

MİDE VE KOLON TÜMÖRLERİNDE TRANSABDOMİNAL İİAB İLE ENDOSKOPİK BİYOPSİNİN TANİ DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Dilek YAVUZER (*), Dr. Dilek ÖZKUTLU (*), Dr. Ümit İNCE (**), Dr. Mustafa SAYI (***)

ÖZET: Mide ve kolona ait kitlelerin teşhisinde transabdominal İİAB oldukça yeni bir yöntemdir. Bu çalışmada 1991-1992 yılları arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi Radyoloji Bölümünde ultrasonografi eşliğinde transabdominal İİAB yapılan 48 vakadan İİAB, endoskopik biyopsi ve rezeksiyon materyali olan 16 vaka seçilerek endoskopik biyopsi ve İİAB yöntemlerinin tanı değerleri karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak bu iki yöntem arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Sonuç olarak İİAB'nin uygulama kolaylığı, güvenilirliğinin yüksek oluşu ve endoskopik biyopsinin tanı açısından sınırlı kaldığı bazı vakalarda güvenle kullanılabilmesi nedeniyle GIS'e ait kitlesel lezyonların teşhisinde endoskopik yöntemlere yardımcı bir tanı yöntemi olarak rahatlıkla uygulanabileceği saptandı.

ANAHTAR KELİMELE: İİAB, endoskopi, gastrointestinal neoplazm.

SUMMARY: Transabdominal FNAB quite a new method in diagnosis of gastric and colonic masses. In this study, between 1991 and 1992, US guided transabdominal FNAB has been performed in 48 cases in the department of Radiology of HNH. In 16 cases of these cases, endoscopic biopsy and FNAB. Statistically, no significant difference has been found between two methods. IN conclusion, we suggest that FNAB is a practical and reliable method having diagnostic efficiency and can be performed in GIS masses as a complementary method, especially where the diagnostic effectiveness of endoscopic biopsy is limited.

KEY WORDS: FNAB, endoscopy, gastrointestinal neoplasm.

GİRİŞ

Mide ve kolon tümörleri GIS hastalıkları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Her ne kadar son yıllarda mide tümörlerinin sıklığında bir düşüş olduğu gözlenmekteyse de hâlâ mide ve özellikle de kolon tümörleri kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda (Akciğer kanserini izleyerek ikinci sırada) yer almaktadır (9,10,11). GIS'e ait lezyonların teşhisinde flexible endoskopik biyopsi, 1960'ların sonlarından itibaren yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (3). İİAB ise ilk kez 1960'ların sonlarından itibaren yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (3). İİAB ise ilk kez 1960'larda tanımlanmışsa da son yıllarda radyolojik görüntüleme yöntemleri ve sitoloji tekniğindeki gelişmeler sayesinde kullanım alanı genişlemiş, 1980'li yıllardan itibaren de mide ve kolona ait kitlesel lezyonların teşhisinde US eşliğinde kullanılmaya başlanmıştır (6,11).

Bu çalışmada mide ve kolona ait kitlelerde endoskopik biyopsi ve US eşliğinde perkütan transabdominal İİAB'nin tanı değerleri karşılaştırıldı.

MATERYAL-METOD

Ocak 1991-Eylül 1992 tarihleri arasında HNH Radyoloji Bölümü'nde 27'si erkek, 21'i kadın, 21-80 yaşları arasında 48 hastaya GIS malignensi şüphesi ile US eşliğinde perkütan transabdominal İİAB yapıldı. Hastaların ultrasonografik incelemeleri Hitachi 450 EUB model real time sonografi cihazı ile İİAB'leri ise yine aynı aletin eşliğinde 3.5 mHz'lik lineer ponksiyon probu ve ataşmanı kullanılarak gerçekleştirildi. Bu girişimlerde 20 ve 22 gauge'lik Chiba ve Franseen iğneleri kullanıldı.

Mide ve kolona ait kitleleri olan bu 48 hastaya US ile transvers, longitudinal ve oblik planlarda kesitler yapıp hedefler belirlendi. Anestezi ve cilt kesisi uygulanmaksızın ponksiyon probu üzerindeki ataşmana uygun açı verilerek iğne çıkarıldı. Elde edilen materyal US odasındahazır bul-

nan sitoloji setindeki lamlara püskürtüldü. Lamlardan bir tanesi hemen toluidin blue ile boyanarak materyalin yeterli olup olmadığı saptandı. Diğer lamlar daha sonra PAP ile boyanıp incelenmek üzere % 95'lik alkolde tesbit edildi. Enjektörün iğnesinde kalan materyalin üzerine ringer laktat çekilerek daha sonra sitospin preparatlar hazırlandı (5,6,8,11).

Bu 48 vakanın 16'sına ait endoskopik biyopsi ve rezeksiyon materyalleri % 10'luk formaldehitte fikse edilip parafine gömüldü. 4-5 mikron kalınlığında kesitler alındı, H.E ile boyandı ve ışık mikroskopunda incelendi.

SONUÇLAR

İİAB yapılan 48 vakanın 3 tanesinde yeterli materyal elde edilemedi. Geri kalan 45 vakanın içinden hem endoskopik biyopsi hem de rezeksiyon materyali olan 16 vaka seçildi ve bu vakaların İİAB ve endoskopik biyopsi sonuçları rezeksiyon materyalleri ile karşılaştırıldı (Tablo 1).

İİAB; bu 16 vakanın 14'ünde kontrol grubu olan rezeksiyon materyali ile uyumlu, 2'sinde uyumsuz, endoskopik biyopsi ise 13'ünde uyumlu, 3'ünde uyumsuz olarak tesbit edildi.

Bu sonuçlara göre mideve kolona ait kitlelerin teşhisinde US eşliğinde transabdominal İİAB'nin sensitivitesi % 87, spesifitesi % 100 olarak saptandı.

Bağımlı gruplarda yapılan Ki² testi ile İİAB ve endoskopik biyopsi yöntemleri arasında tanı değeri açısından anlamlı bir fark bulunamadı (p>0.05).

TARTIŞMA

Mide ve kolona ait lezyonların teşhisinde radyolojik yöntemler, endoskopik biyopsi ve fırça sitolojisi yaygın olarak kullanılmaktadır. CT ve US'daki gelişmelerle birlikte son yıllarda bu lokalizasyondaki kitlelerin incelenmesinde İİAB'nin önemi artmaktadır (1).

Özellikle mide ve kolon duvarında yerleşmiş lezyonlarda ve midenin diffüz karsinomları gibi endoskopik biyopsinin tanı açısından sınırlı kaldığı lezyonlarda İİAB'nin önemi belirgin olarak ön plana çıkmaktadır (1,4,7). Bunun yanı sıra US

* HNH, Patoloji Bölümü, asistan doktor.

** HNH, Patoloji Bölümü şefi.

*** HNH, Radyoloji Bölümü, uzman doktor.

TABLO: 1

VAKA	İİAB ile TANI	E.B ile TANI	REZEKSİYONLA TANI
1) N.Y / E / 48 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
2) P.G / K / 73 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
3) N.Y / E / 56 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
4) H.Y / E / 64 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
5) H.B / E / 45 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
6) H.K / E / 57 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
7) H.H / E / 60 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
8) M.K / E / 52 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
9) R.Ş / E / 70 / Mide	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
10) A.T / E / 69 / Mide	Seyrek benign epitel hücreleri	Adenokarsinom	Adenokarsinom
11) S.A / K / 48 / Mide	Benign yüzey epitel hücreleri	Peptik ulkus	Diffüz infiltratif tipte taşlı yüzük hücreli karsinom
12) H.U / E / 68 / Mide	Adenokarsinom	Kronik aktif süperfisyel gastrit	Adenokarsinom
13) H.S / K / 50 / Mide	Adenokarsinom	Süperfisyel gastrit	Adenokarsinom
14) Ş.K / K / 58 / Kolon	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
15) M.G / K / 51 / Kolon	Adenokarsinom	Adenokarsinom	Adenokarsinom
16) A.Y / E / 49 / Mide	Benign epitel hücreleri	Kronik peptik ulkus	Kronik peptik ulkus

ile herhangi bir lenf düğümü veya karaciğer tutulumu tesbit edilmişse aynı seansta bu bölgelere de İİAB yapıp, eksploratif laparotomiye gerek kalmadan cerrahın operasyon planını belirlemesi sağlanabilmektedir.

İİAB, endoskopik biyopsiye göre daha az invaziv bir yöntem olup komplikasyonları çok azdır. Transabdominal İİAB'nin mortalitesi % 0, morbiditesi % 01.5 olarak bildirilmektedir (2). Bizim 48 vakalık serimizde ise herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmaştır.

Ayrıca İİAB, herhangi bir premedikasyona gerek olmadan uygulanabilir olması nedeniyle poliklinik hastalarına da kolaylıkla uygulanabilir (11).

Sonuca hızlı ulaştırması, ucuz olması, tekrarlanabilirliği, hasta tarafından kolay tolere edilebilmesi de İİAB'nin diğer olumlu yönleridir.

Bunların dışında transabdominal İİAB'nin spesifitesi ve sensitivitesi oldukça yüksek olup güvenilirliği kabul edilen bir yöntemdir (2).

Tüm bu özelliklerine dayanarak, mide ve kolona ait kitlesel lezyonların incelenmesinde perkütan transabdominal İİAB'nin, endoskopik yöntemlere yardımcı, güvenilir bir yöntem olduğunu vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Bree RL, McGough MF, Schwab RE. CT or US guided fine needle aspiration biopsy. J. Comput. Assist. Tomogr. 1991; 15 (4): 565-569.
2. Caldironi MW, Bocato P, Maifredini CS and et al. "Cyto-assisted" ultrasound guided biopsy in the diagnosis of focal disease of the abdomen. Tumori 1991; 77 (1): 65-69.
3. CottonPB, Williams CB. Practical gastrointestinal endoscopy. 3 th ed. Oxford, Blackwell Scientific. 1990: 1.
4. Green J, Katz S, Phillips G and et al. Percutaneous sonographic needle aspiration biopsy of endoscopically negative gastric carcinoma. Am-J-Gastroenterol 1988; 83 (10): 1150-1153.
5. Keebler CM. Cytopreparatory techniques. Bibbo M (Ed) Comprehensive cytopathology. Philadelphia. WB Saunders Co. 1991; 881-905.
6. Kline TS. Handbook of fine needle aspiration biopsy. 2 nd ed, New York. Churchill Livingstone 1988: 1-15.
7. Levine MS, Kong V, Rubesin SE, Laufer I, Herlinger H. Scirrhous carcinoma of the stomach: radiologic and endoscopic diagnosis. Radiology 1990; 171 (1): 151-154.
8. Linsk JA, Franzen S, eds. Clinical aspiration biopsy cytology. 2 nd ed, Philadelphia, J.B. Lippincott Co. 1989: 1-15.
9. Morson BC. Color atlas of gastrointestinal pathology. Philadelphia. W.B. Saunders Co. 1988: 63, 242.
10. Rosai J. Ackerman's surgical pathology gastrointestinal tract. 7 th ed. Washington DC. 1989: 464-629.
11. Tao LC. Transabdominal fine needle aspiration biopsy: Intraperitoneal masses. New York. 1990:368-386.