

İntraabdominal Lenfoma Tanısında Laparoskopinin Yeri

Oktar ASOĞLU¹, Vahit ÖZMEN², Ersin Selçuk ÜNAL¹

ÖZET

Lenfomalı hastaların tanısındaki ana hedef mikroskopik inceleme için yeterli miktarda doku elde etmektir. Hastalar periferik lenf nodülüne sahip değilse, hastalığın histolojik tipinin tanımlanması ve tanının doğrulanması için batın içi lenf bezlerinden veya karaciğerden biyopsiler almak gerekir. Geleneksel olarak laparotomi, lenfomanın tanı ve evrelemesinde kullanılan tek etkili yöntemdir. Teknolojik gelişmelerle birlikte, sintigrafi, tomografi, magnetik rezonans görüntüleme ve bunların eşliğinde yapılan perkütanoz biyopsi girişimleri, laparotomiye göre daha yaygın olarak kullanılır hale gelmişlerdir. Son on yıl içerisinde, laparoskopik girişimler batın içi lenf bezleri ve kitlelerden doku elde edilmesinde kullanılmaktadır. Bu yazının amacı, intraabdominal lenfomanın tanısında laparoskopinin etkinliğini değerlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, intra-abdominal lenfoma, tanı, biyopsi

SUMMARY

The Place of Laparoscopy in the Diagnosis of Intraabdominal Lymphoma

Obtaining adequate tissue specimen is an essential step in the diagnosis and management of patients with lymphoma. In patients without peripheral lymphadenopathy, intraabdominal lymph node sampling or hepatic biopsies are necessary to confirm the diagnose and define the histologic type of lymphoma. Traditionally, laparotomy was the only effective method for staging and diagnosis of lymphomas. With the development of diagnostic imaging techniques such as syntigraphy, computerized tomography scan, magnetic rezones and CT-directed percutaneous needle biopsy, diagnostic procedures other than laparotomy became common. Diagnostic laparoscopic methods were used to obtain tissue samples from enlarged abdominal lymph nodes and masses for last ten years. The aim of this study is to asses the efficacy of laparoscopy in the diagnosis of intraabdominal lymphoma.

Key Words: Laparoscopy, intra-abdominal lymphoma, diagnosis, biopsy

GİRİŞ

Günümüzde, laparoskopik cerrahinin, hemen hemen tüm batın içi cerrahi girişimlerde uygulanabilir olması; bir çok hastalığın tanı ve tedavi şekillerinde cerrahinin rolünü tekrar sorgulamaktadır. Bu hastalıklardan birisi de lenfoproliferatif hastalıklar grubudur.

Lenfoma, lenfatik sistemden kaynaklanan ve başlıca Hodgkin hastalığı (HD) ve non-Hodgkin has-

talığı (NHD) olarak iki klinik tabloyla tanımlanan bir habis hastalık grubudur. Bu hastalığa yaklaşımdaki ana hedef, yeterli doku örneklemesini elde ederek hastalığın tanısını (özellikle alt tipini) koymak ve evrelemesini yaparak, gerekli tedavi protokolünü uygulamaktır. Lenfoma hastalığının tanısını genellikle kolay olmaktadır. Ancak eğer hastada periferik lenfadenopati bulunmuyorsa, batın içi lenf bezi veya karaciğer biyopsisi, doğru bir histolojik tanımlama için gerekli olmaktadır.

Bindokuzyüz altmışıllı yıllarda lenfoma hastalığının tanınmasında ve evrelenmesinde tek etkili yöntem cerrahi laparotomiydi.^{1,2} 1980'li yıllarda teknolojik alandaki gelişmelere paralel olarak, ultrasonografi, abdominal tomografi (BT) ve bu gö-

¹ Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

² Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

rüntüleme yöntemlerinin eşliğinde yapılan perkütan biyopsi teknikleri gibi yeni gelişmeler ve laparotomi girişimin morbiditesi; abdominal cerrahi girişimlerin ve cerrahların, lenfoma hastalığının tanı ve tedavisindeki rolünü azaltmıştır.³⁻⁶

Perkütan biyopsi teknikleri, bir görüntüleme metodu eşliğinde, ince iğne aspirasyon (İİAB) veya core needle biyopsi tekniği ile yaygın olarak kullanılmış ancak yeterli hasta sayısına ulaşmış merkezlerin sonuçları bu tekniğin de sınırlarının olduğunu göstermiştir. Malign lenfomaların tanısında İİAB'nin duyarlılığı çeşitli kaynaklara göre %13-95 arasında değişmektedir.¹³⁻¹⁹

Tanısal olarak core biyopsilerin özellikle de alt tip belirlenmesinde %84-100 oranında başarılı olduğu gösterilmiş ve pek çok klinikte lenfoma tanısında öncelikli olarak kullanılmaktadır.^{13,18,20,21,22} Ancak bu tanı yöntemlerinin bazı avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Batın içi lenfomalar, her yerde görülebilmekle beraber sıklık açısından daha çok retroperitoneal alandaki, mezenterik kökteki, ince barsak mezosundaki ve paraaortik bölgedeki lenf bezlerinde bulunurlar. Lenfadenopatinin lokalizasyonuna bağlı major vasküler damarların yaranma riski, hastalıklı lenf nodunun komşuluğundaki sağlam lenf nodundan örneklem yapılması, işlemin yapım tekniğinde sayısal sınırlamalar nedeniyle yeterli doku elde edilememesi ve bilinen

düşük evreli non-Hodgkin lenfomadan, yüksek evreli lenfomaya transformasyonu tam tanımlayamaması en sık karşılaşılan dezavantajlarını oluşturmaktadır.^{18,23}

CERRAHİ TEKNİK

Klasik pnömoperiton oluşturulmasını takiben göbekten geçirilen 10 mm'lik port yoluyla 30 derece-lik teleskop batın içerisine yerleştirilir, batın içi olası başka patolojilerin varlığı ve biyopsinin yapılacağı bölgeyi tanımlama açısından batın içi araştırılır. Girişim öncesi abdominal tomografi ile biyopsi yapılacak bölge veya lenf nodunun yeri belirlenerek, mezenter kökü, paraaortik, parakaval veya hepatoduodenal lenf nodülleri lokalizasyonuna göre, ikinci 5 mm'lik port, batın sağ veya sol üst kadrana midklaviküler hat üzerinde olacak şekilde yerleştirilir. Paraaortik lenf nodu örnekleme- sinde sol splenik fleksura ve inen kolon, parakaval lenf nodu örnekleme- sinde ise sağ hepatik fleksura ve çıkan kolon mobilizasyonu için üçüncü port, ikinci portun simetrigine yerleştirilir. Örnekleme yapılacak lenf bezi belirlendikten ve yeterli görüş sağlandıktan sonra, lenf bezi üzerindeki peritoneal doku makas veya hook yardımıyla temizlenir, daha sonra biyopsi forsepsi yardımıyla lenf bezi veya dokudan örneklem yapılarak, elde edilen doku patolojik incelemeye alınır. Hastalığın tanısı

Tablo 1. Laparoskopik lenf nodülü biyopsisi sonuçlarını gösteren seriler.

Yazarlar	Yıl	Hasta	Lap. girişim	Açık cerrahiye dönüş	Yanlış negatif	Hastanede kalış süresi (gün)	Zaman (dakika)	Mortalite	Mortalite	NHL	HD	Neoplastik	Benign
Man ve ark. (24)	1998	94	101	6 (%5.9)	1	1	117	0	7 (%8)	48	14	6	33
Gossot ve ark. (25)	1998	14	15	1 (%6.7)	2	3	B	0	1 (%6.7)	B	B	B	B
Strickle ve ark. (26)	1998	51	51	10 (%19.6)	1	B	61	0	0	32	0	6	13
Cowles ve ark. (27)	2000	18	18	4 (%22.2)	0	1	86	0	0	13	1	2	2
Silecchi ve ark. (28)	2003	109	107	4 (%3.7)	0	2.5	48	0	2	B	B	B	B

* B: Bildirilmemiş

için yeterli doku miktarının alınıp alınmadığının belirlenmesi çok önemlidir. Gereksiz kanamalara sebep olması ve işlemi zorlaştırması nedeniyle ek-sizyonal biyopsiden kaçınılmalı, gerekirse direk görüş altında 10-12 kez biyopsi yapılmalıdır. Patolojinin yeterli miktarda doku alındığını doğrulamasıyla, koterle kanama kontrolü sağlanmasını takiben biyopsi işlemi sonlandırılır.

Cerrahideki uygulamalarının artmasıyla birlikte laparoskopi, 1990'lı yıllardan başlayarak abdominal kitlelerin ve şüpheli lenf nodlarının tanımlanmasında da kullanılmaya başlanmıştır. Bunu sonucu olarak, laparoskopik lenf nodu biyopsisinin lenfoma hastalığındaki önemi giderek arttırmıştır. Bu çalışmalar Tablo 1'de gösterilmiştir.²⁴⁻²⁸

Laparoskopik yaklaşımda önce hedef kaliteli bir abdominal tomografi elde edilmesi olmalıdır, böylelikle gerek port girişi yerlerinin belirlenmesi, gerekse de ameliyat planının yapılması mümkün olur. Bu amaçla yapılan laparoskopik cerrahiden açık cerrahiye dönüş oranı %3-19 arasında değişmekte olup, bunda en önemli faktörler; özellikle sol renal arter altında yerleşmiş paraaortik lenf nodu (görüntü sağlamakta güçlük), deneyim eksikliği, yeterli doku elde edememe ve daha önce geçirilmiş cerrahiye bağlı yoğun yapışıklıklardır.²⁴⁻²⁸ Yöntemin ana sorunlarından bir diğeri ise yanlış negatifliktir, bu oran serilerde %0-2 arasında değişmekte olup, yeterli deneyim kazanıldıkça hastalıklı lenf bezinin doğru olarak belirlenerek direk görüş altında yeterli miktarda doku elde edileceği ileri sürülmektedir. Ancak yine de gerek laparoskopik yöntemin gerekse de perkütan girişimlerin ana sorunlarından birisi olarak varlığını sürdürmektedir.²⁴⁻²⁸ Bu riski azaltabilmek için hastanın klinik bulguları ve radyolojik görüntülemelerinin iyi değerlendirilmesi ve yorumlanması gerekir. Örneğin eğer hastanın semptomları (kilo kaybı, gece terlemeleri, taşikardi gibi) ve preoperatif abdominal tomografisinde lenfadenopati veya lenfadenopatiler varsa, bu hastalarda laparoskopik yöntemle yeterli miktarda doku elde edilmiş ve patolojik inceleme selim hastalık tanısıyla sonuçlansa bile, hastada tanısal amaçlı biyopsi yapmayı hedefleyen mini laparotomi, yeterli laparoskopik

deneyim kazanılincaya kadar bir seçenek olarak kullanılmalı ve açık cerrahiye geçmekte tereddüt edilmemelidir. Ancak herhangi bir nedenle çekilmiş batin tomografisinde saptanan şüpheli lenfadenopatiler nedeniyle laparoskopik yöntem kullanılıyor ve hastanın klinik bulgularında da lenfoma şüphesi yoksa, laparoskopik yöntemle elde ettiğimiz materyale dayalı patolojik sonuca güvenilerek laparoskopik işlem sonlandırılmalıdır.

Daha önceki yıllarda lenfomanın alt tiplmesiyle birlikte olan tam tanımlanmasında, patoloğlar lenf nodülünün tamamına ihtiyaç duyuyorlardı, ancak gerek deneyimin artması gerekse de teknolojik olanaklar sayesinde sitolojik olarak da tam tanı konulabilmekte, bu da cerrahları lenf bezini bütünüyle çıkarma zorunluluğu ve güçlüğünden uzaklaştırmaktadır.

Çalışmalarda yer alan hastaların büyük çoğunluğunun hastanede kalış süresi bir günden az olup, laparoskopinin genel kazanımları olan daha az postoperatif akciğer sorunları, daha az yara yeri enfeksiyonu, daha az ağrı ve daha iyi kozmetik sonuca ek olarak, hastalığın tedavisine başlamak için zaman kaybı en aza indirgenmekte ve mortalite ise hiç gözlenmemektedir.²⁴⁻²⁸

Laparoskopik lenf nodu biyopsisi, özellikle abdominal lenfoma açısından şüpheli olgulardaki yüksek tanısal değeriyle, cerrahinin ve cerrahın bu hastalıktaki rolünü yeniden sorgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Glees JP, Barr LC, McElwan TJ et al. The changing role of staging laparotomy in Hodgkin s disease: a personal series of 310 patients. *Br J Surg* 1982; 69: 181-187.
2. Williams SF, Golomb HM. Perspective on staging approaches in the malignant lymphomas. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 193-201.
3. Strijk SP. Lymphography and abdominal computed tomography in the staging of non-Hodgkin lymphoma. *Acta Radiol* 1987; 28: 263-269.
4. Hoane BR, Shields AF, Porter BA et al. Comparison of initial lymphoma staging using computed tomography and magnetic resonance imaging. *Am J Hematol* 1994; 47: 100-105.
5. Meeker WR, Richardson JD, West WO et al. Critical evaluation of laparotomy and splenectomy in Hodgkin s disease. *Arch Surg* 1972, 105: 222-229.

6. Lacher MJ. Routine staging laparotomy for patients with Hodgkin's disease is no longer necessary. *Cancer Invest* 1983; 1: 93-99.
7. Sniege N, Dekmezian RH, Katz RL et al. Morphologic and immunocytochemical evaluation of 220 fine-needle aspirates of malignant lymphoma and lymphoid hyperplasia. *Acta Cytol* 1990; 34: 311-322.
8. Salky BA, Bauer JJ, Gerlerent IM et al. The use of laparoscopy in retroperitoneal pathology. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 227-230.
9. Rhodes M, Rudd M, O'Rourke N et al. Laparoscopic splenectomy and lymph node biopsy for hematological disorders. *Ann Surg* 1995; 222: 43-46.
10. Conlon K, Zelentz A, La Quaglia M et al. Laparoscopy: redefining role of the surgeon in abdominal lymphoma. *Surg Endosc* 1996; 8: S10.
11. Bain BJ. Routine and specialised techniques in the diagnosis of hematological neoplasms. *J Clin Pathol* 1995; 48: 501-508.
12. General Haematology Task Force of BCSH. Immunophenotyping in the diagnosis of chronic lymphoproliferative disorders. *J Clin Pathol* 1994; 47: 971-975.
13. Knelson M, Haaga J, Lazarus H et al. Computed tomography-guided retroperitoneal biopsies. *J Clin Oncol* 1989; 7: 1169-1173.
14. Steel BL, Schwartz MR, Ramzy I et al. Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of lymphadenopathy in 1103 patients. *Acta Cytol* 1995; 39: 76-81.
15. Carrasco CH, Richli WR, Lawrence D et al. Fine needle biopsy in lymphoma. *Radiol Clin North Am* 1990; 28: 879-883.
16. Zornoza J, Cabanillas FF, Altoff TM et al. Percutaneous needle biopsy in abdominal lymphoma. *AJR* 1981; 136: 97-103.
17. Cafferty LL, Katz RL, Ordenez Ng et al. Fine needle aspiration diagnosis of intraabdominal and retroperitoneal lymphomas by a morphologic and immunohistochemical approach. *Cancer* 1990; 65: 72-77.
18. Demharter J, Muller P, Wagner T et al. Percutaneous core-needle biopsy of enlarged lymph nodes in the diagnosis and subclassification of malignant lymphomas. *Eur Radiol* 2001; 11: 276-283.
19. Elia S, Cecere C, Giampaglia F et al. Mediastinoscopy vs anterior mediastinotomy in the diagnosis of mediastinal lymphoma: a randomized trial. *Eur J Cardiothorac Surg* 1992; 6: 361-365.
20. Zinzani PL, Corneli G, Cancellieri A et al. Core needle biopsy is effective in the initial diagnosis of mediastinal lymphoma. *Haematologica* 1999; 84: 600-603.
21. Zinzani PL, Collecchia A, Festi D et al. Ultrasound-guided core-needle biopsy is effective in the initial diagnosis of lymphoma patients. *Haematologica* 1998; 83: 989-992.
22. Ben-Yehuda D, Polliack A, Okon E et al. Image-guided core-needle biopsy in malignant lymphoma: experience with 100 patients that suggests the technique is reliable. *J Clin Oncol* 1996; 14: 2431-2434.
23. Wotherspoon AC, Norton AJ, Lees WR et al. Diagnostic fine needle core biopsy of deep lymph nodes for the diagnosis of lymphoma in patients unfit for surgery. *J Pathol* 1989; 158: 115-121.
24. Mann GB, Conlon KC, LaQualica M et al. Emerging role of laparoscopy in the diagnosis lymphoma. *J Clin Oncol* 1998; 5: 1909-1915.
25. Gossot E, Kerviler E, Brice P et al. Surgical endoscopic techniques in the diagnosis and follow-up of patients with lymphoma. *Br J Surg* 1998; 85: 1107-1110.
26. Strickler JG, Donohue JH, Porter LW et al. Laparoscopic biopsy for suspected abdominal lymphoma. *Mod Pathol* 1998; 11(9): 831-836.
27. Cowles RA, Yahanda AM. Laparoscopic biopsy of abdominal retroperitoneal lymphadenopathy for the diagnosis of lymphoma. *J Am Coll Surg* 2000; 1: 108-113.
28. Silecchia G, Raparelli L, Perrotta N et al. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis and staging of lymphoproliferative disease. *World J Surg* 2003; 27: 653-658.

Alındığı Tarih: 08.12.2003

Yazışma Adresi: Dr. Vahit ÖZMEN

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çapa - İstanbul