

Biopsija varovalne bezgavke pri raku zunanjega spolovila

Aleš Vakselj, Sebastjan Merlo

Med vsemi ginekološkimi raki je delež raka zunanjega spolovila približno 4 %. Poti širjenja ploščatoceličnega raka so tri. Najpogosteje zaseva limfogeno v ingvinofemoralne bezgavke, hematogeni razsoj je zelo redek, tudi direktno razraščanje je redko.

Standardno kirurško zdravljenje zgodnjih stadijev raka zunanjega spolovila (T1, T2) brez tipljivo povečanih ingvinalnih bezgavk je bila široka lokalna ekscizija tumorja z varnostnim robom 1 cm in enostranska ali obojestranska ingvinofemoralna limfadenektomija skozi ločene reze.

Kljub dobremu preživetju je bila ob omenjeni kirurški tehniki kratkotrajna in dolgotrajna morbiditeta precejšnja. Opažali smo okužbe in dehiscence ran, pojav limfocistin limfedema spodnjih okončin, kar je pomembno podaljšalo hospitalizacijo in zmanjšalo kvaliteto življenja

Pri zgodnjih stadijih bolezni najdemo zasevke v ingvinofemoralnih bezgavkah le pri 20 do 30 % bolnic. Vse ostale bolnice (70 % ali več) od posega nimajo koristi, močno pa se poveča obolevnost. Od uvedbe ločenih incizijskih mest se je število zapletov sicer zmanjšalo, še vedno pa pogosto nastanejo limfedemi, limfociste ali dehiscence rane.

Zanesljive diagnostične metode za določitev predoperativnega statusa ingvinofemoralnih bezgavk ni. S palpacijo najdemo le 25 % metastatskih bezgavk. Senzitivnost MRI naj bi bila glede na literaturo le 40 - 50 %. Dobra metoda za potrditev zasevkov v področnih bezgavkah

je ultrazvočno vodena tankoigelna biopsija, vendar je uspešnost te metode v glavnem odvisna od izkušenosti preiskovalca.

Prav pomanjkanje neinvazivnih tehnik za ugotavljanje statusa ingvino-femoralnih bezgavk, odsotnost zasevkov v bezgavkah pri večini bolnic v nizkih stadijih bolezni in pogosta morbiditeta po limfadenektomiji, je vodila do razvoja minimalno invazivne kirurške tehnike (biopsije varovalne bezgavke) pri raku zunanjega spolovila, kar je danes standardno zdravljenje.

Varovalna bezgavka je opredeljena kot prva bezgavka v limfatičnem bazenu, v katero se drenira limfa iz primarnega tumorja. Histološka preiskava varovalne bezgavke naj bi bila reprezentativna za vse ostale bezgavke v tem področju. Histološko negativna varovalna bezgavka naj bi napovedovala odsotnost metastaz v drugih, nevarovalnih bezgavkah.

Za biopsijo varovalne bezgavke pridejo v poštev bolnice, pri katerih je:

- histološko potrjen rak zunanjega spolovila z globino invazije več kot 1 mm.
- tehnično izvedljivo injiciranje potrebnih substanc v okolico tumorja.
- potrjena odsotnost povečanih in fiksiranih bezgavk v ingvinalnih predelih .

Varovalno bezgavko označujemo vedno na dva načina, s ^{99m}Tc (tehnecij) vezanim nanokoloidom in s patentnim modrilom. Ta način je najzanesljivejši, varovalno bezgavko najdemo v 100 %. Samo z

vbrizgavanjem modrila identificiramo varovalno bezgavko po podatkih iz literature le v 56 do 88 %.

Koloid vbrizgamo s tanko iglo intradermalno na štirih mestih tik ob zunanjem robu tumorja. Sledi limfoscintigrafija z gama kamero. Prva aktivna točka je varovalna bezgavka, njen položaj označijo na koži. Včasih se pokaže več mest z visoko aktivnostjo, v takem primeru označijo vsa. Tik pred začetkom operacije vbrizgamo ob robu tumorja modrilo (na istih mestih, kot smo predhodno vbrizgali izotop). Na koži na označenem mestu naredimo 3 do 4 cm dolg rez, pazljivo razmikamo tkiva, da preprečimo krvavitev, tako lažje najdemo modro obarvano bezgavko. Njeno aktivnost preverjamo z ročnim gama detektorjem. Bezgavko previdno odstranimo. Če najdemo naslednjo modro obarvano bezgavko z nižjo aktivnostjo, odstranimo tudi to.

Sledi odstranitev tumorja na zunanjem spolovilu s širokim varnostnim robom. Radikalna vulvektomija pride v poštev le v primeru multifokalne rasti tumorja.

Pregled bezgavke po metodi zaledenelega reza ni primeren, ker uniči bezgavko in ni možen nadaljnji pregled le-te (ultrastaging). Počakamo na definitivni izvid in po potrebi bolnico ponovno operiramo. Če je v varovalni bezgavki zasevek, naredimo ingvinofemoralno limfadenektomijo, izjemoma se lahko odločimo za pooperativno obsevanje (odločitev je individualna pri vsaki bolnici tudi glede na ostale prognostične dejavnike).

DiSaia s sodelavci je bil prvi, ki je že leta 1991 domneval, da površinske ingvinalne bezgavke pri raku zunanjega spolovila verjetno služijo kot varovalne bezgavke za vse globlje ležeče. Prvo raziskavo je

1994 leta objavil Levenback. Varovalne bezgavke je identificiral s pomočjo modrila in zanesljivost postopka kontroliral s kasnejšo kompletno ingvinofemoralno limfadenektomijo. Tri leta kasneje je deCesare objavil rezultate raziskave, pri kateri je za iskanje varovalnih bezgavk uporabil intraoperativni gama števec. Obe metodi je združil Hullu, ki je varovalne bezgavke označil s preoperativno limfoscintigrafijo in intraoperativno z modrilom.

Literatura

1. De Hullu JA, Van der Zee AGJ. Sentinel node techniques in cancer of the vulva. *Current Women's Health Report* 2003, 3(1): 19 – 26.
2. Sliutz G, Reinthaller A, Lantzsch T et al. Lymphatic mapping of sentinel nodes in early vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2002;84(3): 449 – 52.
3. Puig – Tintore LM, Ordi J, Vidal – Sicart S et al. Further data on the usefulness of sentinel node identification and ultrastaging in vulvar squamous cell carcinoma. *Gynecol Oncol* 2003;88(1): 29 – 34.