

POMEN ULTRAZVOČNE DIAGNOSTIKE PRI HODGKINOVIM BOLEZNI

Franc Guna

Z ultrazvočno tomografijo lahko pri Hodgkinovi bolezni ugotavljamo tako obolelost bezgavk kot organov in drugih ektranodalnih regij, če le poti ultrazvočnega snopa ne ovirata kost ali plin. Preiskujemo lahko obodne bezgavčne regije in vidimo obolele bezgavke v prednjem mediastinumu (1) — kadar so v stiku s prednjo torakalno steno, predvsem pa pozorno preiščemo jetra, vranico, paraaortalno regijo ter območja ob iliakalnem žilju (2). Preiskava vsekakor tudi ne sme zaobiti trebušne slinavke in ledvic.

Normalne bezgavke ultrazvočno niso vidne; ultrazvočna zaznava bezgavk zato vedno pomeni obolenje. Obolela bezgavka je videti približno kot okrogla ali elipsoidna hipoehogena tvorba. Da bezgavko zaznamo, je predvsem potrebna zadostna stopnja strukturnih oziroma bolezenskih sprememb v bezgavki, in ne morebitno povečanje bezgavke. Kolikšen naj bo delež bolezenskih sprememb, da bezgavka postane ultrazvočno vidna, ni znano. Zanesljivo je le, da z ultrazvočno preiskavo pogosto ne zaznamo obolenja, ko so limfografsko bolezenske spremembe že vidne.

Bolezenske spremembe v bezgavkah, kakor jih vidimo z ultrazvočno preiskavo, niso specifične za Hodgkinovo bolezen. Enake spremembe vidimo pri ne-Hodgkinovih limfomih in celo limfatičnih metastazah nekaterih drugih malignomov.

Na razširitev Hodgkinove bolezni v vranico, jetra ali druge organe in regije posumimo tedaj, ko v njih vidimo dokaj homogene formacije s šibkimi notranjimi odmevi (3, 4). Seveda tudi te spremembe niso specifične za Hodgkinovo bolezen.

Z ultrazvočno preiskavo ugotavljamo tudi nekatere posledice ekspanzivne ter infiltrativne rasti pri Hodgkinovi bolezni: tako npr. lahko diagnosticiramo zaporo žolčevodov ali zaporo v območju votlih sistemov ledvic in poteku sečevodov.

Z ultrazvočno preiskavo že zelo zgodaj zaznamo morebitno tekočino v perikardialnem, plevralnem ali intraperitonealnem prostoru, kar vse je lahko posledica in odsev napredovale Hodgkinove bolezni.

Bolezenski ultrazvočni izvid moramo včasih potrditi z ultrazvočno vodeno biopsijo obolelega mesta. Pri našem delu največkrat odvezemamo vzorce za citološko analizo. Uporabljamo fleksibilne igle zunanjšega premera 0,6 mm. V petih letih (od 1. 1. 1988 do 31. 12. 1992) smo opravili biopsijo za citološko analizo iz 40 bolezenskih mest (v bezgavkah ali organih), kjer je bila verjetnost, da gre za Hodgkinovo bolezen. Izvid citološke analize odvzetega vzorca je bil diagnostičen (pozitiven) pri 25 bolnikih (63%), nediagnostičen pa pri 15 preiskovancih (37%). Kasnejši potek bolezni ali zdravljenja je pokazal, da je šlo ob nediagnostičnih izvidih (nediagnostično

dobljenem vzorcu) vendarle za obolenje. Diagnostičnost ultrazvočno vodenih aspiracijskih biopsij pri Hodgkinovi bolezni je vsekakor slabša kakor splošna diagnostičnost ultrazvočno vodenih (aspiracijskih) biopsij za citološko analizo: ta namreč v naši kazuistiki (1500 takih biopsij!) za isto petletno obdobje znaša 75 %.

Ultrazvočna preiskava je nenasilna (za bolnika prijazna) in ko se pri bolniku s Hodgkinovo boleznijo odločamo za slikovne preiskave trebuha, se najprej zatečemo k ultrazvočni diagnostiki. Morebiten bolezenski izvid (zlasti, če je dopolnjen z diagnostičnim izvidom ultrazvočno vodene biopsije), lahko bolnika včasih obvaruje nadaljnjih preiskav. Enako diagnostično pot velja ubrati tudi pri ocenjevanju uspešnosti zdravljenja (če je bil seveda ultrazvočni izvid pred zdravljenjem bolezenski), potrjevanju ozdravljenja kot tudi iskanju morebitnih ponovitev bolezni. Eden od ciljev ultrazvočne diagnostike pri Hodgkinovi bolezni je vsekakor ta, da bolniku zmanjša število bolj mučnih preiskav.

Literatura

1. Wernecke K, Vassalo P, Hoffman G, Peters PE, Poetter R, Rummeny E, Koch P. Value of Sonography in Monitoring the Therapeutic Response of Mediastinal Lymphoma: Comparison with Chest Radiography and CZ. *Am J Roentgenol* 1991; 156: 265—72.
2. Plat M, Erk JU. Abdominale Ultraschaldiagnostik bei malignen Lymphomen. *Gastroenterol J* 1990; 50: 117—23.
3. Goerg C, Schwerek WB, Goerg K. Sonography of Focal Lesions of the Spleen. *Am J Roentgenol* 1991; 156: 949—53.
4. Goerg C, Schwerek WB, Goerg K. Splenic Lesions: Sonographic Patterns, Follow-up, Differential Diagnosis. *Eur J Radiol* 1991; 13: 59—66.