

Tytuł: Ocena przydatności biopsji pod kontrolą endosonografii (EUS) w diagnostyce różnicowej zmian torbielowatych trzustki

Evaluation of Endosonography – guided biopsy use in the differential diagnosis of pancreatic cystic lesions

Autor: lek. Łukasz Błaszczuk

Promotor: dr hab. N.med. Anna Wiechowska-Kozłowska

Promotor pomocniczy: dr n.med. Katarzyna Pawlak

Wprowadzenie

Ze względu na dynamiczny rozwój i dostępność nowoczesnych technik obrazowania, bezobjawowe zmiany torbielowate trzustki rozpoznawane są u coraz większej grupy pacjentów. Ustalenie ostatecznego rozpoznania, z różnicowaniem zmian pozapalnych i nowotworowych oraz potwierdzeniem łagodnego, potencjalnie złośliwego czy złośliwego charakteru zmian nowotworowych, stanowi istotny problem kliniczny. Typ zmiany decyduje bowiem o dalszym postępowaniu.

Za najczulszą metodę zarówno w wykrywaniu drobnych zmian ogniskowych w trzustce, jak też w ocenie morfologicznej ich charakteru, uznaje się ultrasonografię endoskopową (EUS)

Mimo wysokiej jakości badań obrazowych, w tym EUS, nie u wszystkich pacjentów możliwe jest rozpoznanie typu zmiany torbielowej, jedynie na podstawie obrazu morfologicznego. Nakłucie zmiany z pobraniem materiału do oceny laboratoryjnej i cytologicznej zdecydowanie zwiększa możliwość ustalenia ostatecznego rozpoznania i kwalifikacji do leczenia. Metodę z wyboru w nakłuciu zmian torbielowatych trzustki stanowi biopsja pod kontrolą ultrasonografii endoskopowej (EUS-FNA)

Do tej pory nie udało się rozwiązać dwóch istotnych problemów o dużym znaczeniu klinicznym. Po pierwsze, żadne z dostępnych aktualnie narzędzi nie pozwala bezbłędnie i w sposób ostateczny dokonać rozróżnienia pomiędzy niezłośliwymi torbielami trzustki, a innymi zmianami torbielowatymi o charakterze przedrakowym i złośliwym. Nie jest to możliwe nawet w oparciu o najnowsze techniki obrazowania (TK/MR) w skojarzeniu z EUS i badaniem płynu pobranego z torbieli. Po drugie, nawet w przypadku pacjentów, u których z dużym prawdopodobieństwem można rozpoznać stan przedrakowy nadal nie są dostępne wiarygodne metody diagnostyczne, które pozwoliłyby właściwie określić zaawansowanie stadia nowotworzenia oraz – co równie ważne – określić ryzyko rozwoju nowotworu złośliwego w ciągu całego życia pacjenta.

Celem niniejszej pracy była retrospektywna ocena przydatności biopsji pod kontrolą endosonografii (EUS) w diagnostyce różnicowej zmian torbielowatych trzustki.

Metody

Spśród ponad 3000 tysięcy chorych u których wykonano badanie ultrasonografii endoskopowej (EUS) przewodu pokarmowego w szpitalu MSWiA w Szczecinie w latach 2007-2013 wyodrębniono grupę 236 pacjentów, u których rozpoznano zmiany torbielowate trzustki, poddane planowej ocenie morfologicznej (wielkość torbieli, lokalizacja, ilość komór, obecność guzków przyściennych i zwapnień, cechy PZT, echogeniczność płynu, kolor płynu, cechy śluzu) i analizie płynu (poziom amylazy i CEA, cytologia) uzyskanego z nakłucia pod

kontrolą EUS. Ze wszystkimi chorymi (n=236) podjęto próbę kontaktu celem ustalenia ich losów na podstawie dokumentacji lub wykonania kontroli obrazowej nieleczonych pacjentów. Spośród wszystkich chorych poddanych analizie 115 chorych (48,73%) miało wykonane kontrolne badanie obrazowe (USG, TK lub MR) w okresie od 2 miesięcy do 7 lat.

Wyniki

Na podstawie analizy uzyskanych danych stwierdzono, że obecność zmian litych oraz poszerzenie przewodu Wirsunga stanowią główny morfologiczny czynnik ryzyka złośliwej zmiany torbielowatej trzustki. Zarówno liczba komórek, jak i obecność zmian przyściennych nie korelują z potencjałem złośliwym zmian. Znaczne stężenie markera CEA w płynie z torbieli pozwala na różnicowanie zmian śluzowych i nieśluzowych, stanowiąc główny laboratoryjny czynnik ryzyka torbielowatych zmian nowotworowych. Morfologiczna ocena EUS (wykluczenie obecności cech zwiększonego ryzyka nowotworu) z ujemnym wynikiem badań poziomu CEA w płynie pozwala na potwierdzenie charakteru łagodnego zmian torbielowatych trzustki. Stwierdzenie braku progresji zmian bez potencjału złośliwości w wieloletniej kontroli wykazanej w powyższym badaniu, a potwierdzonej na większej grupie badanych mogłoby wpłynąć na zmianę wytycznych, dotyczących zmniejszenia częstości wykonywania badań kontrolnych. Oceniane na podstawie badania EUS/FNA czynniki ryzyka są niedoskonałe, gdyż przyczyniają się do kwalifikacji dużo szerszej grupy zmian jako potencjalnie złośliwych niż faktycznie wykazujących inwazyjny charakter (< 17% pacjentów w wieloletniej obserwacji).

Wnioski

- Obecność zmian litych oraz poszerzenie przewodu Wirsunga stanowią główny morfologiczny czynnik ryzyka złośliwej zmiany torbielowatej trzustki.
- Zarówno liczba komórek, jak i obecność zmian przyściennych nie korelują z potencjałem złośliwym zmian.
- Znaczne stężenie markera CEA w płynie z torbieli pozwala na różnicowanie zmian śluzowych i nieśluzowych, stanowiąc główny laboratoryjny czynnik ryzyka torbielowatych zmian nowotworowych.
- Morfologiczna ocena EUS (wykluczenie obecności cech zwiększonego ryzyka nowotworu) z ujemnym wynikiem badań poziomu CEA w płynie pozwala na potwierdzenie charakteru łagodnego zmian torbielowatych trzustki.
- Stwierdzenie braku progresji zmian bez potencjału złośliwości w wieloletniej kontroli wykazanej w powyższym badaniu, a potwierdzonej na większej grupie badanych mogłoby wpłynąć na zmianę wytycznych, dotyczących zmniejszenia częstości wykonywania badań kontrolnych
- Oceniane na podstawie badania EUS/FNA czynniki ryzyka są niedoskonałe, gdyż przyczyniają się do kwalifikacji dużo szerszej grupy zmian jako potencjalnie złośliwych niż faktycznie wykazujących inwazyjny charakter (< 17% pacjentów w wieloletniej obserwacji)