

TRANSBRONHIJALNA BIOPSIJA

Jane Bušev *, Daniela Buklioska-Ilievska *, Svetlana Jovevska **, Marjan Baloski *, Božidar Popovski *, Vanče Trajkovska*, Iva Sajkovska*

*Gradska opšta bolnica “8-mi septemvri” Skopje, R Severna Makedonija

**Fakultet za medicinski nauki, Univerzitet “Goce Delčev” Štip, R Severna Makedonija

Uvod

Transbronhijalna biopsija (TBB ili TBLB – transbronchial lung biopsy) je invazivna metoda koja se primenjuje u postavljanju definitivne histoloske dijagnoze kod lokalizovanih fokalnih i difuznih promena plucnog parenhima. TBB se izvodi u lokalnoj anesteziji kod hospitalnih i ambulantnih pacijenata. Senzitivnost i specifičnost se povećavaju sa napredovanjem rentgenskih promjena i u odmaklom stadijumu bolesti.

Kod nekih oboljenja (kao sarkoidoza), može se dobiti karakteristična histoloska slika i kada rentgenske promene se ne mogu uočiti. Kada se vrsi pod fluoroskopskom kontrolom i uz vestog patologa, tačnost transbronhijalne biopsije u dijagnostici lokalizovanih malignih tumora je preko 70%.

Transbronhijalna biopsija pluća (TBB), takođe poznata kao “Bronhoskopska biopsija pluća” je dobro uspostavljena tehnika i obično se izvodi od strane pulmologa kako bi se dobili uzorci kod žarišnih i difuznih bolesti pluća. Ova tehnika ima nisku stopu morbiditeta i mortaliteta. Biopsija pluća je obavljena otvorenim hirurškim metodama do 1963 godine, kada je dr Anderson izvršio bronhoskopsku biopsiju pluća uz pomoć krutog bronhoskopa. Transbronhijalna biopsija pluća (TBLB ili TBBx) putem fleksibilne bronhoskopije (FB) uvedena je u ranih 1970-ih i od tada je široko korišćena. Postoje mnoge modifikacije tehnike transbronhijalne biopsije. Najčešće se izvodi zaglavljivanjem opsega u segmentni bronhus od interesa, a zatim propuštanjem forcepsa (kljesta) kroz radni kanal opsega i napredovanjem do obolelog regiona dok se ne oseti otpor. Nakon toga forceps se povlači oko 1 - 2 cm, čeljusti se otvaraju i šire se pažljivo, klešta napreduje do područja gde se pronalazi otpor i vilice se zatvaraju. Forceps za biopsiju mora biti čvrsto povučen da bi se dobio uzorak. Tokom postupka neki lekari pitaju pacijenta za neugodnost u ramena, grudima ili gornji deo trbuha što bi ukazivalo na blizinu pleuralnog prostora, naročito ako se ne koristi fluoroskopija. Zatvaranje čeljusti kljesta u toku ekspirijuma je također uobičajena tehnika. Fluoroskopija je vrsta rentgenskog snimanja koja pruža kontinuiranu sliku na monitoru. Tokom fluoroskopije rentgenski zrak prolazi kroz tijelo i daje sliku kretanja dijela tijela ili instrumenta (može se videti detaljno na ekranu). Kontraindikacije za TBB su respiratorna slabost, mehanička ventilacija, kontralateralna pulmektomija, suspektne vaskularne lezije, apsces pluća, ehinokokna cista, plućna hipertenzija, bulozna bolest, tvrdokoran kašalj, koagulopatija, trombocitopenija.

Cilj rada je utvrditi doprinos i učinkovitost transbronhijalne biopsije u dijagnostičkom algoritmu kod lokalizovanih i difuznih rentgenskih promena na plućima u hospitalizovanih i ambulantnih pacijenata.

Material i metode

retrospektivnom analizom 20 godišnjeg perioda (2003-2023) razmotreni su 450 bronhoskopskih izveštaja sa uradjenom TBB (72 ambulantno, kod ostalih 378 TBB je bila uradjena u hospitalnim uslovima na Pulmoloskom odeljenju, isključivo retko kod hospitalizovanih sa drugih odeljenja Gradske opšte bolnice “8-mi septemvri” u Skoplju). Kod svih su na radiografiji pluća bile uocene promene (fokalne ili difuzne).

Dijagnostika je uključivala sledeće postupke: standardnu PA i profilnu radiografiju (kod većine i CT sken grudnog kosa sa primenom intravenskog kontrasta), fiberoptičku bronhoskopiju (u najvećem broju sa instrumentom marke Olympus BF TYPE 1T 180, redje Stortz-ovim fibroskopom) i transbronhijalnu biopsiju fleksibilnim forcepsom.

Rezultati

prema radiografskom nalazu ispitanike (N 395) smo podelili u 4 kategorije

Kategorija 1 (N 268) - Jednostrane lokalizovane promene

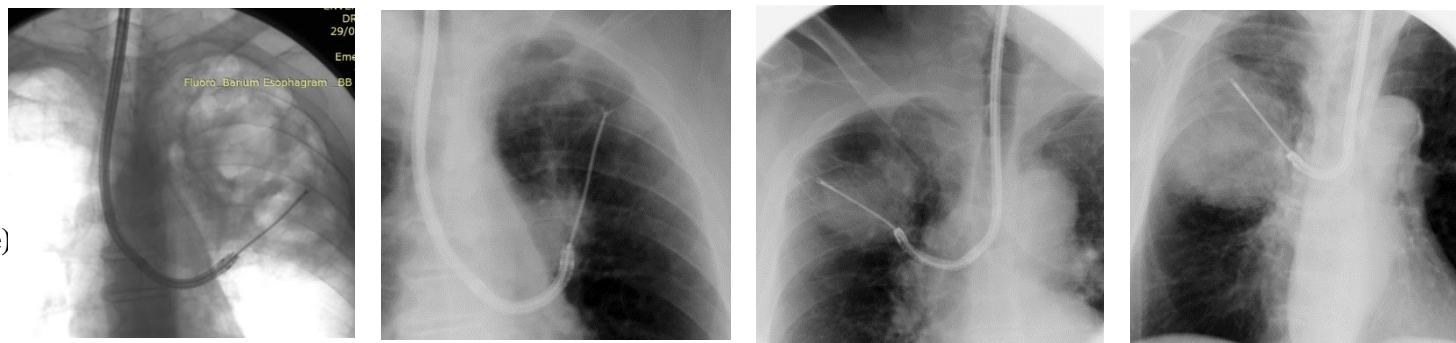
prema položaju i veličini rentgenskih promena opredelili smo dve podgrupe

- centralne promene
- periferne promene (veličine ispod 30mm, 30-60mm i preko 60mm)

Kategorija 2 (N 42) - Jednostrane proširene promene (tumorske lezije i atelektaze)

Kategorija 3 (N 23) - Obostrane ograničene promene

Kategorija 4 (N 62) - Difuzne promene plućnih polja (intersticijske promene)



TRANSBRONHIJALNA BIOPSIJA

Svi ispitanici su imali UREDAN endoskopski nalaz (u okviru fiziološkog za određene starosne dobe). Biopsije su bile su bezbedno prolazne do nivou subsegmenta, karine oštre, bez submukoznih ili drugih patoloških infiltrata). Dominirao je muski pol (67%), starosti od 18 do 88 godina.

U 395 pacijenata uradjeno je ukupno 450 TBB (ponovljene su 55 biopsije - 12%).

Konkluzivni histopatološki nalaz (histoloski entitet/dijagnoza) dobiven je kod 270 (68%) pacijenata kod kojih je bilo uradjeno 306 biopsija (68% od ukupnog broja, 36 su bile ponovljene biopsije).

U ostalih 125 (32%) pacijenata u kojih je bilo uradjeno 144 biopsija (19 ponovljenih), dobiveni histoloski nalazi su kategorisani kao “negativan nalaz”.

Konkluzivni (“pozitivni”) histopatološki nalazi (iz prve ili iz ponovljene TBB) su podeljeni u 5 grupe/kategorije

• Non Small Cell Lung Carcinoma (uključivši histopatološke entitete Carcinoma planocellulare bronchogenes, Large cell i Adenocarcinoma (uključivši carcinoma bronchioloalveolare) kao i neklasifikovani nedovoljno definisani malignitet – 157 (58 %)

• Small Cell Lung Carcinoma (Carcinoma microcellulare bronchogenes (uključivši histopatološki entitet Oat cell carcinoma i nalaz metastatskog depozita) – 51 (19%)

• Sarcoidosis 16 (6%)

• Tuberculosis (uključivši miliarni oblik i nalaz nedovoljno definisanog granulomatoznog tkiva) – 19 (7%)

• Drugi nalazi (kao “fibrosis”, “hemosiderosis” i histoloski opisi koji su se klinički uklapali u kategorije nemalignih entiteta ali su u velikoj meri i značajno doprineli postavljanju (definisanju i formiranju) konačne dijagnoze – 27 (10 %)

U 125 ispitanika iz prve i iz ponovljenih biopsija (ukupno 144) bio je dobiven nekonkluzivni (“nedefinisani”) histopatološki nalaz (odgovor patologa nije bio dovoljno precizan, jasan ili definisan u pravcu maligniteta, hronicne upale i/ili druge benigne promene, ili je uzorak bio mali i nepodoban za histolosku obradu, što je zahtevalo rebiopsiju od reprezentativnijeg mesta).

Fluoroskopija je korisćena kod izvodjenja 404 biopsija (46 TBB su uradjene bez fluoroskopske kontrole, od kojih u 20 je bio dobiven “pozitivan” histopatološki nalaz).

Nisu zapazene veće komplikacije. Parcijalni pneumotoraks se retko zapazao (u 13 - 3% slučajeva neposredno ili 24 casova nakon izvodjenja prve ili ponovljene biopsije). Obično se radilo o malom samolimitirajućem obliku što nije zahtevalo vecu intervenciju (tretman je bio konzervativan, retko je bila primenjena torakalna drenaza).

Zaključak

Rezultati ovog ispitivanja ukazuju da je primena biopsije tokom bronhoskopskog pregleda neophodna u svih radiografski nejasnih parenhimskih plućnih infiltrata. TBB je bezbedna i jeftina invazivna dijagnostička metoda za histolosku potvrdu promena u plućima. Pri dobrom selekcijom bolesnika koji nisu razjasnjeni postizu se solidni rezultati sa prihvatljivim komplikacijama. Strategija lečenja bronhijalnog karcinoma zahteva jasnu histopatološku kategorizaciju. Saglasno time, kod nedovoljno definisanih histoloskih nalaza je indicirana rebiopsija. Ponavljane biopsije povećavaju dijagnostički doprinos. Dijagnostički doprinos se može poboljšati fluoroskopijom u odabranoj populaciji pacijenata sa smanjenjem rizika od komplikacija. Fluoroskopski vodena transbronhijalna biopsija je vremenski efektivna, sigurna i efikasna metoda kod fokalnih i difuznih plućnih lezija.

KLJUČNE REČI

transbronhijalna biopsija, bronhoskopija, histopatološki nalaz, fluoroskopija

