

POMEN RENTGENSKE DIAGNOSTIKE PRI HODGKINOVEM LIMFOMU

Jurij Us

Pri bolniku, ki je zbolel za Hodgkinovo boleznijo, moramo brezpogojno ugotoviti njen obseg in jo jasno zamejiti, saj sta od tega odvisna način zdravljenja in prognoza. Nemajhno vlogo pri zamejevanju bolezni ima rentgenolog, rentgenske diagnostične metode pa uporabljamo tudi za spremljanje bolezni med zdravljenjem in za ugotavljanje morebitne ponovitve.

Pri Hodgkinovem limfomu (velja tudi za ne-Hodgkinove limfome!) moramo opredeliti, ali je bolezen poleg limfatičnega sistema zajela tudi parenhimske organe in v kolikšnem obsegu. Drugače povedano, poiskati moramo ekстранodalne lokalizacije limfoma.

Obseg bolezni določamo po sistemu Ann Arbor. Povečane periferne bezgavke lahko otipljemo, medtem ko o bezgavkah v torakalnih organih (mediastinumu, hilusih in traheobronhialnem predelu ter aortnem oknu) zgolj z inspekcijo in palpacijo ne moremo presoјati. To in tudi ugotovitev stanja pljučnega parenhima ter retroperitonealnih bezgavk je naloga rentgenologa. Kljub sodobnim neinvazivnim diagnostičnim metodam je namreč klasična rentgenska diagnostika še vedno osnova za zamejevanje in spremljanje poteka Hodgkinove bolezni (1, 2, 3, 4).

Zamejevanje bolezni

a) Slikanje torakalnih organov

Torakalne organe slikamo v dveh smereh: pregledno in profilno. Na preglednem posnetku presoјamo transparenco pljučnega parenhima, ocenjujemo konture srca in prepon ter pljučno žilno risbo. Če so konture spremenjene ali zabrisane, moramo pomisliti na limfomski infiltrat v pljučnem parenhimu. Če je bolezen zajela mediastinalne bezgavke, se te povečajo, senca mediastinuma pa se razširi in meri v premeru več kot 6 cm. Bezgavke v mediastinumu se lahko tako močno povečajo, da senca mediastinuma prekriva celotno zgornje in srednje pljučno polje.

Za določitev prognoze je zelo važno ugotoviti razmerje med širino mediastinuma na višini zgornjega roba petega prsnega vretenca in širino prsnega koša na višini zgornjega roba šestega prsnega vretenca. Bolnik, pri katerem je to razmerje enako ali manjše od 0,35, ima boljšo prognozo.

Kadar Hodgkinov limfom zajame tudi plevro, pride do plevralnega izliva, vendar ga mora biti vsaj pol litra, da ga rentgenska preiskava lahko pokaže.

Iz pregledne slike torakalnih organov ocenimo videz in širino zgornjega in spodnjega mediastinuma, širino prsnega koša, širino in obliko hilusov, traheobronhialnih predelov ter stanje pljučnega parenhima in plevre.

S profilnega posnetka ocenimo stanje mediastinuma, bezgavk v hilusih, traheobronhialnih predelih in v aortno-pulmonalnem oknu. Limfome najdemo predvsem v zgornjem sprednjem mediastinumu, kjer odkrijemo tudi substernalno strumo in timusno hiperplazijo.

b) Slikanje skeleta

Skelet slikamo rentgensko le izjemoma, kadar sumimo, da je bolezen prodrla vanj. Sum je utemeljen bodisi zaradi bolečnosti skeleta, bodisi da pri scintigrafiji skeleta naletimo na mesta, kjer se izotop povečano kopiči. Oboje nakazuje možnost, da se je Hodgkinova bolezen razširila že tudi v skelet, čeprav se to zgodi razmeroma redko. Lokalizacijo malignega limfoma v skeletu vidimo na rentgenogramih kot omejeno sklerozo štrenaste strukture, le izjemoma se pokaže kot osteoliza.

Pedalna limfografija

Prizadetost retroperitonealnih bezgavk ugotavljamo z ultrazvokom, (UZ), računalniško tomografijo (CT) ali pa magnetno resonanco (MR). Vse te metode zamejevanja in spremljanja ter sploh diagnostike Hodgkinove bolezni pomenijo neprecenljiv napredek, vendar klasične pedalne limfografije le ne morejo povsem izriniti iz prakse. Razlog je v tem, da tako pri UZ- kakor pri CT-preiskavi presojujamo prizadetost retroperitonealnih bezgavk glede na njihovo velikost. Bezgavke, manjše od 1,5 cm, veljajo pri UZ- in CT- preiskavi za normalne.

Pri limfografiji zaradi uvedenega rentgenskega kontrasta poleg velikosti lahko ocenjujemo tudi obliko in strukturo bezgavk. Retroperitonealne bezgavke so lahko drobne, za UZ in CT normalno velike, vendar so v njih že lahko žarišča Hodgkinove bolezni, ki jih odkrijemo prav z limfografijo. Spremenjena struktura — iz fižolaste oblike v kroglasto — rentgenologa opozori na bolezenski proces v bezgavkah. To velja še posebej za bolnike z nodularno sklerozo, eno od oblik Hodgkinove bolezni. Pri tem tipu bolezni so bezgavke drobne, vendar strukturno spremenjene. Zanesljivost pedalne limfografije je okoli 86-odstotna. Ne nazadnje z limfografijo prikazano bezgavko lahko pod rentgenom tudi punktiramo in opravimo aspiracijsko biopsijo, ki naše ugotovitve potrdi (3, 4, 5).

Spremljanje bolezni

Uspešnost zdravljenja spremljamo z občasnim slikanjem torakalnih organov (pregledna in profilna slika), z limfografijo pa tudi s slikanjem abdominalna (pregledna slika). Kontrolna slikanja opravimo po enem ali več ciklikih kemoterapije oziroma obsevanja ali pa po kombiniranem zdravljenju.

Sprva so presledki med posameznimi kontrolami krajši, sčasoma jih podaljšujemo in slikamo redkeje.

Kontrola retroperitonealnih bezgavk po opravljeni pedalni limfografiji:

S kontrastom napolnjene bezgavke ostanejo vidne dlje časa. Če se kontrast hitro izloča iz bezgavk, sumimo, da gre za maligni limfom v njih. Običajno lahko ocenjujemo stanje retroperitonealnih bezgavk še šest mesecev do eno leto po opravljeni limfografiji.

Kje in kdo naj nadzoruje bolnikovo zdravstveno stanje

Praviloma naj bi to počel lečeči zdravnik na Onkološkem inštitutu. Tam je namreč zbrana vsa dokumentacija, diagnostiki se lahko med seboj posvetujejo, poleg tega pa potekajo vsa rentgenska slikanja na inštitutu vedno v enakih razmerah, kar omogoča medsebojno primerjavo rentgenogramov.

Zdravnik splošne prakse naj takega bolnika spremlja in zdravi njegova morebitna interkurentna obolenja, dokler je bolnik v remisiji. V bolnikovo korist pa je, da ga ob sumu na morebitno ponovitev bolezni napoti na kontrolo na Onkološki inštitut.

Literatura

1. Meschan I, Ferrer-Meschan RMF. Roentgen Signs in Clinical Diagnosis. Saunders Co, Philadelphia, London 1989: 620—641.
2. Chung KK, Bloomfeld CD, Goldmann AI, Levit SH: Prognostic Significance of Mediastinal Involvement in Hodgkin's Disease Treated with Curative Radiotherapy. *Cancer* 1980; 46: 2403—2409.
3. Strijk SP, Boetes C, Rosenbusch G, Ruijs JHJ. Lymphography and Abdominal Computed Tomography in Staging Hodgkin's Disease. *Fortschr Roentgenstr* 146: 3; 1987, 312—318.
4. Us J. Lymphography as a Diagnostic Procedure — yes or no. *Radiol Iugosl* 21: 1; 1987, 81—84.
5. Kardos TF, Vinson JH, Behm FG, Frable WJ, O'Dowd GJ. Hodgkin's Disease: Diagnosis by Fine-Needle Aspiration Biopsy. *Am J Clin Pathol* 1986; 86: 286—291.