

# PAROTİS BEZİ KİTLELERİNDE İNCE İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİSİNİN YERİ

Sedat AYDIN,<sup>1</sup> Ümit HARDAL,<sup>1</sup> Arif ŞANLI,<sup>1</sup> Cenk EVREN,<sup>1</sup> Aylin EGE GÜL<sup>2</sup>

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <sup>1</sup>2. KBB Kliniği, <sup>2</sup>Patoloji Kliniği

Çalışmamızda parotis bezi kitlelerinde benign-malign tümör ayırımının yapılarak uygulanacak tedavi prosedürünü etkileyen ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif kestirim değerlerinin saptanması amaçlandı. 2002-2005 yılları arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniğinde parotis kitlesi nedeni ile ameliyat edilen 60 hastanın (36 kadın [%60], 24 erkek [%40]); ort. yaş 43.7; dağılım 26-77), ameliyat öncesi parotisten yapılan İİAB ile elde edilen sitolojik bulguları ile ameliyat sonrası histopatolojik bulguları karşılaştırıldı. İİAB sonuçları 34 olguda (%56.6) pleomorfik adenom, 12 olguda (%20) Whartin tümörü, 5 olguda (%8.3) malign tümör, 4 olguda (%6.6) iltihabi proses, 5 olguda da (%8.3) yetersiz materyal olarak bulundu. Lokal anestezi gerektirmeden poliklinik şartlarında uygulanabilmesi, ön hazırlık gerektirmemesi, düşük maliyeti, atravmatik olması, skar bırakmadan iyileşmesi ve uygulanacak cerrahi prosedürün belirlenmesine katkısından dolayı parotis kitlelerine ameliyat öncesi İİAB uygulanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Biyopsi, ince-iğne aspirasyon; histopatoloji; parotis kanserleri.

## STATUS OF FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF PAROTID GLAND MASS

*To obtain sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of fine-needle aspiration biopsy which affects the upcoming treatment procedure with malign-benign tumor extraction from parotid gland mass. Between years 2002-2005, a comparison done with cytological indications from preoperative fine-needle aspiration biopsy of parotid and postoperative histopathological indications of 60 patients (36 females [%60], 24 males [%40]; mean age 43.7; range 26-77 years) operated due to parotid mass in Kartal Training & Research Hospital the 2nd Head & Neck Clinic. Pleomorphic adenoma in 34 cases (56.6%), Whartin tumor in 12 cases (20%), malignant tumor in 5 cases (8.3%), process inflammation in 4 cases (6.6%) and insufficient materials in 5 cases (8.3%) were found from fine-needle aspiration biopsy results. Preoperative fine-needle aspiration biopsy should be applied in parotid mass because of its applicability without local anesthesia in polyclinical conditions, being atraumatic and low cost without preparation, having healing process without scar and its contribution for deciding the operative procedure.*

**Key Words:** Biopsy, fine-needle aspiration; histopathology; parotid cancers.

Baş-boyun tümörlerinin yaklaşık %3-12'sini oluşturan tükürük bezi tümörleri genellikle 20-60 yaşları arasında görülür. Bu tümörlerin %80'i parotis, %10'u submandibuler, %10'u sublingual ve minör tükürük bezlerinden kaynaklanır. %80'i benign, %20'si malign olarak kabul edilen tükürük bezi tümörlerinin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte enfeksiyonlar, travmatik ve obstrüktif nedenler, A vitamini eksikliği ve genetik faktörler sorumlu tutulmaktadır.<sup>[1]</sup>

Tükürük bezi kitlelerinde ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) kullanımı Amerika ve Avrupa'da 1920'li yıllarda başlamıştır. Stokholm'deki Karolinska ve Paris'deki Küri Enstitülerinde 1950 ve 1960'lı yıllarda geliştirilmiş ve 1970'de popüler olmuştur. Bu teknikle benign-malign tümör ayırımı, nüks ile ödemin ayırıcı tanısı yapılabilir. Tümör hücrelerinin diferansiyasyon derecesi saptanarak erken tanı ve uygulanacak tedavi prosedürü belirlenebilir.<sup>[2,3]</sup>

**Başvuru tarihi:** 1.11.2006 **Kabul tarihi:** 26.12.2006

**İletişim:** Dr. Ümit Hardal, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. KBB Kliniği, 34865 Kartal, İstanbul.

**Tel:** +90 - 216 - 441 39 00 / 1531 **e-posta:** umithardal@myinet.com

Bu yazıda tükrük bezi kitlelerinde ayırıcı tanı için bu kadar önemli olan İİAB'nin literatür bilgileri eşliğinde merkezimizdeki duyarlılık, özgüllük, negatif ve pozitif kestirim değerlerinin saptanması amaçlandı.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB polikliniğine 2002-2005 yılları arasında tükrük bezinde kitle nedeniyle başvuru ameliyat edilen 60 hastanın (36 kadın [%60], 24 erkek [%40]; ort. yaş 43.7; dağılım 26-77) İİAB'leri ve eksizyonel biyopsi sonuçları karşılaştırıldı. İİAB sonucunda yetersiz, aselüler veya hiposelüler materyal olarak bildirilen tüm yorumlar 'yetersiz' başlığı altında toplandı. Tümör nüksleri ve primeri bilinen metastatik kitleler çalışma dışı bırakıldı.

Lokal anestezi madde kullanılmadan, 22 gauge iğneli ve 10 cc'lik enjektörler kullanılarak, kitle parmak ile sabitlenerek negatif basınç uygulanıp, en az üç farklı yerden biyopsi alındı. Aspirasyon materyali lamlar üzerine yayıldı, havada kurutularak tespit edildi ve May Grünwald Giemsa ile boyandı. İİAB'nin duyarlılık (sensitivite), özgüllük (spesifite), pozitif ve negatif kestirim değerleri hesaplandı.

## BULGULAR

Hastalarda İİAB sonuçlarına bakıldığında 34 hastada (%56.6) pleomorfik adenom, 12 hastada (%20) Whartin tümörü, 5 hastada (%8.3) malign tümör, 4 hastada (%6.6) iltihabi proses ve 5 hastada (%8.3) yetersiz materyal olarak bulundu (Tablo I). İİAB sonrası 55 hastada (%91.6) sonuç alındığı, 5 hastada (%8.4) ise yetersiz materyal olarak rapor edildiği izlendi. Yetersiz materyal olarak rapor edilen hastaların ameliyat sonrası eksizyonel biyopsi sonuçları siloadenit (2 hasta), tüberküloz (2 hasta) ve miyoepiteliyoma (1 hasta) idi.

İİAB sonucunda hücre tipi bildirilen olguların ameliyat sonrası eksizyonel biyopsi sonuçları incelendiğinde; 33 pleomorfik adenom olgusundan 32 tanesinin, 13 Whartin tümürlü olgudan 12 tanesinin hücre tipi sitolojik incelemede doğru olarak belirtilmiştir. Malign tümürlü 5 olgunun 5'i de sitolojik incelemede malign olarak belirtilmiş ve bunlardan 2 tanesinin hücre tipi doğru olarak saptanmıştır. Malign olarak hücre tipi belirtilen 1 olgu mukoepidermoid karsinom ve 1 olgu da asinik hücreli karsinom olarak saptanmıştır.

Hücre tipi belirtilmeyen 3 olguda hücrelerin malign karakterde olduğu saptandı fakat ayırıcı tanı yapılmadı. Bu olgulardan 1'inin sonucu malign mikst tm, 1'i mukoepidermoid karsinom, 1'i de adenokistik karsinom olarak raporlandı. Duyarlılık %94.2, özgüllük %100, pozitif prediktif değer %96, negatif kestirim değeri %80 olarak bulundu.

## TARTIŞMA

İlk kez 1847 yılında Kun tarafından rapor edilen İİAB'nin, özellikle son 20 yılda kullanımı artmıştır. Doku analizinde açık biyopsiye alternatif bir işlem olan İİAB'de doğru tanı için materyalin uygun yerden ve yeterli miktarda alınması gerekir. Lezyonun homojen olmadığı pleomorfik adenom, Whartin tümörü ve nekroze olmuş malign tümör gibi patolojilerde lezyonun farklı bölgelerinden örnek alınmalıdır. İİAB açık biyopsiye göre daha kolay, pratik ve ucuz olduğu için tedavinin erken planlanmasını sağlar.<sup>[4-7]</sup>

Her geçen gün büyüyen ve artan literatür bilgileri, bu tanı yönteminin önemini ortaya koymakta ve yöntemin kesin tanı koyma oranının %80-%98 arasında değiştiğini göstermektedir.<sup>[8]</sup> Bu oran parotis bezi gibi yapılara neden olabilecek kadar geniş ve farklı neoplastik ve enflamatuvar lezyonların görüldüğü bir dokuda dikkate değer bir orandır. Parotis bezi kitlelerinde İİAB'nin bütün kesinliğine ve güvenliğine rağmen, kesin tanının İİAB ile konulması, bu tanıya göre tedavinin düzenlenmesi ve bunlara bağlı olarak, hasta bakım masraflarının azaltılması şeklindeki bir uygulama herkes tarafından kabul görmüş değildir.

Batsakis ve ark.<sup>[9]</sup> İİAB'nin tükrük bezlerinde kullanımını neoplastik olduğu düşünülen lezyonlara yapılacak olan işlemin lezyonun yeri ve yayılımı hakkında bilgi veremeyeceğini, dolayısıyla hastanın tedavisine bir katkı sağlayamayacağından dolayı eleştirmektedir.

Cohen ve ark.<sup>[10]</sup> ise İİAB'nin her hastaya değil de, özellikle kliniğinde malignite düşünülen, kararsız kalan olgulara yapılması gerektiğine inanmaktadırlar. Bu eleştirilere rağmen tükrük bezlerinde İİAB'nin önemli bir yeri olduğuna inanılmaktadır.

Köybaşıoğlu ve ark.<sup>[11]</sup> bildirdikleri İİAB ve histopatolojik sonuçların korelasyonu ile ilgili çalışmalarında, gerçek negatifi %10, gerçek pozitif %8, duyarlılığı %100 ve özgüllüğü %100 oranında bulmuşlardır.

**Tablo 1.** Bütün olgularda İİAB sonuçları ile ameliyat sonrası histopatoloji sonuçlarının karşılaştırılması

İİAB		Histopatolojik tanı		
Lezyon	No	Lezyon		No
Pleomorfik adenom	34	Pleomorfik adenom	Pleomorfik adenom	32
			Whartin tümörü	1
			Miyoeptilyoma	1
Whartin tümörü	12	Whartin tümörü		12
İltihabi proses	4	İltihabi proses	Pleomorfik adenom	1
			İltihabi proses	3
Malign tümör		Malign tümör	Mukoepidermoid karsinom	2
Mukoepidermoid karsinom	1		Asinik hücreli karsinom	1
Asinik hücreli karsinom	1		Adenokarsinom	1
Malign hücre mevcut ama hücre tipi belirtilemeyen	3		Malign mikst tümör	1
Yetersiz materyal	5	Yetersiz materyal	Sialoadenit	2
			Tüberküloz	2
			Miyoeptilyoma	1

Stewart ve ark.<sup>[12]</sup> 341 olguluk tükürük bezi serisinde duyarlılığı %92, özgüllüğü %100 oranında bulmuşlardır. Sonuç olarak hastanelerinde %98 oranında tükürük bezi lezyonlarının İİAB'yi desteklediğini ve benign lezyonlara yönelik konservatif yaklaşımda kliniği desteklediğini belirtmişlerdir. Son yıllarda literatürde duyarlılık %54-%95, özgüllük %86-100, yalancı pozitiflik %0-7 oranlarında belirtilmektedir.<sup>[11,13,14]</sup>

Bizim çalışmamızda ise, duyarlılığı %96.2, özgüllüğü %100, negatif kestirim değerini %80, pozitif kestirim değerini ise %100 olarak bulduk. Sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Literatürde İİAB'sinde %2-10 arasında yetersiz materyal sonucu bildirilmiştir.<sup>[15,16]</sup> Bizim çalışmamızda İİAB'sinde %8.4 oranında yetersiz materyal saptanmıştır. Bu hastalara ve İİAB ile konulan tanının klinik ve/veya intraoperatif bulgularla uyumsuz olduğu olgularda "frozen" eşliğinde kitle eksizyonu uygulanmıştır. Hastanın klinik bulguları ve diğer tanı testlerinin sonuçlarının göz önüne alınması, klinisyen ve sitoloğun tam bir uyum içinde çalışması, klinisyenin aspirasyon ve yayma hazırlamadaki tecrübesini artırması İİAB'deki yanlış sonuçların azaltılmasını sağlayacaktır.

İİAB ile hücre tipi belirtilen kitleler içinde en yüksek duyarlılık oranı pleomorfik adenom ve Whartin tümörü içindir ve sırasıyla %96, %92 olarak saptanmıştır. Bu oranlar Zurrida ve ark.'na<sup>[13]</sup> göre %82-%94 arasında, Verma ve ark.'na<sup>[17]</sup> göre pleomorfik adenom için %98.2'dir.

İİAB en yaygın komplikasyonu hematoma ve enfeksiyon olup, hastalarımızda herhangi bir komplikasyon olmamıştır.

Sonuç olarak; lokal anestezi gerektirmeden poliklinik şartlarında uygulanabilmesi, düşük maliyeti, at-  
ravmatik olması, skar bırakmadan iyileşmesi, materyalin aynı zamanda kültür amaçlı kullanılabilmesi, komplikasyon riskinin minimal olması gibi avantajlarının bulunmasının yanı sıra yüksek doğruluk oranları ile parotis bezi kitlelerinde İİAB'nin uygulanması gereken bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz.

## KAYNAKLAR

1. Seifert G, Miehle A, Haubrich J, Chilla R. Diseases of the salivary glands. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1986. p. 171-82.
2. Zbaren P, Schar C, Hotz MA, Loosli H. Value of fine-needle aspiration cytology of parotid gland masses. Laryngoscope 2001;111(11 Pt 1):1989-92.
3. Önder T, Aktaş D, Günhan Ö, Özkaptan Y. Baş ve boyun kitlelerinde ince iğne aspirasyon biyopsisi. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1994;2(1):32-7.
4. Ramadan HH, Wax MK, Boyd CB. Fine-needle aspiration of head and neck masses in children. Am J Otolaryngol 1997;18(6):400-4.
5. Platt JC, Davidson D, Nelson CL, Weisberger E. Fine-needle aspiration biopsy: an analysis of 89 head and neck cases. J Oral Maxillofac Surg 1990;48(7):702-6; discussion 706-7.
6. Siegert R, Kuppers P, Barreton G. Ultrasonographic fine-needle aspiration of pathological masses in the head and neck region. J Clin Ultrasound 1992;20(5):315-20.
7. Baatenburg de Jong RJ, Rongen RJ, Verwoerd CD, van Overhagen H, Lameris JS, Knekt P. Ultrasound-guided

- fine-needle aspiration biopsy of neck nodes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117(4):402-4.
8. Orell SR. Diagnostic difficulties in the interpretation of fine needle aspirates of salivary gland lesions: the problem revisited. *Cytopathology* 1995;6(5):285-300.
  9. Batsakis JG, Sneige N, el-Naggar AK. Fine-needle aspiration of salivary glands: its utility and tissue effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992;101(2 Pt 1):185-8.
  10. Cohen EG, Patel SG, Lin O, Boyle JO, Kraus DH, Singh B, et al. Fine-needle aspiration biopsy of salivary gland lesions in a selected patient population. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(6):773-8.
  11. Köybaşıoğlu F, Özakkoynlu S, Kocatürk S, Üzmez Önal B. Baş boyun kitlelerindeki ince iğne aspirasyon sitolojisi sonuçlarımız. *KBB-Forum* 2004;3(2):31-4.
  12. Stewart CJ, MacKenzie K, McGarry GW, Mowat A. Fine-needle aspiration cytology of salivary gland: a review of 341 cases. *Diagn Cytopathol* 2000;22(3):139-46.
  13. Zurrida S, Alasio L, Tradati N, Bartoli C, Chiesa F, Pilotti S. Fine-needle aspiration of parotid masses. *Cancer* 1993;72(8):2306-11.
  14. Atula T, Grenman R, Laippala P, Klemi PJ. Fine-needle aspiration cytology of submandibular gland lesions. *J Laryngol Otol* 1995;109(9):853-8.
  15. Guyot JP, Obradovic D, Krayenbuhl M, Zbaeren P, Lehmann W. Fine-needle aspiration in the diagnosis of head and neck growths: is it necessary? *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;103(5 ( Pt 1)):697-701.
  16. Frable MA, Frable WJ. Fine-needle aspiration biopsy of salivary glands. *Laryngoscope* 1991;101(3):245-9.
  17. Verma K, Kapila K. Role of fine needle aspiration cytology in diagnosis of pleomorphic adenomas. *Cytopathology* 2002;13(2):121-7.