

Streszczenie:

Radykalne wycięcie guza pierwotnego (resekcja R0/*en bloc*) oraz uzupełniająca radioterapia i leczenie systemowe są „złotym standardem” w leczeniu zaawansowanych złośliwych nowotworów nabłonkowych głowy i szyi. Liczne doniesienia naukowe wykazują kluczową rolę marginesu chirurgicznego ocenianego w poresekcyjnym badaniu histopatologicznym dla miejscowego wyleczenia. Śródoperacyjne badanie mikroskopowe ułatwia uzyskanie odpowiedniego marginesu niezmiennych tkanek. Optymalna technika pobierania wycinków i przydatność badania śródoperacyjnego w leczeniu nowotworów głowy i szyi nie są jednak ustalone. Najczęściej stosowana technika badań śródoperacyjnych polega na pobraniu wycinków z tkanek łoża poresekcyjnej. Jednakże opublikowano wyniki badań, w których wykazano, że dokładniejszą ocenę radykalności i w efekcie lepszą radykalność uzyskuje się pobierając wycinki na badanie doraźne z obrzeża usuniętego materiału.

Anatomiczne ograniczenia resekcji nowotworów głowy i szyi powodują, że marginesy zdrowej tkanki w ostatecznej ocenie histopatologicznej są niezadowalające u większości chorych. Dlatego poszukiwanie metod umożliwiających poprawę radykalności jest bardzo potrzebne.

Cel

Ustalenie, która technika pobierania materiału do badania śródoperacyjnego - z łoża poresekcyjnej czy z obrzeża preparatu resekcyjnego - lepiej koreluje z radykalnością zabiegu resekcji nowotworu głowy i szyi ocenianą w badaniu histopatologicznym preparatu resekcyjnego.

Metody

Analizowano wyniki histopatologicznych badań śródoperacyjnych oraz radykalność resekcji uzyskaną w 50 zabiegach resekcji raka płaskonabłonkowego okolicy głowy i szyi u chorych leczonych w Klinice Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii-Instytucie (COI) w Warszawie. W trakcie zabiegu polegającego na resekcji guza z marginesem zdrowych tkanek w jednym bloku wykonywano śródoperacyjne badania histologiczne zorientowanych przestrzennie wycinków z łoża pooperacyjnej zgodnie ze standardową techniką chirurgiczną. Następnie, na podstawie oceny makroskopowej preparatu resekcyjnego przez chirurga pobierano z obrzeża preparatu wycinki z miejsc podejrzanych o nieradykalność lub ocenianych jako najwęższy margines niezmiennych tkanek.

Zgodność wyników badań wycinków z łoża i z obrzeża preparatu z oceną radykalności zabiegu na podstawie ostatecznego badania histopatologicznego analizowano testem kappa zaś przydatność czynników klinicznych do przewidywania radykalności resekcji analizowano z użyciem modelu logitowego w analizie wieloczynnikowej i testu niezależności χ^2 w analizie jednoczynnikowej.

Wyniki

Wykazano lepszą zgodność oceny radykalności zabiegu w ostatecznym badaniu histopatologicznym z oceną wycinków pobieranych z obrzeża preparatu operacyjnego. Różnica w zgodności kappa wyniosła 0,23 na korzyść wycinków z obrzeża preparatu i badanie to miało pozytywną wartość predykcyjną 91,7% podczas gdy pozytywna wartość predykcyjna badania wycinków z łoża po resekcji wyniosła 81,4%. Negatywna wartość predykcyjna dla obu metod była niska i wyniosła 71,4%. Stwierdzono także, że u pacjentów z nieradykalną w ocenie ostatecznej resekcją stopień złośliwości nowotworu był wyższy niż u pacjentów z resekcją radykalną.

Wnioski

Histologiczne badanie śródoperacyjne, niezależnie od techniki pobrania materiału, słabo koreluje z radykalnością zabiegu ocenianą w ostatecznym badaniu histopatologicznym i ma ograniczoną wartość diagnostyczną. Bardziej dokładną metodą jest pobieranie wycinków z obrzeży preparatu resekcyjnego. Należy jednak poszukiwać nowych metod umożliwiających uzyskanie resekcję nowotworu głowy i szyi z odpowiednim marginesem niezmiennych tkanek.