

ROLI I BIOPSISË GASTRIKE NË DIAGNOZËN E GASTRITEVE

MAJLINDA BUBA, MEHDI ALIMEHMETI*

Summary

THE ROLE OF GASTRIC BIOPSIES IN THE DIAGNOSIS OF GASTRITIS

Introduction: The endoscopic examination of stomach is very developed nowadays, development which was enhanced by the introduction in the practical routine of flexible, fiberoptic gastroscopes. Thus endoscopy has opened a window for in vivo observation of gastric mucosa, including the pathologist in a very important diagnostic activity, which immediately will influence the treatment of different pathologies of stomach.

Objectives: The aim of this writing is to introduce the gastroenterologist and the general practitioner to histopathologic report of gastric biopsies, the language used in them, which will help in understanding the essence of biopsy reports, and which will improve our collaboration.

Anatomy and histology of stomach: stomach is made up of four layers (mucosa, submucosa, muscularis, serosa) three of which have the same structure all over the stomach. Mucosa has different histology in different parts of stomach which influence the different ways "of getting sick" of them.

The role of histopathologic examination in the practical clinic: this examination will give answer to different clinical questions. It can define the etiology of an inflammatory lesion (e.g. infective, chemical etc.), monitor the effect of therapy, differentiate a neoplastic from a nonneoplastic lesion, identify preneoplastic lesions, and grade its risk for neoplastic development.

The guidelines for gastric biopsy prelevment: It is important to sample material from different parts of stomach, because only this way we can evaluate the background in which a gastric pathology has arisen, and help the clinician in patient management. The standard ways of prelevment are: 2 samples from antrum, 2 samples from corpus and 2 samples from incisura angularis.

The language of histopathologic report: This report is a way of communication between pathologist and clinician and it should be understandable and predictive. It is built in two parts: the first is the information about the examined material (if it is adequate for definitive diagnosis or not), the second is the diagnostic conclusion which should be the essence of the pathologic report.

Conclusions: It is very important to put in application the guidelines for gastric biopsy prelevation, and for the histopathologic report. This is the way to improve the collaboration between endoscopist and pathologist in a definitive diagnosis for the management of the patient.

* Dërguar në Redaksi në Dhjetor 2007, miratuar për botim Janar 2008.

Nga Fakulteti i Mjekësisë, Departamenti i Anatomisë Patologjike, Tiranë.

Adresa për letërkëmbim: Buba M., Fakulteti i Mjekësisë, Departamenti i Anatomisë Patologjike, Tiranë.

Ekzaminimi endoskopik i stomakut është zhvilluar mjaft në ditët e sotme, zhvillim që mori sidomos hov nga futja në praktikën endoskopike e instrumentave fleksibël fiberoptike. Në një terren të tillë edhe diagnostikimi biptik i mukozës së stomakut ka përparuar dhe është bërë një mjet i rëndësishëm i praktikës së përditshme kliniko-patologjike.

Në periudhën pre- endoskopike anatomo-patologu kishte një eksperience të kufizuar kur gjendej përballë pjesëve operatore nga stomaku (1). Endoskopia hapi një dritare në observimin in - vivo duke e përfshirë anatomo- patologun në një aktivitet diagnostik të rëndësishëm që ka ndikime të menjëhershme në trajtimin e patologjive të ndryshme të stomakut (17). Në përgjithësi një ezofago-gastro-duodenoskopi është e kompletuar, kur shoqërohet edhe nga vlerësimi histologjik. Këtu bëjnë përjashtim endoskopitë e urgjencës si p.sh në rastin e hemorragjive ezofago- gastrike.

Një element thelbësor që siguron një diagnozë sa më cilësore, ashu si në të gjitha fushat e mjekësisë edhe këtu, është bashkëpunimi dhe koordinimi i mirë i aktivitetit të gastroenterologut dhe anatomopatologut. Gastroenterologu është ai që siguron një material biptik teknikisht të përshtatshëm dhe informacionet kliniko-endoskopike të nevojshme, ndërsa anatomo-patologu duhet të japë një diagnozë të bazuar në kritere rigorozë dhe që kanë ndikim prognostiko- terapeutik mbi pacientin; anatomo- patologu duhet të jetë në gjendje të interpretojë refertin endoskopik, ashtu sikurse gastroenterologu duhet të kuptojë thelbin e raportit histopatologjik.

Në një ambient të tillë qëllimi i këtij shkrimi është të njohë gastroenterologun apo mjekun e përgjithshëm me gjuhën e përdorur në raportet histopatologjike të biopsive të mukozës së stomakut dhe t'i ndihmojë ata për të kuptuar thelbin e këtij raporti.

Anatomia dhe Histologjia e Mukozës

Pareti i stomakut është i ndërtuar nga katër shtresa: mukoza, submukoza, muskulatura dhe seroza. Të gjitha këto shtresa janë pothuaj të njëjta në ndërtim në të gjithë stomakun me përjashtim të mukozës. Mukoza ka një ndërtim morfo- funksional

të ndryshëm në pjesë të ndryshme të stomakut që përcaktojnë ndoshta edhe prirjet e ndryshme për t'u sëmëmurur të tyre. Stomaku ndahet anatomikisht në pjesën e sipërme proksimale të kardias, pjesën e ndërmjetme apo trupi i stomakut (corpus ventriculi) si dhe një e treta distale apo regjioni antro- pilorik.

Mukoza e kardias është e ndërtuar nga gjendrat mukosekretore kardiale që shtrihen distalisht junksionit kardio- ezofageal për një gjatësi rreth 1-2cm deri në kufirin me trupin e stomakut. Ato janë të ngjashme me mukozën e pilorit me përjashtim të faktit që gjendrat janë të vendosura më ngushtë me njëra-tjetrën. Trupi i stomakut është i ndërtuar nga gjendra tubulare të thjeshta të cilat përfshijnë $\frac{3}{4}$ e mukozës së këtij regjioni, dhe që përbëhen nga dy tipe qelizash: a) qelizat parietale, (sinonime: oksintike, që prodhojnë acidin klorhidrik, faktorin intrisek dhe bikarbonate), b) qelizat kryesore (sinonimi: zimogjenike që prodhojnë pepsinogjen A e pepsinogjen c) Rrallë në bazën e këtyre gjendrave mund të gjenden edhe qeliza argjentofine (enterokromafine) (16).

Në pjesën e tretë të stomakut (regjioni antro-pilorik) mukoza është e ndërtuar nga gjendra mukosekretore tubulare të përbëra. Epiteli i gjendrave të këtij regjioni prodhon mukus. Mes këtyre qelizave epiteliale gjenden të shpërndara edhe qeliza endokrine që sekretojnë substanca të ndryshme (qelizat G që prodhojnë gastrinë; qelizat EC që prodhojnë serotoninë; qelizat D që prodhojnë somatostatinë).

Roli i ekzaminimit Histopatologjik në praktikën klinike

Ekzaminimi histopatologjik mund t'u japë përgjigje një sërë pyetjesh klinike. Për patologjitë joneoplazike të stomakut ky ekzaminim i integruar edhe me të dhënat endoskopike mund:

- të përcaktojë etiologjinë e lezionit inflamator (infektive, kimike endogjene, refluksi biliar), apo kimike ekzogjene (medikamentet);

- të monitorojë efektin e terapisë (çrrënjësja e *Helicobacter Pylori*, inhibitorët e pompes jonike etj.);

- të përcaktojë ose të përjashtojë natyrën inflamatorë apo neoplazike të lezioneve "makroskopike" (polipoide, ulcerative apo stenozante);

-të identifikojë praninë e lezioneve histologjike me risk për evoluim neoplazik (atrofia, metaplazia, displazia) (7);

-të përcaktojë gradën e lezioneve me risk neoplazik gjë që sugjeron edhe kohën e duhur për ndjekjen klinike (follow-up);

Biopsia gastrike në dallim nga metodat e tjera (kultura, testi i urese) është në gjendje të japë një dokumentim permanent të infeksionit, dhe të lezioneve histologjike që shoqërojnë atë. Realizimi i këtyre qëllimeve natyrisht kërkon një material të përfaqësueshëm nga pikëpamja teknike (një ndër limitet e biopsive endoskopike në përgjithësi është madhësia e vogël e materialit) dhe përdorimin e teknikave të posaçme krahas atyre të rutinës.

Materiali biptik

Ekzaminimi histopatologjik dhe diagnoza histologjike bëhen mbi materialin biptik të sjellë për ekzaminim. Në këtë kuadër mundësitë diagnostike varen nga disa faktorë:

a-cilësia e materialit të prelevuar (përgjegjësi e gastroenterologut),

b-fiksimi dhe përpunimi teknik i materialit (përgjegjësi e personelit të kabineteve endoskopike dhe laborantëve të laboratorit anatomo-patologjik),

c-aftësitë diagnostike të mjekut anatomo-patolog,

d-aftësitë e tij në dhënien e një raporti histopatologjik me vlera për praktikën klinike.

Gjuha e përdorur në përgjigjen biptike duhet të jetë e thjeshtë, jo e ngarkuar me terminologji shumë specifike, në mënyrë që të jetë e kuptueshme për klinikistin. Gjithashtu ajo duhet të jetë e riprodhueshme dhe të ketë një unifikim të terminologjive të përdorura. (p.sh. përdorimi i klasifikimit të Sydney për gastritet kronike si një sistem referimi (4).

Një material gastroenterik "ideal" do të ishte ai që përfshin gjithmonë *muscularis mucosae*. Një gjë e tillë lejon saktësimin e diagnozës në raport me inflamacionin (përbërja e infiltratit inflamator, topografia dhe shtrirja e tij në thellësi të mukozës) apo leziona të tjera të mukozës (atrofia, metaplazia, neoplazia intraepiteliale apo invasive etj.).

Gjithashtu biopsia e stomakut është e plotë kur paraqet material nga të gjitha regjionet e tij pasi

vetëm kështu mund të përcaktojmë me saktësi shtrirjen dhe topografinë e një procesi patologjik. Lezionet fokale makroskopike qofshin të ngritura, të sheshta apo të depresuara kërkojnë gjithashtu një kampionim më vete përveç materialeve të sipërpërmendura. Shkurtimi i kohës së endoskopisë në kurriz të një kampionimi korrekt biptik përcakton një rrugë diagnostike jo të drejtë dhe shpesh herë bëhet shkak për përsëritje të panevojshme të endoskopisë (14).

Materialet biptike duhet të hidhen në shishe të vecanta sipas regjionit anatomik të marrë, duke përcaktuar edhe numrin e fragmenteve të marra për çdo regjion. (p.sh. antrum 2 fragmente, incizura angularis dy fragmente, korpus dy fragmente biptike etj.).

Të dhënat klinike

Diagnoza biptike nuk është thjesht një interpretim i izoluar i ndryshimeve të indit të marrë në ekzaminim. Ajo është një analizë e hollësishme e këtyre ndryshimeve por edhe e të dhënave klinike që duhet të shoqërojnë materialin biptik (2). Prandaj që të arrihet një interpretim sa më korrekt është e domosdoshme që mjeku anatomo-patolog të dijë:

a-motivin e ekzaminimit endoskopik;

b-diagnoza të mëparshme biptike të pacientit;

c-sëmundje aktuale të tij në traktin GI (sëmundja Chron, Rektokoliti ulcerohemorragji etj.);

d-trajtime aktuale apo të mëparshme (trajtimi antiinflamator, rezeksioni kirurgjikal etj.);

e-patologji autoimmune organ specifike (anemia pernicioze etj.);

f-reperti endoskopik;

g-kërkesa të veçanta të klinikistit për patologun.

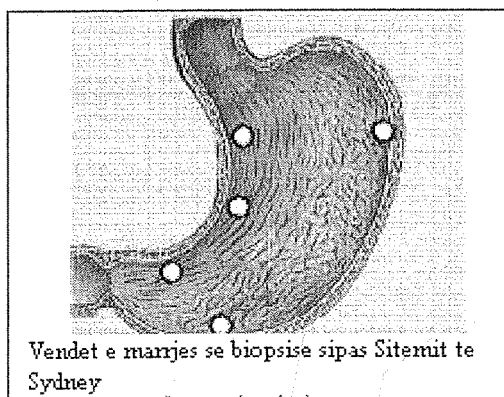
Nga pikëpamja praktike kjo gjë mund të realizohet duke i bashkangjitur fletës së biopsisë edhe refertin endoskopik, në të cilin janë të përfshirë të dhënat anamnesticke, shkaku i ekzaminimit, të dhënat makroskopike, diagnoza klinike dhe vendet e biopsive.

Marrja e materialit biptik gjatë endoskopisë

Me përjashtim të lezioneve makroskopike (leziona ulcerative, ekzofite, infiltrative) shumica e lezioneve histologjike të mukozës së stomakut (metaplazia intestinale atrofie gastrike etj.) nuk kanë

nje korrespondent makroskopik që t'i dallojë në mënyrë të sigurt. Nga ana tjetër vlerësimi makroskopik ka një lloj subjektivizmi në interpretimin e rasteve dhe variabiliteti interobservues i lezioneve endoskopike është i lartë i krahasuar me materialet histologjike. Pra nëse ka një indikacion klinik për një ekzaminim endoskopik praktikisht ai është një indikacion edhe për ekzaminim histopatologjik (2).

Vendosja e diagnozës së gastritit kronik kërkon marrjen e materialit nga mukoza antrale dhe e corpusit. Meqënëse shfaqja e atrofisë dhe metaplazisë intestinale takohen me frekuencë më të madhe në incizura angularis rekomandohet marrja e materialit biptik edhe nga kjo zonë (3).



Pra në përgjithësi për të bërë një mapping të shtrirjes së lezioneve në mukozën e stomakut rekomandohet marrja e 5 materialeve biptike: 2 nga corpus ventriculi, 2 nga antrum dhe 1 nga incizura angulare. Nëse paraqiten edhe leziona makroskopike ato gjithashtu duhet të prelevohen përveç materialeve të sipërpërmendura (5).

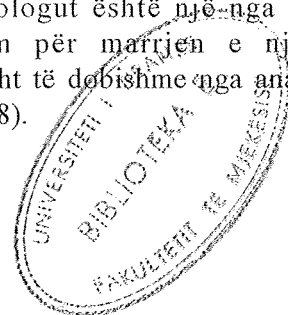
Raporti Histopatologjik

Raporti histopatologjik është një mjet komunikimi mes klinikistit dhe anatomo-patologut

dhe/ose midis këtij të fundit dhe pacientit, prandaj teksti i këtij raporti duhet të jetë i kuptueshëm (për pacientin kjo gjuhë në përgjithësi është e vështirë dhe e padobishme). Në këtë material jepet: a) informacion mbi materialin e ekzaminuar (p.sh. material i përshtatshëm, ose i papërshtatshëm për diagnozë definitive, i pa përpunueshëm teknikisht etj.), si dhe b) konkluzioni diagnostik i dalë nga analiza mikroskopike dhe informacioni klinik. Përshkrimi mikroskopik i materialit të ekzaminuar është fakultativ dhe mund të shtohet në raport ose jo. Përkundrazi konkluzioni diagnostik duhet të përbëjë thelbin e këtij raporti. Diagnoza konkluzive e një lezioni inflamator duhet mundësisht të përfshijë agjentin patologjik (H. Pylori, AIDS etj.), topografinë e lezionit (antrum, corpus etj.) dhe morfologjinë e tij (15). Lezionet morfologjike mund të vlerësohen në gradë sipas parametrave të caktuar (p.sh. Infiltrati inflamator, densiteti i tij etj.). Për patologjitë preneoplazike diagnoza duhet të japë një nivel alarmi të graduar sipas kriterëve rigorozë të vendosura në protokollet apo linjat udhëzuese për këto leziona (p.sh. gastriti atrofik, displazia etj) (6,8,9,10).

Konkluzione

Diagnoza histopatologjike e një sërë lezionesh të stomakut kërkon një komunikim të mirë midis klinikistit dhe anatomopatologut. Zbatimi i linjave udhëzuese në marrjen e materialit dhe raportimin histopatologjik të tij, ndihmon këtë bashkepunim dhe siguron diagnoza me vlerë prognostike (11). Meqenëse disa leziona preneoplazike të stomakut (atrofia gastrike, metaplazia intestinale) kanë risk më të lartë sa më të shprehura të jenë në stomak, kërkesa e një mapping të stomakut kur këto leziona dyshohen rrit saktësinë diagnostike. Pra zbatimi i një protokollit biptik përfaqësues nga ana e gastroenterologut është një nga hapat më të rëndësishëm për marrjen e një përgjigje prognostikisht të dobishme nga ana e anatomopatologut (6,8).



BIBLIOGRAFIA

1. **Carpenter HA, Talley NJ.**: Gastroscopy is incomplete without biopsy: clinical relevance of distinguishing gastropathy from gastritis. *Gastroenterology*. 1995;109 (2):664-5.
2. **Correa P.**: Chronic Gastritis: a clinico pathologic classification. *Am J Gastroenterol* 1988; 83:504-509.
3. **Cassaro M, Rugge M, Gutierrez o, Leandro G, Graham DY, Genta RM.** Topographic patterns of intestinal metaplasia and gastric cancer. *Am. J. Gastroenterol.* 2000; 95: 1431- 8.
4. **Dixon MF, Genta RM, Yardle, JH, Correa P.**: Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol* 1996; 20:1161-81.
5. **Fenoglio-Preiser C., Carneiro F., Correa P., Guilford P., Lambert R., Megraud F., Munoz N., Powell SM, Rugge M., Sasako M., Stolte M., Watanabe H.**: Gastric carcinoma. In: Hamilton SR, Aaltonen LA, eds. *WHO Classification of Tumors Pathology & Genetics - Tumors of the Digestive System*. Lyon, 2000.
6. **Genta RM.**: Atrophy and the perplexed pathologist. IAP congress 2002.
7. **Lauwers GY, Shimizu M., Correa P. et al:** Evaluation of gastric biopsies for neoplasia: differences between Japanese and Western pathologist. *Am J Surg Pathol* 23: 1999, 511-518.
8. **Price A.**: Pitfalls in the diagnosis of upper gastrointestinal biopsies. IAP 2002. Congress, Long Course 1.
9. **Rugge M., Farinati F., Baffa R., Sonego F., Di Mario F., Leandro G., Valiante F.**: Gastric epithelial dysplasia in the natural history of gastric cancer: a multicenter prospective follow-up study. *Interdisciplinary Group on Gastric*
10. **Rugge M., Correa P., Dixon MF, Hattori T., Leandro G., Lewin K., Riddell RH, Sipponen P., Watanabe H.**: Gastric dysplasia: the Padova international classification. *Am J Surg Pathol* 2000; 24:167-76.
11. **Rugge M., Russo VM, Guido M.**: Review article: what have we learnt from gastric biopsy? *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17 Suppl 2:68-74.
12. **Rugge M., Meggio A., Pennelli G., Pisciole F., Giacomelli L., De Pretis G., Graham DY.**: Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system *Gut* 2007;000:1-7. doi: 10.1136/gut.2006.106666.
13. **Sipponen P., MD. H.**: Pylori and gastric carcinoma; an update. IAP Congress 2002, Long Course 1.
14. **Sipponen P., Stolte M.**: Clinical impact of routine biopsies of the gastric antrum and body. *Endoscopy* 1997; 29: 671-8.
15. **Strickland RG, Mackay IR.**: A reappraisal of the nature and significance of chronic gastritis. *Am J Dig Dis* 1973; 18: 426-40.
16. **Whitehead R.**: Mucosal biopsy of the gastrointestinal tract, second edition, 1979
17. **Zhang C., Ymada N., Wu YL.**: Helicobacter pylori infection, glandular atrophy and intestinal metaplasia in superficial gastritis, gastric erosion, erosive gastritis gastric ulcer and early gastric cancer PMID: 15682469- indexed for medline.