



前立腺多箇所生検を
受けられる患者さんへの説明文書

東京女子医科大学 泌尿器科

説明書

検査の名称	前立腺多箇所生検
-------	----------

説明項目

1. 診断名（病気の名前と進行度）

- 前立腺癌の疑い

2. 病気の説明（どこに、なにがおきてどうなっているのか）

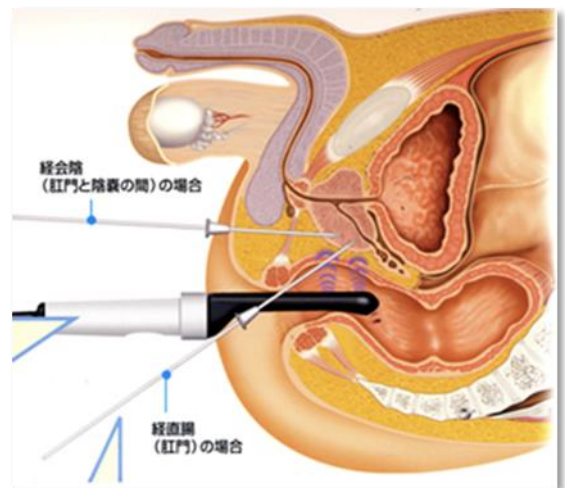
- 今回、検査で異常所見（PSA 高値、画像上の異常、触診上での硬結、その他）がみられ、前立腺癌が疑われる状況です。

3. 目的および必要性（なぜこの方法が提案されたのか）

- 前立腺癌の有無を診断するため、前立腺に針を刺して組織を採取し、病理組織学的検査を行う生検検査が必要と考えられます。
- 外来で10～14カ所程度の組織を採取する経直腸的生検も可能ですが、あなたの場合、（画像上採取しにくい部位に癌が疑われる、2回目以降の生検検査である、合併症が多い、血液をさらさらにする薬剤を内服している、その他）などの理由により、きちんと麻酔をかけて多数箇所生検を行うことが望ましいと考えられます。

4. 方法（なにをどうするのか）

- 検査は入院のうえ、全身麻酔もしくは腰椎麻酔下に処置を行います。
- 両足を開脚する姿勢（碎石位）になります。所要時間は1時間程度です。
- まず肛門より親指と同程度の太さの超音波の機械を挿入し、前立腺をよく観察します。
- その後、超音波の機械に器具を装着して、会陰部（陰茎の付け根と肛門の間）より針を刺入して前立腺の組織を採取します。概ね20～30カ所採取しますが、最終的な生検本数および箇所は超音波検査の所見により決定します。
- 刺入部位を圧迫止血した後、おしっこの管（尿道カテーテル）を挿入して終了します。



5. 受けた場合の予想される経過（期待されること）

- 検査当日はベッド上で安静になります。
- 翌日、尿道カテーテルを抜去し、ご自身での排尿が問題無ければ退院となります。
- 入院期間は3～4日程度です。
- 生検にて採取した前立腺組織は顕微鏡の検査に提出します。検査結果は約1～2週間後に外来でご説明します。

6. 危険性および起こりうる合併症について（心配されることや副作用）

検査は安全に行われますが、下記のような合併症がおきることがあります。

- 出血：前立腺は尿道を取り囲むように存在するため、生検後に血尿が見られることが有ります。多くは水分を十分取っていただくことで、1～2週間で改善します。血性が強い場合や血塊（血のり）のようなものが混じり、尿が出にくいと感じるときはご連絡ください。その他、精液や便に血液が混じることも有りますが、多くは自然に改善します。
- 感染：針を刺した会陰部や前立腺に細菌が混入し、感染を起こす事が有ります。退院後数日～1週間程度は激しい運動や過度の飲酒は控えてください。入浴は問題有りません。もし38度を超える発熱を認めた場合は、急性前立腺炎の可能性が有ります。様子をみないで至急ご連絡または受診してください。
- 一時的な排尿困難：生検により前立腺が一時的にむくむことや、検査後の痛みなどに伴い排尿がしづらく感じる事が有ります。多くは1週間以内に改善します。

7. 合併症発生時の対処について（費用負担もふくめて）

- 合併症改善へ迅速に対応します。
- 血尿による排尿困難や貧血：尿道カテーテルを留置し、膀胱内を生理食塩水で洗浄します。血尿の改善ある場合には外来通院で対応可能ですが、血尿の改善が乏しい場合には入院加療を要する場合があります。その際には膀胱内を生理食塩水で持続洗浄し、止血の改善を図ります。ごく稀に貧血が見られる場合には、輸血を考慮します。
- 急性前立腺炎：抗生剤（点滴・内服）で加療します。前立腺の炎症による一時的な排尿困難がある場合には、尿道カテーテルを留置することがあります。また全身状態を考慮し、外来通院もしくは入院加療を判断します。
- なお、合併症が発生した場合も、一般的には医療保険で対応いたします。

8. 受けない場合の予測される経過、代替手段（他の治療法）

- 前立腺生検以外で前立腺癌を正確に診断する方法は現状ありません。
- 生検検査を受けない場合には、PSAを定期的に測定します。しかし、PSA値が上昇傾向にある場合には、生検検査が必要となります。

9. 説明内容の理解と自由意思による同意承諾およびその取り消しについて

- いったん同意をされた場合でも、いつでも撤回することができます。やめる場合は、その旨を担当者へ連絡してください。
- この処置に同意されるかどうかは、患者様の意思が尊重されます。同意されない場合でも、不利益を受けることはありません。

前立腺多箇所生検を受けられる患者さんへの説明文書
東京女子医科大学泌尿器科学教室
Department of urology, Tokyo women's Medical University.

以上の点について説明を受け、よく理解し、検査に同意します。

年 月 日 患者氏名：

患者家族氏名：

1)

2)

3)

その他、特に説明した内容

a)

b)

以上の点について、患者、患者家族に十分説明しました。

説明日： 年 月 日 施行予定日： 年 月 日

診療科名：

説明医師：