kombineret med en 5- α -reduktasehæmmer. Otte måneder senere havde patienten fortsat ingen hæmaturi og praktiserede RIK ukompliceret.

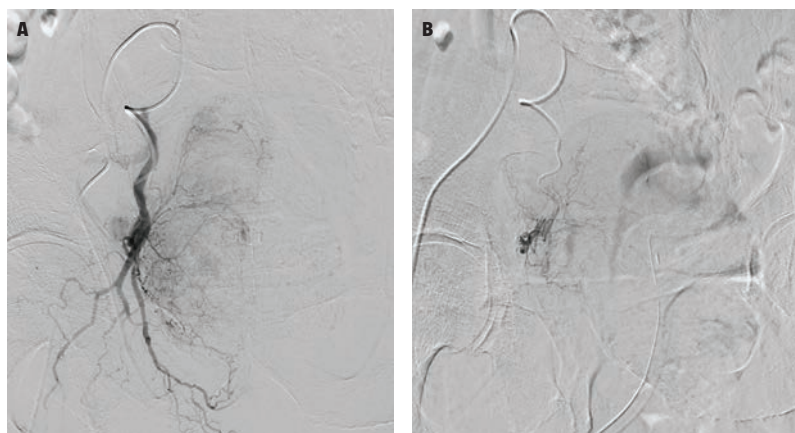
DISKUSSION

Behandling af større blødning ved BPH er udfordrende. Førstevalg er konservativt regi med kateter og skylninger. Hvis det er utilstrækkeligt, findes der flere muligheder, eventuelt i kombination: 1) medicinsk behandling med 5- α -reduktasehæmmer eller tranexamsyre [5], 2) kirurgisk behandling, som kan foretages transuretralt eller som åben operation a.m. Freyer [5]. Hos patienter, som ikke tåler anæstesi, kan man overveje at give TUMT.

Embolisering af karforsyningen til prostata er en lovende nyere metode, som kan udføres i lokalanæ-

FIGUR 1

A. Angiogram før der foretages selektiv embolisering. B. Resultatet efter selektiv embolisering.



stesi. Der kan optræde et »postemboliseringssyndrom« med febrilia/subfebrilia og smerter. Ud over at give øjeblikkelig hæmostaserende effekt medfører emboliseringen en reduktion af prostatas volumen, så patienter med BPH efter nogle måneder har færre vandladningsgener [3].

Sygehistorien er et eksempel på, at *coiling* af prostatas arterieforsyning med fordel kan anvendes til behandling af igangværende blødning fra prostata, hvor anden behandling er utilstrækkelig eller forbundet med betydende risici, og at TUMT kan overvejes som supplement hertil.

SUMMARY

Josephine Rathenborg, Margrethe Andersen, Reza Zemani,

Bo Elle & Lars Lund:

Embolisation of arteria prostatica in a patient with

hypertrofia prostaticae

Ugeskr Læger 2015;177:V12140716

We present a case of persisting macroscopic haematuria in a patient with severe co-morbidity and need of blood transfusion. With a combination of selective embolisation of the internal pudendal artery and transurethral microwave therapy in local anaesthesia, the patient was treated successfully.

KORRESPONDANCE: Josephine Rathenborg, Urologisk Afdeling L, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 23, 5000 Odense.

E-mail: josephine.rathenborg@rsyd.dk

ANTAGET: 15. april 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 10. august 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Nørby B, Nordling J, Mortensen S. Lower urinary tract symptoms in the danish population: a population-based study of symptom prevalence, health-care seeking behavior and prevalence of treatment in elderly males and females. *Eur Urol* 2005;47:817-23.
2. Arianayagam M, Arianayagam R, Rashid P. Lower urinary tract symptoms – current management in older men. *Aust Fam Physician* 2011;40:758-67.
3. Pisco JM, Pinheiro LC, Bilhim T et al. Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia. *J Vasc Interv Radiol* 2011;22:11-9.
4. Fernandes L, Rio Tinto H, Pereira J et al. Prostatic arterial embolization: post-procedural follow-up. *Tech Vasc Interv Radiol* 2012;15:294-9.
5. Rastinehad AR, Ost MC, VanderBrink BA et al. Persistent prostatic hematuria. *Nat Clin Pract Urol* 2008;5:159-65.