

AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA TORACICA PERCUTANEA

Definizione

L'agoaspirazione (TPNA) e l'agobiopsia toracica percutanea sono procedure poco invasive grazie alle quali i campioni di tessuto vengono ottenuti introducendo attraverso la pelle aghi con foro sottilissimo o aghi per biopsia. Con questi metodi, generalmente usando come guida le immagini TAC o l'ecografia, si prelevano campioni dal parenchima polmonare, dalla pleura, dalla parete toracica o dal mediastino.

Attrezzatura

Gli aghi per eseguire questi interventi hanno solitamente una lunghezza di 15 cm e un diametro da 18 a 25 gauge. Questi aghi possono essere specifici per l'aspirazione o per la biopsia. Inoltre sono disponibili "pistole automatiche" per la biopsia. Per localizzare le lesioni e confermare il posizionamento dell'ago è necessario avere a disposizione un sistema per ecografia, fluoroscopia oppure una TAC. Sono necessari inoltre vetrini per citologia, fissativi, contenitori per prelievi biotici e campioni culturali, cateteri di piccolo calibro (da 8F a 12F) e tubi di drenaggio per il trattamento del pneumotorace esteso o sintomatico.

Personale

La procedura deve essere effettuata da un operatore specializzato. Il personale richiesto per questa procedura include un infermiere o un medico, per somministrare il sedativo e controllare lo stato di coscienza, e da un ulteriore infermiere o terapeuta per assistere l'operatore nella procedura. Tutto il personale di supporto deve avere familiarità con la procedura e una buona capacità di trattare i campioni. Questo migliorerà il comfort e la sicurezza del paziente e il rendimento diagnostico. Dovrebbe essere presente inoltre un citopatologo e/o un tecnico per confermare l'adeguatezza del campione prelevato.

Anestesia e monitoraggio

Questa procedura può essere effettuata in anestesia locale, con o senza sedazione. Il monitoraggio specifico e le direttive per la documentazione variano da un ospedale all'altro e da uno Stato all'altro. Noi raccomandiamo che l'operatore si informi sulle norme vigenti per l'anestesia e il monitoraggio presso l'ambito in cui opera.

Tecnica

Dopo aver posizionato il paziente nel modo più adatto e dopo aver preso visione delle immagini radiologiche l'operatore deve scegliere il sito appropriato per l'introduzione dell'ago così come la giusta angolazione e la profondità approssimativa. Prima di inserire l'ago deve essere applicata una quantità sufficiente di anestetico locale. Se la lesione non è superficiale l'introduzione dell'ago deve essere guidata attraverso ecografia, fluoroscopia, o TAC. Le cellule aspirate o i prelievi biotici ottenuti vengono poi trasferiti sui vetrini o sugli appositi terreni. Se i campioni ottenuti sono insufficienti o inadeguati i prelievi possono essere ripetuti in altre aree. Dopo l'intervento dovrebbe essere effettuata una radiografia del torace di controllo per verificare l'eventuale insorgenza di pneumotorace.

Indicazioni

Le indicazioni sono rappresentate dalle lesioni della parete toracica, dalle masse pleuriche di natura incerta. Anche le lesioni del polmone per le quali è già stata posta una diagnosi, possono rappresentare un'indicazione per la TPNA; tuttavia, per la diagnosi delle lesioni polmonari centrali si utilizza, in prima istanza, la broncoscopia. Nei pazienti con rischio elevato di cancro del polmone e in quelli con lesioni polmonari periferiche che sono eleggibili all'intervento chirurgico generalmente si effettua direttamente l'intervento. Un'altra indicazione della TPNA è la presenza di presunte metastasi mediastiniche. L'accuratezza diagnostica per il timoma, il linfoma e i tumori a cellule germinali è bassa. Alcuni autori hanno riportato che la biopsia percutanea (eseguita con aghi da 16 a 20 gauge) può essere utilizzata con successo per ottenere prelievi adeguati dalle masse mediastiniche non metastatiche.

Controindicazioni

Le controindicazioni della TPNA e dell'agobiopsia sono i disordini della coagulazione non controllabili e il



pneumotorace.

Rischi

La maggior parte degli studi riporta una incidenza di pneumotorace dopo TPNA che va dal 20 al 25%, con percentuali più alte quando i pazienti sono affetti da enfisema di grado moderato severo o quando si esegue l'agobiopsia. In una minoranza dei pazienti, dal 2 al 5%, sarà necessario posizionare un tubo o un catetere per il drenaggio del pneumotorace. L'emottisi è stata riportata nel 5-15% dei pazienti, e nella maggior parte dei casi si trattava di una emottisi lieve. L'emottisi grave (da 30 a 50 ml) si verifica in meno dell'1% dei pazienti. Il dolore toracico, da interessamento della pleura, senza pneumotorace, è stato riportato anche nel 2-5% dei pazienti. Meno dell'1% dei pazienti va incontro a reazione vaso-vagale. Il pneumotorace grave e la morte sono complicanze rare della TPNA.

Training

Gli operatori che vogliono acquisire questa tecnica dovrebbero effettuare almeno 10 TPNA e 10 agobiopsie sotto supervisione. Per mantenere la tecnica acquisita gli operatori dovrebbero effettuare almeno 10 interventi all'anno.