

KLİNİK ARAŞTIRMALAR

KARIN İÇİ LEZYONLARDA ULTRASON
REHBERLİĞİNDE İNCE İĞNE ASPIRASYON
BİYOPSİSİULTRASONOGRAPHICALLY GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY
OF INTRAABDOMINAL LESIONS

Tahir Güven SANDIKÇIOĞLU
Seyit KAYA
Güler TOLGONAY
Dilek ERKUŞ
Ege SÜZER
Ümit BAYOL
Murat ÇOBANOĞLU

SUMMARY

106 cases with intraabdominal lesions diagnosed ultrasonographically had fine needle aspiration biopsies under ultrasonographic guidance. The aspirates obtained by 22 gauge Chiba needle were diagnosed to be malignant in 88 cases (83%) and benign in 18 cases (17%). It was possible to reach cytologic differential diagnosis in 64 cases, the patients were called for periodic control between 4 to 36 months. 79 true positive, 24 true negative and 3 false negative results were achieved in biopsies of the lesions in the liver, pancreas, lymph nodes, kidney, gallbladder and adrenals. Biopsies were repeated in 3 cases, due to insufficient material. The sensitivity of the present study was 95%. No complications due to fine needle aspiration biopsy, but pain responding to analgesics was recorded in 4 cases only.

(Key Words: Abdomen, mass, Diagnosis, Biopsy, FNAB.)

ÖZET

Ultrasonik incelemede, karın içi lezyon saptanan 106 olguya, ultrasonografi rehberliğinde, perkutan ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulandı. 22 numara Chiba tipi iğne kullanılarak elde edilen aspirasyon materyali, 88 Olguda (%83) malin, 18 olguda (%17) sitopatolojik ayırıcı tanı sağlandı. Olgular, biyopsi sonrası 4 ile 36 ay gözlemlenerek tutuldular. Karaciğer, pankreas, lenf nodülü, böbrek, adrenal ve safra kesesine uygulanan biopsilerde 3 yanlış negatif, 79 gerçek pozitif, 24 gerçek negatif tanıya ulaşıldı. 3 olguda yetersiz materyal nedeniyle biyopsi yinelenildi. Çalışmada ulaşılan duyarlılık %95, özgüllük %100 ve doğruluk oranı %97 idi. Analjeziğe yanıt veren ağrı dışında, (4 olgu) biyopsiye bağlı komplikasyon oluşmadı.

(Anahtar sözcük: Abdominal kitleler, Tanı, biyopsi, İİAB)

Radyoloji Lab. (Dr.TG Sandıkçioğlu, Dr.S Kaya, Dr.G Tolgonay,
Dr.D Erkuş Dr.E Süzer)
Patoloji Lab. (Doç.Dr.Ü Bayol)
1 Cerrahi Kliniği (Op.Dr.M Çobanoğlu)
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 35120 Yenişehir İZMİR

Yazışma: TG Sandıkçioğlu

İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), görüntüleme ve iğne teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak, kullanım yaygınlığı ve başarısı giderek artan bir tanı yöntemidir. Önceleri, malin hastalıkların tanısına yönelik olarak kullanılırken, günümüzde benin hastalıkların tanısında da önem kazanmıştır. Radyolog ve patoloğların deneyimlerinin artması, ince iğne aspirasyon biyopsisi ile kesin ayırıcı tanıya varabilme oranlarını arttırmıştır.

Prospektif olarak yürütülen çalışmamız, ultrasonografik (US) olarak saptanan karın içi lezyonlarda, US rehberliğinde İİAB uygulanmasının tanısız değerini ortaya çıkarmayı amaçlamıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ekim 1991 - Ekim 1994 tarihleri arasında, Radyoloji Laboratuvarımızdaki US incelemesinde, karın içi lezyon tanısı alan 106 olguya, US rehberliğinde 109 İİAB (ince iğne aspirasyon biyopsisi) uygulandı. Yaşları 35 ile 80 (ortalama 59) arasında değişen olguların ilk tanıları US incelemesi ile konuldu ve ayırıcı tanı için İİAB yapılması gerektiği hastaya anlatılarak onayı alındı. Tüm olgularda kanama, pıhtılaşma ve protrombin zamanı araştırılmıştı. Hiç birinde pıhtılaşma bozukluğu saptanmadı. Aynı ya da ertesi gün biyopsi yapıldı. Pankreas lezyonu olanlarda, 8 saatlik açlık sağlamak üzere ertesi güne randevu verildi. Hiç bir hasta biyopsi için hastaneye yatırılmadı.

US görüntüsü eşliğinde, lezyonun cilde en yakın olduğu nokta işaretlenerek cilt dezenfeksiyonu yapıldı ve lokal cilt, ciltaltı anestezisi (Prilokain) sağlandı. 3.75 MHz (siemens SL 2200) sektör proba steril kondom ve iğne rehberi parçası takılarak, 22 G Chiba iğne ile lezyona girildi. İğne ucunun hareketi eş zamanlı olarak görüntülenerek, nekrotik materyal almamak amacıyla lezyon periferine ulaşılmaya çalışıldı. Aspire edilen materyalin tümü, lamlar üzerine yayıldı havada kurutularak patoloji bölümüne gönderildi. %95 alkol tespitinden sonra, Hemotoksilen-

eosin ile boyanarak, ortalama 24-48 saat içinde değerlendirildi.

Olgular, biyopsi sonrasında 2 saat gözlemlenme tutulduktan sonra evlerine gönderildiler. Elde edilen İİAB sonuçları ile, klinik ve cerrahi olarak ulaşılan sonuçlar karşılaştırıldı. Şüpheli ya da yetersiz materyal elde edilen 3 olguda, biyopsiler 1'er kez yineleni.

SONUÇ VE BULGULAR

Boyutları 18-65 mm arasında değişen lezyonların yeri ve kaba sitolojik tanıları Tablo 1'de sunulmuştur. Sitolojik ayrıntıya inilebilen toplam 64 olgunun dökümü Tablo 2'dedir.

TABLE 1 İİAB Sonuçlarının Organlara Dağılımı.

ORGAN	SİTOPATOLOJİK SONUÇLAR		
	MALİN	BENİN	Toplam
Karaciğer	58	10	68
Pankreas	20	8	28
Lenf nodu	5	-	5
Böbrek	2	-	2
Safra Kesesi	2	-	2
Sürrrenal	1	-	1
Toplam	88	18	106

Sitolojide benin olarak değerlendirilen 3 soliter karaciğer lezyonuna, klinik izlem sonucu oluşan kuşku üzerine 2-4 ay sonrasında biyopsi tekrarı yapılmış ve metastaz oldukları saptanmıştır. Pankreas lezyonlu 1 olguda, 2 ay içinde kötüleşen klinik tablo, çevre organ ve damarlara invazyon gelişmesinin saptanması, İİAB ile elde edilen kronik pankreatit tanısının yanlış olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda 79 gerçek pozitif, 24 gerçek negatif sonuç elde edilmiş, duyarlılık %95, özgüllük %100 olarak saptanmıştır. Karaciğer lezyonlarının %75'inde sitolojik ayırıcı

TABLO 2. Sitopatolojik Tanıda Altgruplar

ORGAN	TANI	OLGU SAYISI
Karaciğer	Metastatik karsinom	38
	hepatosellüler karsinom	10
	Primeri saptanan: kolon	5
	akciğer	4
	tiroid	4
	meme	3
	mesane	1
	uterus	1
	Primeri saptanamayan:	20
	Hemanjiom	5
Apse		5
Pankreas	Adenokarsinom	13
	Seröz kistadenom	4
	Pankreatit	4
Böbrek	Hipernefroma	2
Safra kesesi	Adenokarsinom	2
Adrenal	Metastaz (Primer: Akciğer)	1

tanı konabilecek yeterlilikle materyal elde edilmiştir. Bu oran tüm çalışma grubumuz için %64'tür. Analjeziğe yanıt veren ağrı yakınması dışında (4 Olgu) hiç bir komplikasyon görülmemiştir.

TARTIŞMA

İİAB US, BT (Bilgisayarlı tomografi) ya da floroskopi rehberliğinde uygulanabilen ve son 20 yıldır kullanımı yaygınlaşan bir tanı yöntemidir (1,2). Çalışmamızda, karın içi lezyonların ilk tanuları US incelemesinde konulmuş ve İİAB, US rehberliğinde yapılmıştır. US, iyonizan radyasyon oluşturması, değişik planlarda eş zamanlı görüntülerle iğne hareketinin izlenmesini sağlama, çabuk ve ucuz bir yöntem olması gibi avantajlara sahiptir (3,4,5). Pankreas lezyonlarının İİAB'sinde, mide ve barsak gazlarının, US görüntüsünün yorumunu zorlaştırdıkları bilinmektedir (6). 8 saatlik açlık sağlanarak ve değişik pozisyonlar deneyerek, bu zorluk aşılmaya çalışılmıştır. Tüm ol-

gularımızda, ilk tanı konduktan sonraki 48 saat içinde biyopsi sonuçları alınmış, materyalin yetersiz olması durumunda biyopsi yenilenmiştir (%3 olguda). Sitolojik olarak benin tanısı alan ve klinik izlem sonucu bu tanısı desteklenen olgularda, iyi prognozlu olabilecek maliniteleri göz önünde bulundurarak, uzun dönemde izlemde elde edilen sonuçların ve gerekirse biyopsiyi yinelemenin önemi bilinmektedir.

Çalışmamızda ulaşılan duyarlılık ve özgüllük, görüntüleme ve iğne biopsi tekniğindeki gelişmelere paralel olarak, son yıllarda bildirilen yüksek düzeylerle uyumludur. Klinisyen, radyolog ve patolog işbirliğinin, bu sonuca ulaşmada katkısı büyüktür.

Yanlış negatif kabul edilen pankreas lezyonlu olgunun biyopsisinde, tümör çevresinde oluşan enflamatuvar reaksiyon alanından alınan materyal, kronik pankreatit tanısının konmasına neden olmuştur. İİAB ile kronik pankreatit tanısı alan olgularda, adenokarsinom çevresinde gelişen enflamasyonun yanlış tanıya yol açabileceği bilinmektedir (6,7). Benin tanı almış, bu gibi şüpheli olgularda, İİAB'yi yinelemek gerekmektedir. 3 karaciğer lezyonundaki yanlış negatif sonuç ise çalışmamızın başlangıç dönemi olgularında elde edilmiştir. Hedeflenen lezyonun içinde olduğumuzu kesin görünteleyemediğimiz olgularda, iğneyi deri altına geri çekip tekrar ilerlemenin doğru olduğunu düşünmekteyiz.

İİAB'ye bağlı komplikasyonlar, düşük oranda görülmektedir (5,8,9). Olgularda saptadığımız ağrı yakınması en sık raslanan komplikasyonlar arasındadır. Pankreatit ve peritonit gibi ender raslanan komplikasyonlarla karşılaşılmalıdır. İnce iğne kullanımı ve mümkün olan en az sayıda ponksiyon yaparak tanıya ulaşmaya çalışmak, komplikasyon olasılığını azaltmaktadır.

US rehberliğinde, ayaktan İİAB uygulaması, karın içi lezyonların tanısında, toplam maliyetleri önemli ölçüde azaltmaktadır. Laparotomileri ve daha pahalı olan görüntüleme yöntemlerinin kullanımını önemli

ölçüde azaltmış olması, hastaneye yatış gerektirmemesi, kısa sürede tanıya ulaştırması İİAB'nin değerini artırmaktadır (10). Karaciğerin primer tümörünün tanımlanabilmesi, karaciğere metastaz saptanan olgularda pirimer odağın belirlenmesindeki katkısı, tanıyı ve tedaviyi hızlandırmada İİAB'nin önemini göstermektedir. Hem karaciğer metastazlarında, hem de pankreas tümörlerinde, inoperabilite kararının verilebilmesinde, İİAB'ni sağlayacağı sitolojik kanıt çok

önemlidir (11).

Olgularımızın 68'inde, İİAB sonucunda sitopatolojik ayırıcı tanıya giderek tiplene yapılabilmiş olması, yöntemin bir diğer üstünlüğü olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, karın içi lezyonların tanısında, US rehberliğinde perkutan İİAB'nin, güvenilir, başarı oranı yüksek, ucuz, minimal invaziv bir yöntem olduğunu destekler nitelikte bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Holm HH, Pedersen JK, Chritensen JK, Hancke S, Jensen F. Ultrasonographically guided percutaneous puncture. *Radiol Clin North Am.* 1975 ; 13 : 493-6.
2. Charboneau JV, Reading CC, Welch TJ. CT and sonographically guided needle biopsy: current techniques and new innovations *AJR.* 1990 ; 154 : 1-10.
3. Gazelle SG, Haaga Jr. Guided percutaneous biopsy of intraabdominal lesions *AJR.* 1989 ; 153 : 929-35.
4. Okçu N, Onuk MD, Inal O, Akarsu E, Incesu L, Akgöz H. Karın içi kitle lezyonlarında ultrason rehberliğinde yapılan ince iğne biopsinin tanı değeri. *Gastroenteroloji* 1993 ; 4 (1) : 165-168.
5. Arıbal ME, Dingil G, Arıbaş B, Akbayrak Y, Yücel H, Ince A. Intraabdominal lezyonların tanısında ultrason eşliğinde İİAB. *Radyoloji ve Tıbbi Görüntüleme Derg.* 1992 ; 2 : 290-293.
6. Del Maschio A, Vanzulli A, Sironi S, et al. Pancreatic cancer versus pancreatitis: diagnosis With Ca 19-9 Assessment, ultrasound, CT and Ct guided biopsy. *Radiology* 1991 ; 178 : 95-99.
7. Hall-Craggs MA, Lees WR. Fine-needle aspiration biopsy: pancreatic and biliary tumours *AJR.* 1989 ; 147 : 399-403.
8. Smith EH. Complications of percutaneous abdominal fine-needle biopsy, *Radiology* 1991 ; 178 :253-258.
9. Nolsoe C, Nieleesen L, Torp-Pedersen S, Holö HH. Major complications and death due to interventional ultrasonography: a review of fine-needle aspiration biopsy. *Cancer* 1980 ; 45 : 1480-1485.
10. Mitty HA, Efremidis SC, Yeh H. Impact of fine-needle biopsy on management of patients with carcinoma of the pancreas. *AJR.* 1981 ; 137 : 1119-1121.
11. Toa CL, Pearson FG, Delaure Nc. Percutaneous Fine-needle aspiration biopsy. *Cancer* 1980 ; 45 : 1480-1485