

Βιοψίες

Διαδερμική - Ανοικτή - Ταχεία βιοψία

Ε. Φιλόπουλος

1/1/2016

Πριν από 100 χρόνια η οριστική διάγνωση του καρκίνου, που μπορεί να γίνει μόνο με την μικροσκοπική μελέτη του όγκου, γινόταν συνήθως μετά την εγχείρηση. Αυτό είχε προκαλέσει ζωηρές συζητήσεις στην ιατρική κοινότητα, γιατί δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις που είχαν χειρουργηθεί (και υποστεί μεγάλη ή ακρωτηριαστική επέμβαση) ασθενείς χωρίς στη συνέχεια να επιβεβαιώνεται η διάγνωση της κακοήθειας.

Έτσι, η ανάγκη για απόκτηση ιστού από τον όγκο ώστε να υπάρξει οριστική διάγνωση πριν εφαρμοστεί στους ασθενείς η οποιαδήποτε θεραπεία έγινε επιτακτική και έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη των διάφορων μορφών βιοψίας.

Αυτή ξεκίνησε στην αρχή να γίνεται μόνο χειρουργικά (με επέμβαση, αλλά τις τελευταίες δεκαετίες η ανάπτυξη της κυτταρολογίας και οι διάφορες τεχνικές απόκτηση υλικού από τον όγκο με ειδικές βελόνες και εργαλεία κατέστησαν πολύ χρήσιμες και δημοφιλείς τις λεγόμενες διαδερμικές ή ελάχιστα επεμβατικές βιοψίες.

Μη Ανοικτές Βιοψίες – Διαδερμικές Βιοψίες



- ***Κυτταρολογική εξέταση υλικού από παρακέντηση με λεπτή βελόνα και***
- ***Βιοψία ιστοτεμαχίων από παρακέντηση με ειδική ευρύστομη βελόνα***

Τόσο η κυτταρολογική εξέταση υλικού μετά από παρακέντηση με λεπτή βελόνα (fine needle aspiration biopsy – FNAB) όσο και η ιστολογική εξέταση κυλινδρικών ιστοτεμαχίων που λαμβάνονται από τον πυρήνα της βλάβης με παρακέντηση με ειδική ευρύστομη βελόνα (core needle biopsy – CNB) χαρακτηρίζονται από υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση όταν χρησιμοποιούνται για ψηλαφητές ή μη αλλοιώσεις των μαστών από εξειδικευμένους σ' αυτές τις πρακτικές χειρουργούς, παθολογοανατόμους ή κυτταρολόγους.

Σε ψηλαφητές βλάβες, ο χειρουργός μπορεί να κατευθύνει μόνος του τη βελόνα της παρακέντησης σε αυτές, χωρίς απεικονιστική βοήθεια.

Σε μη ψηλαφητές αλλοιώσεις χρειάζεται τη βοήθεια απεικονιστικής μεθόδου (κατευθυνόμενη παρακέντηση).

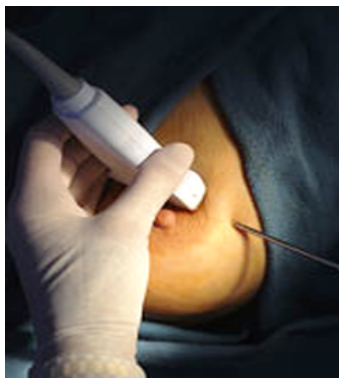
Σε συμπαγείς ή κυστικές βλάβες η παρακέντηση με την βοήθεια του υπερηχογράφου είναι πιο εύχρηστη και εξίσου αποτελεσματική με εκείνη που γίνεται με τη βοήθεια μαστογράφου. Ο τελευταίος χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις μικροαποπιτανώσεων ή ορατών μόνο σ' αυτόν βλαβών (π.χ. σε πυκνότητες, διαταραχές αρχιτεκτονικής)

Παρακέντηση μπορεί να πραγματοποιηθεί και με τη βοήθεια της μαγνητικής τομογραφίας.

Δεν υπάρχουν απόλυτοι κανόνες που να καθορίζουν το πότε είναι προτιμότερη η παρακέντηση με λεπτή βελόνα (FNAB) και πότε η παρακέντηση με ειδική ευρύστομη βελόνα (CNB). Η μία εξέταση μπορεί να

έχει συμπληρωματικό ρόλο προς την άλλη. Γενικότερα, όμως, η CNB έχει μεγαλύτερη ευαισθησία, εξειδίκευση και αρνητική προσδιοριστική αξία από την FNAB.

Για την FNAB απαιτείται εξειδικευμένο κυτταρολογικό εργαστήριο.



Με τη CNB μπορεί να αναγνωριστεί η μη διηθητική νόσος, ενώ κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό με την FNAB.

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνα είναι χρήσιμη για τη διαγνωστική αξιολόγηση διογκωμένων λεμφαδένων της μασχάλης, ενώ για τον ίδιο σκοπό τα τελευταία χρόνια δοκιμάζεται και η πρακτικότητα και αποτελεσματικότητα της παρακέντησης με ευρύστομη βελόνα.

Η CNB μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν η FNAB δεν συμβαδίζει με τα κλινικά ευρήματα ή τις απεικονιστικές εξετάσεις.

Η μικρή τομή του δέρματος και η περιοχή διέλευσης της ειδικής ευρύστομης βελόνας πρέπει να γίνουν σε τέτοιο σημείο ώστε κατά την οριστική εγχείρηση να μπορούν να συναφαιρεθούν.

Όταν υπάρχουν αποπιτανώσεις, τα εξαιρεθέντα με την ειδική ευρύστομη βελόνη ιστοτεμάχια πρέπει να αποστέλλονται για μαστογραφική εξέταση, για να επιβεβαιωθεί ότι έγινε σωστή δειγματοληψία από την αλλοίωση.

Σε περιπτώσεις που από τις μη ανοικτές βιοψίες διαπιστωθούν βλάβες υψηλού κινδύνου, όπως άτυπη υπερπλασία (πόρων ή λοβίων) και λοβιακό καρκίνωμα *in situ*, η πιθανότητα συνύπαρξης στην ίδια θέση πορογενούς διηθητικού ή μη καρκινώματος είναι αυξημένη. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να γίνει ανοικτή βιοψία.

Τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος η κυτταρολογική εξέταση ή η βιοψία των **λεμφαδένων** της μασχάλης μετά από παρακέντηση τους με λεπτή ή ευρύστομη βελόνα, για τη διαπίστωση διήθησης τους ή μη από τη νόσο. Η παρακέντηση μπορεί να γίνει χωρίς καθοδήγηση, εφόσον πρόκειται για ψηλαφητούς αδένες που μπορούν να κατηλωθούν με τα δάκτυλα του εξεταστή. Σε αψηλάφητους λεμφαδένες (N0), η παρακέντηση γίνεται υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και μπορεί να αφορά τον λεμφαδένα φρουρό, ο οποίος καθίσταται ευδιάκριτος στην υπερηχογραφική σάρωση με την χορήγηση μικροφουσαλίδων που εγκλωβίζονται σ' αυτόν. Η δυνατότητα προσδιορισμού της ύπαρξης ή μη μεταστάσεων στο φρουρό λεμφαδένα με αυτή τη μέθοδο είναι μία πρακτική που προκαλεί ελάχιστη επιβάρυνση της ασθενούς.

Νεότερες μη ανοικτές βιοψίες (ελάχιστα επεμβατικές βιοψίες
- MIB: Minimally Invasive Breast biopsy, Στερεοτακτική
κατευθυνόμενη βιοψία με τη βοήθεια κενού
-VAB: vacuum assisted biopsy, Σύστημα εκτομής βλαβών
μαστού - BLES: Breast Lesions Excision System)



Πρόκειται για εισαγωγή στην περιοχή της βλάβης, υπό απεικονιστική καθοδήγηση, ειδικής βελόνας που με περιστρεφόμενο εσωτερικό μαχαιρίδιο αφαιρεί τεμάχια της βλάβης τα οποία στη συνέχεια με τη βοήθεια αναρρόφησης συλλέγονται σε ειδικό θάλαμο προσαρτημένο στη βελόνα παρακέντησης. Τα αναρροφηθέντα τεμάχια αποστέλλονται για μαστογραφικό έλεγχο και ιστολογική εξέταση.

Στερεοτακτική μαστογραφική απεικόνιση που διευκολύνει την κατευθυνόμενη λήψη ιστοτεμαχίων με ευρύστομη βελόνα και αναρρόφηση (Mammotome -BLES)

Κύριες ενδείξεις για εφαρμογή της είναι η δειγματοληψία μικροαποτιτανώσεων (εξ' ου και η ανάγκη μαστογραφικής επιβεβαίωσης ότι όντως αφαιρέθηκαν οι μικροαποτιτανώσεις), οι διαταραχές αρχιτεκτονικής και οι περιπτώσεις στις οποίες οι άλλες μέθοδοι παρακέντησης απέτυχαν να συλλέξουν ικανά ιστικά ή κυτταρολογικά δείγματα.

Το BLES έχει τις ίδιες ενδείξεις, προτιμάται, όμως σε ογκόμορφες μικρές αλλοιώσεις ή σε συρρέουσες σε μία περιοχή αποτιτανώσεις. Η ύποπτη περιοχή, αφού εγκλωβιστεί σε ειδικό "καλαθάκι", αφαιρείται (πρόκειται για αφαίρεση όλης της βλάβης).

Αυτού του είδους οι διαγνωστικές παρεμβάσεις έχουν διαδοθεί ευρέως τα τελευταία χρόνια και συνεχώς κερδίζουν ολόένα και περισσότερο έδαφος στην καθημερινή πρακτική.Ενώ, όμως, στις Η.Π.Α. και αλλαχού αποτελούν τον συνηθέστερο τύπο βιοψίας, στη χώρα μας δεν έχει υπάρξει η δέουσα αποδοχή τους από τον ιατρικό κόσμο και τις υπηρεσίες υγείας.

Ανοικτή Βιοψία



Στις ημέρες μας, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι διαδερμικές βιοψίες (με κυτταρολογική ή ιστολογική εξέταση) έχουν καταστήσει την ανάγκη ανοικτής βιοψίας πολύ πιο σπάνια.

Σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένα καλοήγη ευρήματα μετά από βιοψία με ευρύστομη βελόνα και εφόσον αυτά είναι συμβατά με τα ευρήματα των απεικονιστικών

εξετάσεων, δεν υπάρχει ανάγκη διενέργειας ανοικτής βιοψίας.

Η ανοικτή βιοψία είναι προτιμότερο να πραγματοποιείται ως ξεχωριστή χειρουργική επέμβαση (όχι στο πλαίσιο ταχείας βιοψίας). Με αυτό τον τρόπο αποκτώνται αναλυτικές πληροφορίες για τον τύπο και το είδος της βλάβης. Σε περίπτωση κακοήθειας συλλέγονται εγκυρότερες πληροφορίες για την έκταση του όγκου, την αγγειακή και λεμφαγγειακή διήθηση και την παρουσία εκτεταμένου ενδοτορικού στοιχείου (EIC), όπως επίσης και υλικό αρκετό για εξέταση των ορμονικών υποδοχέων και άλλων προγνωστικών δεικτών. Με όλες αυτές τις πληροφορίες μπορεί να γίνει καλύτερα ο σχεδιασμός της οριστικής χειρουργικής παρέμβασης και να δοθεί επαρκής χρόνος για αναλυτική συζήτηση με την ασθενή των θεραπευτικών επιλογών και των επιπτώσεων τους.

Σε μικρού μεγέθους βλάβες η ανοικτή βιοψία πραγματοποιείται με την ολική αφαίρεση τους (excisional biopsy). Ορθόν είναι η βιοψία να εκτελείται ως ευρύτερη εκτομή, δηλ. μαζί με τη βλάβη να αφαιρείται και ένα τμήμα υγιούς ιστού γύρω από αυτήν. Αν από την ιστολογική εξέταση προκύψει η διάγνωση του καρκίνου, η επανεπέμβαση είναι απαραίτητη εφόσον τα όρια εκτομής δεν είναι επαρκή (δες και κεφάλαιο για τη συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση). Σε καλοήθεις βλάβες, όπως το ινοαδένωμα, η αφαίρεση στα όρια της βλάβης δεν είναι λάθος. Συχνά, όμως, αυτή η επιδίωξη δεν επιτυγχάνεται και υπάρχει ανάγκη συμπληρωματικής εκτομής, για καλύτερα αποτελέσματα.

Για τη βιοψία των μη ψηλαφητών αλλοιώσεων είναι χρήσιμος ο εντοπισμός τους πριν από την επέμβαση με συρμάτινο οδηγό ή ραδιοσημασμένη ουσία που τοποθετούνται πλησίον της αλλοίωσης υπό μαστογραφική ή υπερηχογραφική καθοδήγηση. Τα εξαιρεθέντα ιστοτεμάχια θα πρέπει στη συνέχεια να ελέγχονται μαστογραφικά ή υπερηχογραφικά, για να επιβεβαιωθεί ότι η ύποπτη βλάβη έχει όντως αφαιρεθεί.

Ο χειρουργός πρέπει να σημειώνει με ειδικές χρωστικές, ράμματα ή clips τις διάφορες πλευρές (επιφάνειες) του παρασκευάσματος, έτσι ώστε ο παθολογοανατόμος να εκτιμήσει σωστά τον προσανατολισμό του και να αναφέρει με ακρίβεια τις πληροφορίες σχετικά με τα όρια εκτομής.

Ο χειρουργός θα πρέπει να αποφεύγει να κόβει το ιστοτεμάχιο που αφαίρεσε, γιατί αφ' ενός δεν τον εξυπηρετεί σε τίποτα (δεν τίθεται διάγνωση με την μακροσκοπική εικόνα του) και αφετέρου μπορεί να εμποδίσει τη σωστή επεξεργασία στο παθολογοανατομικό εργαστήριο.

Η ανοικτή βιοψία μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία, συχνά όμως επιλέγεται η γενική νάρκωση.

Σε φλεγμονώδη καρκίνο η βιοψία περιλαμβάνει τεμάχιο δέρματος με τον υποδόριο ιστό, στο οποίο το ένα τμήμα του (άκρο του) περιέχει μέρος της βλάβης και το άλλο μέρος του υγιούς δέρματος.

Στη νόσο Pajet της θηλής, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της μπορούν αν χρησιμοποιηθούν η αποφολιδωτική κυτταρολογία, με τη βοήθεια μιας ειδικής μικρής βούρτσας που αποκολλά κύτταρα από τη βλάβη ή η βιοψία υπό τοπική αναισθησία μέρους της βλάβης.

Ταχεία Βιοψία



Η ταχεία βιοψία μπορεί να πραγματοποιηθεί: α) σε περιπτώσεις που το ιστικό δείγμα είναι επαρκές και αφήνει αρκετό ιστό για περαιτέρω επεξεργασία κατά την « κανονική» ιστολογική εξέταση και β) όταν οι πληροφορίες που θα αποκτηθούν απ' αυτήν είναι απαραίτητες για τη λήψη άμεσων θεραπευτικών αποφάσεων.

Η πραγματοποίηση ταχείας βιοψίας σε ιστικό τεμάχιο που αφαιρέθηκε με τη βοήθεια συρμάτινου οδηγού σε μη ψηλαφητούς όγκους μικρότερους από 1 εκ. πρέπει να αποφεύγεται, γιατί μικρές εστίες διηθητικού καρκινώματος ή μικροδιηθητική νόσος μπορεί να χαθούν ή να αποδοθούν ως μη ερμηνεύσιμες εξαιτίας artifact της ψύξης.

Η ταχεία βιοψία ως κριτήριο για την οριστική χειρουργική αντιμετώπιση δεν αφήνει χρονικά περιθώρια συζήτησης των θεραπευτικών επιλογών με τη γυναίκα. Μπορεί να προτιμηθεί στις περιπτώσεις που η ασθενής επιθυμεί να αποφύγει τις δύο επεμβάσεις και τα προεγχειρητικά ευρήματα συνηγορούν με μεγάλη πιθανότητα για την ύπαρξη καρκίνου. Όμως, η αντιμετώπιση σ' ένα

χρόνο (one-stage procedure) απαιτεί την συναίνεση της ασθενούς μετά από πλήρη ενημέρωση της.

Αν η προεγχειρητική διάγνωση έχει τεθεί με κυτταρολογική εξέταση υλικού από παρακέντηση με λεπτή βελόνα, η ταχεία βιοψία ενδείκνυται να πραγματοποιείται για διασταύρωση του αποτελέσματος, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που πρέπει να εκτελεστεί ακρωτηριαστική επέμβαση (μαστεκτομή).