

Asciesdiagnostik – malign eller benign genes?

Maria Castedals och medarbetares detaljerade översiktsartikel i Läkartidningen 9/96 om den diagnostiska och terapeutiska utmaningen vid ascites ger en mycket användbar genomgång av patofysiologin och de terapeutiska möjligheterna.

Vi är dock inte ense med författarna om att andra malignitetsmarkörer i ascitesvätskan än cytologi är »av mycket begränsat värde... eftersom man ju i avsaknad av säker diagnos på tumör ändå aldrig kan förlita sig på ett sådant stöd för diagnosen». Som argument för cytologins diagnostiska värde refereras till en 36 år gammal referens om kemisk analys av ascites.

Ett flertal arbeten har dokumenterat att cytologi utan annan samtidig ascitesundersökning är av begränsat diagnostiskt värde, framför allt på grund av den ringa diagnostiska sensitiviteten. Markörer i ascitesvätskan, som fibronectin och kolesterol, har i prospektiva undersökningar med diagnostisk verifikation [1-3] visats ha klart bättre diagnostisk sensitivitet och specificitet än cytologi. Kombination av flera markörer och samtidig cytologisk undersökning kan möjligen förbättra differentialdiagnostiken ytterligare när det gäller att skilja benign från malign etiologi.

Diagnostik och behandling kan fördröjas

Patienter med progression i känd ascites eller med nyupptäckt ascites har krav på snabb och effektiv diagnostik. Patienterna är ofta bekymrade om orsaken kan vara bakomliggande malignitet, och läkaren kan, om patienten har känd cirros eller alkoholism, fördröja diagnostik och behandling av malign sjukdom om man mot bakgrund av benign ascitescytologi i början felaktigt antar att det rör sig om benign orsak.

Patienterna bör enligt vårt förmenande, som en av de alla första åtgärderna, genomgå ultraljudsundersökning och laparocentes och ascitesvätskan bli föremål för undersökning av ett flertal markörer såsom fibronectin, kolesterol och carcinoembryonalt antigen, och

KORRESPONDENS

Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red

dessutom undersökas av cytolog. Amylas kan, som Castedal och medarbetare skriver, dokumentera att asciten är pankreatogen, men den rupturerade pankreascystan ger sig ofta till känna med plötsligt insättande akuta buksmärter.

Sven Adamsen
avdelningsläkare, kirurgisk gastroenterologisk afdeling D, Universitetssjukhuset Herlev

Per Jönsson
specialistläkare, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Bengt Lindberg
docent, chefsöverläkare, kirurgiska kliniken, Kungälvssjukhus

Bengt Brodin
docent, överläkare, anestesikliniken, Länssjukhuset, Halmstad

Per Jorpes
överläkare, klinisk kemiska laboratoriet, Länssjukhuset, Halmstad

Referenser

1. Jönsson P, Brodin B, Jorpes P, Lindberg B. Fibronectininhåll i ascites – en metod för att skilja mellan malign och benign grundsjukdom. Läkartidningen 1987; 84: 4151-2.
2. Adamsen S, Jönsson P, Brodin B, Lindberg B, Jorpes P. Measurement of fibronectin concentration in benign and malignant ascites. Eur J Surg 1991; 157: 325-8.
3. Mortensen PB, Kristensen SD, Bloch A, Jacobsen BA, Rasmussen SN. Diagnostic value

of ascitic fluid cholesterol levels in the prediction of malignancy. Scand J Gastroenterol 1988; 23: 1085-8.

Replik:

De är av mycket begränsat värde

Adamsens och medarbetares främsta invändning mot vår artikel är vår ovilja att acceptera »markörer i ascitesvätskan som fibronectin och kolesterol» för diagnostik av malign ascites. Vi vidhåller dock att dessa prov är »av mycket begränsat värde, eftersom man i avsaknad av säker morfologisk diagnos på tumör ändå aldrig kan förlita sig på ett sådant stöd för diagnosen.» En tumördiagnos är alltför allvarlig för att baseras på ett eller flera s k surrogattest – utredningsarbetet måste fortsätta tills man får klar diagnos.

Härtill kommer

- att tumören som orsakar ascites med hög fibronectinhalt kan utgöras av ett potentiellt botbart lymfom,
- att tuberkulös ascites, som inte var representerad i Adamsens och medarbetares material, kan visa väl så höga fibronectinvärden som malign ascites [1],
- att fibronectinvärden över författarnas cut off-level för skiljande av malign och icke-malign ascites ses hos cirka hälften av patienter

med kardiell, pankreatisk eller nefrogen ascites [2], diagnosgrupper som med undantag av en patient med kardiell ascites saknades i Adamsens och medarbetares patientmaterial,

- att patienter med s k spontan bakteriell peritonit, som enligt internationella undersökningar drabbar 5–10 procent av patienter med cirrosascites, också kan uppvisa dessa höga värden [2].

Graden av specificitet varierar sålunda i olika studier, beroende på sammansättningen av det patientmaterial man studerar.

Slutligen – vi ser inget anmärkningsvärt i att vi citerar »en 36 år gammal referens» som stöd för uppfattningen att cytologi har en sensitivitet på ca 70 procent vid peritonealkarcinos [3]. Sensitiviteten synes inte ha ändrats med åren – exakt samma sensitivitet redovisas 31 år senare i ett annat av oss citerat arbete [4]. Vi har aldrig hävdats att man »mot bakgrund av benign ascitescytologi... felaktigt» ska anta »att det rör sig om en benign orsak». Vårt första och tredje fall torde illustrera vilka diagnostiska resurser vi lagt ner och anser att man måste lägga ner på dessa cytologinegativa fall – ett högt ascitesfibronectin skulle inte ha fått oss avstå från en enda av de diagnostiska åtgärder vi utförde.

Maria Castedal
underläkare,

Katarina Saldeen
med dr, underläkare,

Rolf Olsson
docent, högskolelektor, överläkare; samtliga medicinalområdet, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

Referenser

1. Villar M, Garcia-Bragado F, Vilardel M, Biosca M, Rodrigo MJ, Schwartz S. Fibronectin concentration in ascites does not differentiate between malignant and nonmalignant ascites. Gastroenterology 1988; 94: 556-7.
2. Runyon BA. Elevated ascitic fluid fibronectin concentration. A non-specific finding. J Hepatol 1986; 3: 219-22.
3. Spak I. On the clinical value of chemical analysis of ascites. Acta Chir Scand 1960; suppl 261:76.
4. Gerbes AL, Jünger D, Xie Y, Permanetter W, Paumgartner G. Ascites fluid analysis for the differentiation of malignancy-related and nonmalignant ascites. Cancer 1991; 68: 1808-14.