

CT DIAGNOSTIKA TUMORJEV MEHKIH TKIV RETROPERITONEJA

Erika Brenčič*

Izvleček

Primerjali smo rezultate preiskav računalniške tomografije (CT) 18 bolnikov s tumorjem mehkih tkiv retroperitoneja s končnim histološkim izvidom. Na osnovi teh ugotovitev smo ocenili uspešnost CT preiskave. Večji odstotek pravih diagnoz je v skupini bolnikov z liposarkomom, v drugih vrstah tumorjev mehkih tkiv pa je razlikovanje in odločanje o vrsti tumorja še vedno nezanesljivo.

Uvod

Primarni maligni mehko tkivni retroperitonealni tumorji so redki in predstavljajo le 0,2% vseh rakastih tvorb. Večinoma so asimptomatski. Prvi znaki se pojavljajo šele tedaj, ko tumorji zaradi svoje velikosti pritiskajo na organe, mišice in živce v svoji okolici.

CT preiskava je diagnostična metoda, ki nam prikaže velikost in anatomsko mesto bolezenskega procesa ter izključi eventualno infiltrativno rast tumorja v okolico. Na podlagi razlik v gostoti lahko sklepamo na različno vrsto in tip tumorja. Sum lahko potrdimo z ultrazvočno (UZ) in CT vodeno aspiracijsko biopsijo za citološko preiskavo.

Pri načrtovanju kirurške resekcije ali obsevanja je potrebna natančna lokalizacija tumorja s CT preiskavo, ki je v primeru njegove ekspanzivne rasti dokaj natančna. Dokazovanje infiltrativne rasti tumorja in razlikovanje tumorske mase od fibroze po obsevanju, predstavlja diagnostični problem.

Metoda

Pregledali smo izvide CT preiskav 18 bolnikov s tumorjem mehkih tkiv retroperitoneja, ki so se zdravili na Onkološkem inštitutu v Ljubljani od leta 1986 do leta 1992. Med njimi je bilo 6 žensk in 8 moških v starosti od 22 do 62 let, ter štirje otroci, stari 5 do 14 let.

Pri vseh bolnikih smo s CT preiskavo pregledali trebušno votlino z debelino reza 8 mm, v razmaku 16 mm med posameznimi rezi. Vsak bolnik je dobil peroralno kontrastno sredstvo za označitev črevesnih vijug.

Pri oceni retroperitonealnega tumorja smo upoštevali velikost in omejitve tumorja od okolice. Gostoto v tumorju smo ocenili na osnovi prisotnosti solidnega in maščobnega tkiva, tekočine in kalcinacij.

* Asist. dr. Erika Brenčič, inštitut za diagnostično in intervencijsko radiologijo UKC, Zaloška 7, 61000 Ljubljana

Pri 8 bolnikih je bila CT preiskava narejena pred prvo operacijo, pri ostalih pa šele pri kontrolah po terapiji. Pri vseh 18 bolnikih smo na kontrolnih preiskavah ugotavljali oziroma izključevali recidiv bolezni.

Rezultate CT preiskav smo primerjali z dokončno histološko diagnozo. Na osnovi teh ugotovitev smo ocenili uspešnost CT preiskave.

Rezultati

Pri 14 bolnikih je bil tumor večji od 5 cm, eden je meril celo 30 cm. Tumorji so bili v 16 primerih ostro omejeni od svoje okolice. Razmejitev je bila nejasna le v dveh primerih, kar je kazalo na možnost infiltrativne rasti tumorja v okolico. Histološka diagnoza teh dveh tumorjev je bila leomiosarkom črevesja in neopredeljen tumor. Eden izmed tumorjev je zajel steno vene cave inferior v poteku pod renalno veno. Histološka diagnoza tega tumorja je dokazala leomiosarkom črevesja oziroma stene vene cave inferior. Aorta in druge žile v tumorski masi niso bile zajete, kalcinacij v tumorjih nismo opazili.

Izmerjena gostota tumorjev je bila različna. Gostoto tumorja je predstavljalo solidno in maščobno tkivo, tekočina in nekroze (razpredelnica 1). Na podlagi tega smo ugotovili, da je bilo osem tumorjev solidne gostote, v petih primerih

Razpredelnica 1. Izmerjena gostota tkiva pri CT preiskavi

Gostota tkiva pri CT	Število bolnikov
Solidno	8
Maščobno	2
Različno	5
Tekočina	3
Nekroza	2

Razpredelnica 2. Histološka diagnoza, pogostnost recidivov in zasevkov

Histološka diagnoza	Št. bol.	Št. recid.	Zasevki			
			pljuča	jetra	perit.	ascites
Liposarkom	9	6/9	1	1	–	–
Leomiosarkom	4	3/7	1	1	–	1
Schwannom						
benigni	1	1	–	–	–	–
maligni	1	–	–	–	–	–
Drugi tumorji						
anaplastičen	1	–	–	1	1	–
neopredeljen	1	1	1	–	–	–
Agresivna retrop. fibromatoza	1	1	–	–	–	–

pa smo ugotovili različno gostoto tkiva. V dveh izmed tumorjev je bila prisotna tudi nekroza tkiva.

Na razpredelnici 2 smo prikazali histološko diagnozo tumorjev pri vseh 18 bolnikih. Pri 12 bolnikih je prišlo do recidiva tumorja. V času zdravljenja so bili pri treh bolnikih prisotni zasevki v pljučih, pri treh pa v jetrih.

Pri enem bolniku smo opazili zasevke v peritoneju, pri drugem pa ascites. Povečanih bezgavk in destrukcije skeleta, razen v enem primeru, nismo opazili.

Razpravljanje in zaključek

Na osnovi ugotovitev iz primerjave histološke diagnoze in CT preiskave pri 18 bolnikih, lahko upravičeno razmišljamo o »histološki« diagnozi glede vrste in tipa tumorja. Pokazalo se je, da lahko zanesljivo potrdimo diagnozo lipoma in liposarkoma v primeru, ko je tumor sestavljen iz maščobnega tkiva in tkiva različne gostote, kjer prevladujeta maščoba in tekočina. Vsaka izmed sestavin lahko predstavlja različen tip liposarkoma.

V primeru tumorjev solidne gostote je razmišljanje o »histološki« diagnozi dvomljivo, zato je vprašljiva tudi njihova razvrstitev glede na vrsto in tip tumorja. Leomiosarkom ter drugi tumorji, prikazani na razpredelnici 2, so pri oceni CT preiskave razvrščeni kot tumorji s solidno gostoto tkiva. V literaturi (1, 2, 3) zasledimo, da so lahko tudi ti tumorji po gostoti različni, vendar brez maščobnega tkiva. Prisotna je lahko le nekroza tkiva ali posamezne kolekcije tekočine.

Pri bolniku z malignim Schwannomom je bila gostota tumorja različna, zato je bila tudi njegova »histološka« diagnoza pri CT preiskavi nepravilna. Drug primer predstavlja bolnika z agresivno retroperitonealno fibrozo, kjer je bil pri CT preiskavi viden tumor solidne gostote, na posameznih mestih nehomogen in celo hiperdenzen. Določitev in opredelitev vrste in tipa tega tumorja je bila napačna.

V primeru tumorjev mehkih tkiv z gostoto solidnega tkiva moramo upoštevati diferencialno diagnostično možnost limfoma iz zasevkov tumorja testisa. Pri teh tumorjih velikokrat vidimo, da sta spremenjena stena in lumen vene cave inferior ali aorte (1, 4).

Pri enem izmed bolnikov z leomiosarkomom je bil tumor gostote solidnega tkiva v poteku vene cave inferior (slika 4). Pri preiskavi nismo uspeli dokazati primarnega mesta tumorja. Le-ta je lahko izhajal iz stene vene cave inferior oziroma iz stene duodenuma. V tem primeru nam tudi histološki pregled ni pojasnil primarnega mesta tumorja. Pri bolniku z benignim Schwannomom smo prikazali obsežnost bolezenskega procesa, ki je zajel sakrum. S CT preiskavo nismo izključili oziroma potrdili primarnega mesta tumorja.

Pri pregledu slik CT preiskave vseh 18 bolnikov, smo ugotovili, da so recidivni tumorji po sestavi, glede na gostoto, lahko enaki kot tumorji pred operacijo.

Pri dveh bolnikih smo opazili, da se je gostota recidivnega tumorja spremenila. Ta sprememba bi lahko predstavljala drugo vrsto in tip tumorja mehkih tkiv.

CT preiskava je zanesljiva diagnostična metoda v primeru tumorjev mehkih tkiv retroperitoneja. Kljub temu je postavitvev »histološke« diagnoze tumorja, ki ne vsebuje maščobnega tkiva, nezanesljiva in velikokrat zavaja. Z natančnim opazovanjem in preiskovalčevo izkušnostjo lahko s sumom na vrsto tumorja pripomoremo k uspešni, pravilni in hitri diagnozi bolezni.

Literatura

1. Cohan RH, Baker ME, Cooper C, Moore JO, Saeed M, Dunnick NR. Computed Tomography of Primary Retroperitoneal Malignancies. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1988; 12: 804–10
2. Weeks RG, McLeod RA, Reiman HM, Pritchard DJ. CT of Soft-Tissue Neoplasms. *AJR* 1985; 144: 355–60.
3. Egund N, Ekelund L, Sako M, Persson B. CT of Soft-Tissue Tumors. *AJR* 1981; 137: 725–9
4. Van Rooij WJJ, Martens F, Verbeeten B, Dijkstra Jr and J. CT and MR Imaging of Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1988; 12: 415–9