

Aspiracijska biopsija v onkologiji

Marija Us-Krašovec

Aspiracijska biopsija (AB) je v moderni patologiji standardna diagnostična metoda. Pomaga nam opredeliti patološke spremembe, ki jih otipamo, prikažemo z rentgenom ali s katero drugo slikovno metodo.

ZNAČILNOSTI METODE

Z AB odvzamemo celični vzorec s tanko iglo (0,6 - 0,8 mm), večinoma brez predhodne priprave bolnika in brez anestezije. Odvzem vzorca in izdelava preparata sta hitra, saj lahko opravimo mikroskopsko preiskavo še isti dan. Če so za diferenciacijo malignega tumorja potrebne specialne tehnike, bo diagnostični postopek dva do tri dni daljši.

Poseg je varen, minimalno invaziven, skoraj neboleč in ga lahko večkrat ponovimo brez škode za bolnika. Na ta način lahko pri večini bolnikov opredelimo patološki proces še pred pričetkom bolnišničnega zdravljenja. Ker je metoda enostavna, hitra, ekonomična in v dovolj veliki meri zanesljiva, je postala v onkologiji nepogrešljiva.

AB je prva diagnostična metoda, s katero skušamo opredeliti morfološko diagnozo:

- patološkega procesa, ki je povzročil tumor. Citopatološka preiskava odbere bolnike za specifično onkološko zdravljenje, bolnike, pri katerih so potrebne nadaljnje diagnostične preiskave, in bolnike, pri katerih je indicirana konzervativna terapija.
- malignih tumorjev, ki jih zdravimo primarno z radio- ali kemoterapijo, inoperabilnih tumorjev in tumorjev, ki vitalno ogrožajo bolnika. Z AB se izognemo diagnostičnemu kirurškemu posegu in pričnemu bolnika zdraviti takoj; pri bolnikih z inoperabilnim tumorjem in pri vitalno ogroženih bolnikih nam morfološka diagnoza omogoči oblikovati najustreznejšo shemo zdravljenja. Izognemo se tudi pooperativni obolevnosti in možnim komplikacijam.
- povečanih bezgavk in novih tumorjev, ki se pojavijo med zdravljenjem bolnikov z maligno boleznijo.
- tumorjev in povečanih bezgavk, ki jih ugotovimo med sledenjem bolnikov po zaključenem zdravljenju.

Z AB ugotavljamo tudi:

- učinek radioterapije in kemoterapije
- eventualne ostanke tumorja.

Zdravljenje onkološkega bolnika, ki ga pričnemo z diagnostiko patološkega procesa, je timsko. V diagnostičnem postopku sodelujejo zdravnik, ki indicira AB, citopatolog, občasno radiolog in drugi specialisti. Vsi člani

tima morajo poleg ustreznega znanja klinične medicine in patologije poznati indikacije in kontraindikacije metode, njene omejitve, diagnostične kategorije v citopatologiji, možne komplikacije in pomen medsebojne komunikacije.

INDIKACIJE IN KONTRAINDIKACIJE

AB lahko uporabimo pri vseh jasno tipljivih ali s slikovnimi metodami prikazanimi tumorji. Potrebno je presoditi, ali lahko dobimo iz patološke spremembe reprezentativen vzorec in ali bi bila pri nekonkluzivni diagnozi kakršna koli informacija uporabna pri nadaljnjem diagnostičnem postopku. Asimetrije, nejasne zatrdline, navadno fiziološka drobna vozličavost dojk, drobne klinično nepomembne bezgavke niso primerne za AB, ker je malo verjetno, da bomo iz njih dobili ustrezen vzorec za preiskavo.

Za AB ni absolutnih kontraindikacij. Pred AB notranjih organov se pri bolnikih z motnjami v koagulaciji ali pri bolnikih na antikoagulantni terapiji posvetujemo s hematologom. Med redke kontraindikacije za AB sodijo napredovali emfizem, huda pulmonalna hipertenzija in nekatere refraktarne respiratorne motnje.

Nekateri opozarjajo na previdnost pri AB karotidnega telesa, pri zelo vaskulariziranih tumorjih notranjih organov, pri malignih tumorjih ovarijskega in pri ehinokoknih cistah. Večkratno ponavljanje AB v kratkih intervalih po predhodno neuporabnem vzorcu ni kontraindicirano, vendar je smiselno le, če ponovitev indicira citopatolog ali če je kirurška biopsija zaradi medicinskih razlogov kontraindicirana.

OMEJITVE

Omejitve metode izhajajo iz načina odvzema vzorca in njegove sestave:

- pri AB se ne moremo vedno izogniti nekrotičnim ali cistično degeneriranim predelom, obsežnim področjem hemoragije in vnetnim infiltratom. Vzorec AB iz teh predelov ne bo prazen, vendar ne bo vseboval celic, primernih za diagnozo.
- iz fibroziranih, skleroziranih tumorjev in iz čvrstih benignih kostnih tumorjev dobimo s tanko iglo navadno premalo celic za zanesljivo preiskavo. Pri tumorjih z mnogo keratina, sluzi ali drugih produktov lahko dobimo malo ali nič diagnostično pomembnih celic.
- s tanko iglo lahko zgrešimo majhno tarčno lezijo in namesto vsebine tumorja aspiriramo celice okolnega

normalnega tkiva ali benignega patološkega procesa. Možnost napačno negativne diagnoze zaradi napačnega vzorčenja moramo vedno upoštevati, zlasti pri kliničnem sumu na maligni tumor. Pri tumorjih dojke je napačno negativnih izvidov približno 3%.

- uspešnost AB ni odvisna samo od velikosti tumorja, od vrste patološkega procesa in anatomskih posebnosti področja, temveč v veliki meri tudi od izkušenosti izvajalca AB.
- vzorec AB, pa čeprav je ustrezen, ne dovoljuje vedno specifične diagnoze. Včasih je mogoče opredeliti samo, ali je tumor benigni ali maligni, ali pa posumiti na malignom. Pri benignih spremembah je izvid včasih samo opisan in so naštetih le v vzorcu prisotni celični elementi. Kljub temu lahko citolog posreduje kliniku uporabno informacijo.

DIAGNOSTIČNE KATEGORIJE

V citopatologiji uporabljamo pet kategorij:

- neustrezen vzorec
- negativen izvid
- atipične spremembe
- suspektno za malignom in
- malignom.

Neuporaben - neustrezen vzorec je kategorija, ki jo pogosto napačno interpretirajo kot negativen izvid, tj. odsotnost maligne bolezni. V to kategorijo sodijo vzorci, iz katerih ni mogoče opredeliti patološkega procesa - prazni vzorci brez celic ali vzorci z malo celic, vzorci z mehanično ali drugače poškodovanimi, nerazpoznavnimi celicami, vzorci z obilo krvi, vnetnega infiltrata ali druge necelične vsebine, ki prekriva celične detajle.

V kategorijo atipičnih sprememb sodijo vzorci, v katerih so poleg normalnih še morfološko spremenjene celice, vendar brez jasnih znakov za maligno bolezen. Citopatolog skuša ob kliničnih in drugih podatkih te spremembe interpretirati. Svoje mnenje mora sporočiti kliniku skupaj z navodili za nadaljnji postopek.

Pri sumu na maligno bolezen, ki je zaradi neizrazitih sprememb na celicah ali premajhnega števila celic ni bilo mogoče diagnosticirati, imamo dve možnosti. Če citopatolog indicira AB, jo ponovimo, sicer pa napotimo bolnika na kirurško biopsijo.

Napovedna vrednost pozitivnega izvida, tj. citopatološke diagnoze malignega tumorja, je praktično 100% zanesljiva. Če diagnoza ni v skladu s kliničnimi ali drugimi preiskavami, se morata klinika in citopatolog posvetovati.

KOMPLIKACIJE

Komplikacije so redke, saj je igla, s katero spremembo punktiramo, tanjša od kirurške igle. Po AB tumorjev na

površini lahko nastopi manjša krvavitev, ki jo zaustavimo z lokalnim pritiskom. Včasih nastane manjši hematoma. Infekcije so redka izjema. Izjemen je tudi pnevmotoraks po AB majhnih dojk ali bezgavk v supraklavikularni in aksilarni loži. Pnevmtoraks je pogostejši pri transtorakalni AB, v 20 do 30% primerov, a se večinoma spontano resorbira. Instrumentalni poseg je potreben pri približno 5% bolnikov.

Po AB procesov v abdominalni votlini je več vrst komplikacij, so pa prav tako redke. Opisani so primeri peritonitisa (biliarni, bakterijski), pankreatitisa, krvavitev, implantacijskih metastaz in smrti: po podatkih iz literature je težjih komplikacij 0,05% do 0,18%, smrtnih primerov 0,008% do 0,031% in implantacijskih metastaz 0,003% do 0,009%.

KOMUNIKACIJA

Napotnica je osnovna komunikacijska vez med člani tima. Poleg splošnih podatkov o bolniku mora vsebovati točno anatomsko opredeljeno mesto lezije, ki jo želimo preiskati, anamnestične in klinične podatke, podatke o že opravljenih preiskavah in tentativno klinično diagnozo. Napotnica z napisom "lymphadenopathia colli, punkcija bezgavke" je nezadostna. Točen zapis mesta bezgavke je potreben zato, da citopatolog opravi AB prave lezije, da je ob pojavu novih povečanih bezgavk jasno razvidno, katero smo že preiskali, in zato, da lahko informacijo o preiskavi pravilno uporabi vsak specialist, ki se kasneje vključi v diagnostični postopek ali zdravljenje. Anamnestične, klinične in druge podatke potrebuje citopatolog ob analizi in interpretaciji mikroskopske slike.

Prav je, da napotnico s takim zapisom dobi citopatolog, pa tudi radiolog, ki bo pod kontrolo aparata opravil AB. Komunikacija, pisna ali ustna, med klinikom in citopatologom je pomembna, enako pomembna pa je komunikacija med radiologom, kadar ta opravlja AB, in citopatologom. Citopatolog, ki sodeluje ob AB pod kontrolo aparata, lahko takoj presodi, ali je vzorec reprezentativen in ali so za diferenciacijo malignega tumorja potrebne dodatne specialne tehnike, za katere je potreben poseben fiksativ.

Namen aspiracijske biopsije in citopatološke preiskave je diagnoza patološkega procesa. Kadar ga ni mogoče opredeliti, posreduje citopatolog podatke, ki bodo usmerili nadaljne diagnostične postopke. Zato mora biti citopatološka preiskava opravljena hitro, citopatologovo sporočilo pa mora biti jasno in natančno oblikovano, uporabljati mora ustaljene diagnostične kriterije in termine. Če preiskava ni uspela ali če patološkega procesa ni mogoče opredeliti, mora citopatolog v sporočilu navesti razloge in navodila za nadaljnje postopke.

Dobre, klinično pomembne rezultate aspiracijske biopsije bomo dosegli, če bomo dosledno upoštevali vrednosti in omejitve metode.

