

Biopsija resektabilnih jetrnih zasevkov raka debelega črevesa in danke: odgovor avtorja

Arpad Ivanec

Zahvaljujem se Živi Pohar Marinšek za zapis z naslovom Biopsija resektabilnih jetrnih zasevkov raka debelega črevesa in danke: prispevek s številnimi pomanjkljivostmi.¹ Nanaša se na naš prispevek Biopsija resektabilnih jetrnih zasevkov raka debelega črevesa in danke – nepotrebna in nevarna metoda.² Njena kritična razprava zahteva temeljit odgovor, saj bralca odvrča od bistva prispevka.

Diagnostična obravnava bolnikov z jetrnimi zasevki raka debelega črevesa in danke (RDČD) je v literaturi jasno opredeljena. Že v starejših prispevkih iz osemdesetih let prejšnjega stoletja je zapisano, da »je v primeru resektabilne bolezni biopsija jeter malokdaj indicirana pred operacijo in da naj bo na splošno narejena samo takrat, ko slikovne preiskave pokažejo očitno neresektabilne tumorje, ..., čeprav je perkutana biopsija možna, še ne pomeni, da je tudi indicirana«³. Tudi v novejših učbenikih je zapis nedvoumen: »Potrdilna biopsija jetrnih lezij je za potrditev diagnoze indicirana samo v primeru nejasne klinične slike.«⁴

V najnovejših priporočilih iz leta 2013, v katerih se na dolgo in široko razpravlja o najprimernejših slikovnih preiskavah, invazivna biopsija jeter sploh ni več omenjena.⁵

Kljub temu, da se invazivna diagnostika pri tej bolezni že vrsto let odsvetuje, pa je še vedno v uporabi. Ponovno poudarjam, da gre za resektabilne jetrne zasevke RDČD, ki imajo sicer tipične klinične in radiološke značilnosti. Zato smo se odločili za analizo tistih bolnikov, ki so imeli biopsijo jeter pred operacijo.²

Naš članek temelji na pregledu računalniško podprte baze podatkov bolnikov, zdravljenih na našem oddelku.² Naše rezultate smo večkrat predstavili.⁶⁻⁸ V zapisu Pohar Marinškove pogrešam navedbo lastnih rezultatov pri obravnavi bolnikov z resektabilnimi jetrnimi zasevki RDČD. Ni zapisala, kakšen je delež razsoja malignih celic v vbodnem kanalu po biopsiji jeter glede na njene izkušnje.

Na začetku svojega zapisa se je Pohar Marinškova osredotočila na debelino igle, s katero je bil odvzet material iz jetrnih zasevkov, češ, da tega nismo navedli. Tega podatka ni bilo. Indikacije za to invazivno preiskavo nismo postavili sami. Bolniki so na operacijo jeter prihajali od drugod, s histološko potrjenimi zasevki v jetrih, ob sicer nedvoumni klinični in radiološki znakih. To je v članku jasno navedeno.² Namen našega članka ni bil opis tehničnih podrobnosti ob izvedbi biopsije jeter, temveč analiza rezultatov po njej.

Pohar Marinškova v nadaljevanju svojega zapisa navaja podatke iz literature z različnimi deleži razsoja obolenja na mestu punkcije ter komentira: »Svoje trditve podpirajo z netočnim

citiranjem pomanjkljivih člankov iz literature.«¹ Primernost teh člankov so ocenili uredniki in recenzenti teh revij! Sporočilo iz literature je zelo jasno. Če bi upoštevali priporočila in ne bi po nepotrebem izvajali invazivne diagnostike, potem razprave o deležu razsoja malignih celic v vbodni kanal sploh ne bi bilo. Ali je ta delež 19 %, 10 %, morda celo veliko manjši?⁹⁻¹¹ Z nepotrebno invazivno diagnostiko nima smisla ogrožati nobenega bolnika.

V nadaljevanju avtorica navaja: »Opustitev navedbe kriterijev, na osnovi katerih naj bi bil potrjen razsoj bolezni, povezan s predoperativno biopsijo.«¹ Natančna definicija razsoja po biopsiji je lahko težavna, vendar ni mogoče trditi, da lokalni razsoj v istem segmentu po R0 resekciji ni posledica biopsije. Vrednotenje difuznega razsoja je še težje. Prospektivna randomizirana študija ni izvedljiva. Ne bi bilo etično z invazivno metodo dokazovati bolezen, ki jo je mogoče zanesljivo potrditi brez invazivnih postopkov.

Pohar Marinškova pomanjkljivost našega prispevka vidi tudi v »opustitvi navedbe kliničnih podatkov bolnikov s predoperativno biopsijo jetrnih zasevkov ter podatkov o vseh morebitnih načinih zdravljenja.«¹ Če bi se avtorica v naš članek natančneje poglobila, bi ugotovila, da so bili klinični podatki navedeni in definirani kot seštevek kliničnih dejavnikov tveganja (»Clinical Risk Score« - CRS).¹² Posamezne dejavnike, ki določajo CRS, smo celo navedli in podali številčno vrednost CRS za vsakega bolnika posebej.² Iz enostavnega matematičnega izračuna sledi, da so imeli vsi bolniki takšne klinične dejavnike, na podlagi katerih je bila diagnoza jasna in ni bilo nobene potrebe po invazivni diagnostiki. Podatki o vseh morebitnih načinih zdravljenja? Cilj analize je bil ugotoviti zaplete po biopsiji jeter, ponovitev obolenja in dolgoročno preživetje teh bolnikov, ne pa razpravljati o načinih zdravljenja recidivov. O načinu zdravljenja recidivov smo pisali drugje.¹³

V zaključku svojega prispevka Pohar Marinškova naš članek primerja celo s prispevkom Metcalfeja in sodelavcev, ki naj bi bil primer tabloidnega novinarstva in je naletel na številne kritike.^{1, 14} Sami nismo precenjevali izpovedne vrednosti naše analize in smo zapisali, da na podlagi študije petih primerov ni mogoče podajati zaključkov. Vendar ostaja dejstvo, da je pri vseh petih bolnikih prišlo do recidiva.² Celotno Pohar Marinškova ne nasprotuje, da so trije recidivi lahko posledica perkutane biopsije pred operacijo.¹ Že en sam recidiv zaradi nepotrebne invazivne metode bi bil preveč.

Zakaj je invazivna biopsija jeter pri tej bolezni nepotrebna? Zato, ker je diagnoza običajno jasna na podlagi kliničnih in slikovnih preiskav.

Zakaj je nevarna? Celotno Pohar Marinškova navaja, da je

»razsoj malignih celic v vbodni kanal po aspiracijski biopsiji s tanko iglo (ABTI) dokumentiran v literaturi, vendar predvsem s prikazi posameznih primerov«. ¹ Zakaj bi potemtakem posamezne »primere« - bolnike po nepotrebem izpostavljali tej nevarnosti?

Literatura:

1. Pohar Marinšek Ž. Biopsija resektabilnih jetrnih zasevkov raka debelega črevesa in danke: prispevek s številnimi pomanjkljivostmi. *Onkologija* 2013; 2: 103-4.
2. Ivanecz A, Sremec M, Šauperl A, Golc J, Zakešek J, Potrč S. Biopsija resektabilnih jetrnih zasevkov raka debelega črevesa in danke – nepotrebna in nevarna metoda. *Onkologija* 2013; 1: 52-3.
3. Thompson JN, Gibson R, Czerniak A, Blumgart LH. Focal liver lesions – a plan for management. *BJM* 1985; 290: 1643-5.
4. Taylor R, Fong Y. Surgical treatment of hepatic metastases from colorectal cancer. In: Blumgart LH ed. *Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier 2007; p.1183.
5. Adams RB, Aloia TA, Loyer E, Pawlik TM, Taouli B, Vauthey JN. Selection for hepatic resection of colorectal liver metastases: expert consensus statement. *HPB* 2013; 15: 91-103.
6. Ivanecz A, Potrč S, Horvat M, Gadžijev E. Zdravljenje bolnikov z jetrnimi zasevki raka debelega črevesa in danke na Oddelku za abdominalno kirurgijo Splošne bolnišnice Maribor. *Zdrav Vestn* 2007; 76: 237-43.
7. Ivanecz A, Potrč S, Horvat M, Jagrič T, Gadžijev E. The validity of clinical risk score for patients undergoing liver resection for colorectal metastases. *Hepato-Gastroenterology* 2009; 56: 1452-8.
8. Ivanecz A, Kavalarić R, Palfy M, Pivec V, Sremec M, Horvat M, Potrč S. Can we improve the clinical risk score? The prognostic value of p53, Ki-67 and thymidylate synthase in patients undergoing radical resection of colorectal liver metastases. *HPB* 2013; doi: 10.1111/hpb.12089.
9. Jones OM, Rees M, John TG, Bygrave S, Plant G. Biopsy of resectable colorectal liver metastases causes tumour dissemination and adversely affects survival after liver resection. *Br J Surg* 2005; 92: 1165-8.
10. Ohlsson B, Nilsson J, Stenram U, Akerman M, Tranberg KG. Percutaneous fine-needle aspiration cytology in the diagnosis and management of liver tumours. *Br J Surg* 2002; 89: 757-62.
11. Fassina A. Seeding of tumour cells after fine needle aspiration cytology in liver nodules: myth or reality? *Cytopathol* 2010; 21: 413-4.
12. Fong Y, Fortner J, Sun RL, Brennan MF, Blumgart LH. Clinical score for predicting recurrence after hepatic resection for metastatic colorectal cancer. Analysis of 1001 consecutive cases. *Ann Surg* 1999; 230: 309-21.
13. Ivanecz A, Golc J, Zakešek J, Sremec M, Potrč S. Ponovne operacije jeter pri recidivu zasevkov raka debelega črevesa in danke. *Onkologija* 2013; 1: 66-9.
14. Metcalfe MS, Bridgewater FHB, Mullin EJ, Maddern CJ. Useless and dangerous-fine needle aspiration of hepatic colorectal metastases. *BMJ* 2004; 328: 507-8.