

174296

T.C.
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi
K.B.B. Hast. Kliniği
Prof.Dr. Şadi BERKMEN

BAŞ - BOYUN BÖLGESİ TÜMÖRLERİNDE
İĞNE KOPARMA VE ASPİRASYON
BİYOPSİSİNİN TANI DEĞERİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Metin N. AKINER

T Ü R K İ Y E
B İ L İ M S E L ve T E K N İ K
A R A Ş T I R M A K U R U M U
K Ü T Ü P H A N E S İ

ANKARA

1979

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ

GİRİŞ 2 - 16

MATERYEL ve METOD 17- 25

TARTIŞMA 26- 32

SONUÇ 33- 34

LİTERATÜR 35- 40

Ö N S Ö Z

Baş - boyun bölgesi, organizmanın çok karışık yapılarının bulundu-
ğu ve hayati önemdeki organların yer aldığı bir sahadır. Bu bölge tü-
mörleri fonksiyonel bozuklukların yanısıra kozmoestetik defektlere de
yol açabilir. Bu nedenle tanıda minimal travma ile müsbet sonuç alma-
ğa yardım eden yöntemlere gerek duyulmuştur. İşte, iğne koparma ve
aspirasyon yoluyla yapılan biopsi çalışmaları bu ihtiyacın ortaya çı-
kardığı ürünlerdir.

Bana , böyle yeni bir konuda çalışma imkanı veren Değerli Hoca-
larım ; Sayın Prof.Dr. Şadi BERKMEN'e Sayın Prof.Dr. Cihat BORÇBAKAN'a,
Sayın Prof.Dr. Nimetullah ESMER'e , Sayın Prof.Dr. Rıza KESER'e, Sayın
Doç.Dr. Çetin CUHRUK'a, Sayın Doç.Dr. Esen BEDER'e şükranlarımı sun-
mayı bir borç bilirim. Ayrıca çalışmam süresince, bana yardım eden
A.Ü.Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Öğretim Üye ve Yardımcılarına, Kli-
nik Asistan arkadaşlarıma da en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Metin N.AKINER

G İ R İ Ő

Malign tümörlerde, gerek tanının konulabilmesi ve gerekli tedavinin planlanması yönünden lezyonun histopatolojik olarak incelenmesi şarttır. Bu uygulamaya başvurulmadığı takdirde hayatı ve sağlığı tehdit edici hataların ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır. Örneğin; makroskopik ve klinik görünüm olarak epitelioma izlenimi veren tümöral bir süreçte, sadece bu özelliğine dayanarak radyoterapi uygulamak tümörde büyüme ve hatta yakın, uzak bölgelere yayılmağa yol açabilir. Çünkü, bu tümörden alınan biopsinin histopatolojik incelenmesi, pekâlâ radyasyona dirençli bir tümör çeşidi olan melanokarsinoma'yı ortaya koyabilir. Bu nedenle hatalı başlangıç tedavisi ve kaybedilen kıymetli zaman, hastalığın gidişi ve hastanın durumu açısından çok olumsuz etkiler yapacaktır (1).

Günümüzde, kanserin erken tanısı kadar kısa sürede masrafsız nontravmatizan yöntemlerin geliştirilmesi de önem kazanmıştır. O halde minimum travma ile maksimum doku elde edebilen biopsi alet ve yöntemleri geliştirilmelidir. Bu nedenle aspirasyon biopsisi en basit ve en az travmatizan bir yöntem olarak benimsenmiş birçok kanser kliniğinde de başarılı sonuçlar alınarak şekilde uygulanmaktadır. Bu yöntem, ince bir iğneyi tümör şüphesi olan dokuya sokup, doku mataryelini aspire edip bu mataryeli bir lâm üzerine yayarak sitolojik yönden mikroskopla incelemekten ibarettir (36).

Organizma, her dokuda her hücreden tümör gelişebildiği bilinmektedir. Gelişen bu tümörler, orijin aldıkları dokularda, organlarda morfolojik, fizyolojik, metabolik ve fonksiyonel bir bozukluğa yol açar

Bu nedenle tümöral hastalıkların tanısında muayene bulguları yanı sıra çeşitli tetkiklerle sonuca gitmeğe çalışılır. Bu tanı yöntemleri aşağıda kısaca gösterilmiştir.

TÜMÖRLERDE TANI YÖNTEMLERİ

HİKAYE

Kanser tanısında diğer hastalıklarda olduğu gibi hikayenin önemi büyüktür. Hekim, hastanın hikayesini bütünü ile dinlemeğe kendini alıştırmalı, özellikle neyi anlatmak istediğini iyi kavramalıdır. Hikaye alırken, hekimin özenle üzerinde duracağı bir nokta " yöneltici " sorulardan kaçınmak olmalıdır. Kanser hereditör bir hastalık olmamakla beraber, bazı cins kanserlerin (Örneğin ; meme kanseri), bazı ailelerde daha sık görüldüğü bir gerçektir. Bu bakımdan aile hikayesi üzerinde özenle durulmalıdır. Bazı sosyoekonomik gruplarda bazı cins kanserler daha sık görülmektedir. Örneğin; serviks kanserlerine düşük sosyo - ekonomik düzeylerde sıklıkla rastlanmaktadır; Bunun için sosyal hikaye üzerinde de durulmalıdır. Hastanın tütün, alkol gibi alışkanlıkları araştırılmalıdır. Birçok kanserin bu cins alışkanlıklarla ilişkisi olduğu iyi bilinen bir gerçektir. Asbest, uranyum, boya işleri ile uğraşanlarda bazı kanser cinsleri daha sık görülmektedir. Bu yönden hastanın uğraşısı da sorulmalıdır. Öz geçmişinde radyasyon alıp almadığı öğrenilmelidir. Uzun süre röntgen ışını alanlarda lösemi oranı yüksektir. Çocuklukta değişik nedenlerle boyun bölgesine ışın alanlar da tiroid kanseri gelişebilmektedir.

Bütün iyi yönlerine karşın bu " klasik" hikaye alma yöntemlerine bazı eleştiriler yöneltmiştir. Bu eleştirilerden biri bu yöntemin

fazla zaman kaybına yol açmasıdır. Bir başka nokta, hekimin bazı temel soruları unutabileceği, sorsa bile verilecek olumsuz cevapları kaydetmeyeceğidir. Bu durum gelecekte aynı hikayeyi kullanacak başka hekimlerin daha önce verilmiş olumsuz cevaplardan yararlanmasını önleyebilir. Klasik hikaye almanın bu ve bunlara benzer sakıncaları nedeniyle daha uygun hikaye alma yöntemleri üzerinde çalışılmaktadır. Özellikle onkoloji dalında geniş kapsamlı soruları içeren bazı formlar üzerinde denemeler yapılmaktadır. Bu yöntemin hekim - hasta ilişkisini kısıtlama entellektüel düzeyine uygun soru yöneltmeyi önleme gibi sakıncalarına karşılık, hekimin hastayı etkileyebilecek " yönel-tici " sorular sormasını engellemesi yönünden yararlı olabilir.

FİZİK İNCELEME

Tanı yönünden hikaye alındıktan sonra fizik inceleme yapılır. Fizik inceleme belirli bir sıra ile ve eksiksiz yapılmalıdır.

LABORATUVAR İNCELEMESİ

Tanı; hikaye, fizik inceleme ve laboratuvar bulgularının hekimin zihninde, hastalık kategorileri kavramı üzerinde belirli kalıplardan birine uygun olarak yapılan sentezidir. Tanı, hastadan elde edilen bulgularla laboratuvarda elde edilen bilgilerin, daha önceden tanımlanmış hastalık kategorilerine uygunluğu kanıtlandığı zaman doğruluk kazanır. Bugün laboratuvar olanakları nedeniyle, hastalıkların tanısını bir kuşak önceki hekimlerin ancak hayal edebilecekleri kolaylık ve güven içinde, doğru olarak yapabilmekteyiz.

Tümör tanısında yer alan laboratuvar incelemelerini in vivo ve in vitro olarak iki ana grupta toplayabiliriz. İn vivo incelemeler içinde hasta için zararsız, bu nedenle de tarama amacıyla semptomları olmayan hastalarda dahi kullanılabilen değişik radyolojik incelemeler, nükleer, bilgi sayarlı aksiyel (doğrusal) tarama (CAT) ve ultrason en önemli aşamayı yapmıştır. Bugün insan vücudunun anatomik yapısını , noninvazif olarak görebiliriz. Bu tekniklerle az sayıda hücre topluluğu anatomik lokalizasyon olarak gösterilebilir. Bir veya birkaç cm³ hacmindeki hücre kitlesinin lokalizasyonu yanında bugünün teknolojisi, hekimin gereksinimi olan organ veya belirli bir organ parçasının zaman eksenini üzerindeki fonksiyonel değişimini göstermek üzere gelişmektedir. Aşağıda klinikte sık uygulanan bazı yöntemler özetlenmiştir :

I - Radyolojik İnceleme : Kanser tanısında en çok uygulanan laboratuvar incelenmesi kuşkusuz " radyolojik inceleme " dir. En sık uygulananlar ;

a) Akciğer filmi,

b) Gastrointestinal sistem : Bu konuda, yapılabilmek radyolojik inceleme, boş karın filmi, opak maddeler kullanılarak yapılan üst ve alt gastrointestinal tarama, arterler içine verilen opak maddelerle yapılan arteriografi gibi değişik yöntemleri kapsamaktadır.

c) İntravenöz Piyelografi (İ.V.P.) : Böbrek tümörleri için, İVP her zaman güvenilir bir yöntem olmakla beraber şüpheli her olguda denenmelidir. Bu yönde yapılacak araştırmalarda "nefro-tomogram" ve " renal arteriografi " çok daha değerli bilgi verecektir. Bu yöntemlerle olguların % 95 inde benign böbrek tümörleri malign olanlardan ayırd edilebilmektedir.

d) Mammografi : Memede palpe edilmeyen kitlelerin gösterilmesine yarayan ucuz ve kolay bir radyolojik tanı yöntemidir. Memedeki, normal yağ dokusunun yaptığı doğal kontrastı gösterme esasına dayanır. Özellikle 40 yaş üzerindeki kadınlarda kitle taranmasında yararlı olabilir.

e) Arteriografi : Arterler içine opak madde vererek, o arterlerin beslediği organların radyolojik incelemesi, kanser araştırmasında önemli bir tanı yöntemidir. Arteriografinin: Kanser hastalarında tanı değeri , birçok tümörde anormal dallanma olması gerçeğine dayanmaktadır.

f) Lenfanjiografi : Küçük lenfatik damarlara, opak madde vererek lenfatik sistemi gösterme temeline dayanan bir radyolojik tanı yöntemidir. Lenfomalarda, lenf benzlerinde büyüme ve " sabun köpüğü " biçimi, yapı bozukluğu karakteristiktir.

2 - Radyoizotop taramaları (Nükleer görüntü - sken) : Radyoizotop taramalarının temeli belirli organ veya dokuda tutulan radyoaktif işaretli kimyasal maddeden salınan enerji dansitesinin, belirli bir düzlem üzerinde kayıdır.

Nükleer tıbbın, ilk günlerinden başlayarak kullanılan hareketli dedektörle elde edilen görüntüye " sken " adı verilmiştir.

Tümör hücresi, yapı taşları, kapsadıkları bazı , metabolitler veya antijenik özellikleriyle normal hücrelerden ayrılmaktadır. Tümöre özgü biomoleküller veya bunlardan biri belirlendikten sonra tümör hücresi tarafından alınıp kullanılacak bioaktif komponenti (biomolekül , organik veya inorganik element) bulmak daha kolay olacaktır. Daha sonra bu komponent, radyoaktif madde ile işaretlenebilir. Bu yolla hem tanı hem de tedavi büyük güç kazanmış olur.

Aşağıda , klinikte sık uygulanan ve tanı değeri yüksek olan bazı skenler gösterilmiştir.

a) Kemik Sken : Tanıda yararlı olacağı durumlar ; kemik metastazı, Paget hastalığı, primer kemik tümörleri, arterit, osteomyelit.

b) Kemik iliği Skeni : Kullanılan madde; ^{99m}Tc - Sülfürkolloid Gerekliliği ; hematopoetik hastalıklar, radyasyon ve kemoterapi izlenmesi.

c) Beyin Skeni : Kullanılan madde ; ^{99m}Tc - Perteknetat Gerekliliği; primer beyin tümörleri, beyin metastazları, beyin absesi, subdural hematom, serebro - vasküler hastalık, değişik damar malformasyonları.

d) ^{67}Ga çalışması: Gerekliliği; değişik karsinomlar, lenfomalarda evrelendirme, enfeksiyon, enflamasyon ve RES hastalıkları.

e) Karaciğer ve Dalak Skeni; Gerekliliği ; hepatomegali, splenomegali, batında, palpe edilen kitlenin tanımlanması, metastaz, hematoma, karaciğer absesi, sarılık, siroz, karaciğer ve dalak rüptürleri.

f) Akciğer Perfüzyon Skeni : Gerekliliği ; Pulmoner emboli, bronkojenik kanser, kronik veya akut obstrüktif solunum yolu hastalıkları.

g) Böbrek Perfüzyon Skeni: Gerekliliği; hipertansiyon obstrüktif üropati, akut ve kronik böbrek hastalıkları, konjenital anomaliler, böbrek tümörü veya metastazı, abse veya kisti, renal travma, böbrek transplantasyonu.

h) Tiroid Skeni : Gerekliliği ; tiroid anatomisi hakkında bilgi alma , tirodde palpe edilen kitlenin fonksiyonel karakteri, sıcak veya soğuk nodüllerin ayırımı, akut tiroidit ile tiroid nodülü içine kanamanın ayırımı, ektopik tiroid dokusunun gösterilmesi, üst mediasten kitlelerinin ayırımı, fonksiyonel tiroid metastazı ve tekrarlayan tiroid kanserlerinin gösterilmesi TSH stimülasyonu veya T_3 süspansiyonundan sonra değişen fonksiyonel anatomi.

3 - Bilgi Sayarlı Aksiyal Tomografi (BAT), (CAT) : BAT , x - ışınları ile bilgisayarın beraber kullanılması sonucu geliştirilen yeni bir tanı yöntemidir. Bu yöntemle, diğer tanı yöntemleri ile belirlenemeyen ayrıntıları gösterme olanağı doğmaktadır.

BAT'ın temeli , farklı yoğunluktaki çeşitli dokuların, değişik x - ışını absorpsiyonlarının sayısal olarak ölçülmesi ve bu değerlerle dokunun matematiksel rekonstrüksiyonunun yapılarak biçimlendirilmiş bölgesinin değerlendirilmesidir. Bunun için değişik organlar, tomografide olduğu gibi kesitler halinde incelenir.

4. Ultrason : Ultrasonografi, basınçlı elektrik - optik bir düzencekle elde edilen çok yüksek frekanslı (1 - 2 milyon titreşim/Sn) ses dalgalarının hüzmeler şeklinde istenilen organa gönderilebilmesi ve yoğunluğu yüksek olan ortamda yansıyan ses dalgalarının güçlendirilerek ossiloskop veya kadot ışını lambası aracılığıyla ekrana yansıtılması temeline dayanan bir tanı yöntemidir. Ekranda gözlenen şekiller, anında izlenerek veya fotoğrafı çekilerek değerlendirilir. Tanı yöntemleri içinde en zararsızlarından birisidir.

Biopsi ve ponksiyonlar ultrasonografi uygulaması altında daha başarılı olarak yapılabilir.

5 - Endoskopi : Değişik organları doğrudan inceleme ve çoğu zaman biopsi ve sitolojik materyel alma olanağını veren önemli bir tanı yöntemidir. Aşağıda en sık kullanılan endoskopik uygulamalar özetlenmiştir :

- Bronkoskopi
- Sinuskopi
- Ösofagoskopi
- Gastroskopi
- Duodenoskopi
- Kolonoskopi
- Proktosigmoidoskopi
- Peritonoskopi (Laparoskopisi)
- Kuldoskopi

6 - Biokimyasal Tanı Yöntemleri : Çok sayıda biomoleküler madde- nin vücut sıvılarındaki düzeyinin incelenmesi, kanser tanısında ve tedavisinde kullanılmıştır. Bunlardan konsantrasyonu yükseldiğinde kuvvetle kanserden şüphe ettirenlerin sayısı çok azdır, ve biomoleküller aynı organın kanser dışı hastalıklarında yükselmezler. Diğer büyük bir grup biomoleküler madde ise, bazı kanser tiplerinin belirli bir kesiminde yükselmektedir. Ancak bu grup maddeler, aynı organın kanser dışı hastalıklarında da yükselbilmektedir ve tanı değerinin yanı sıra tedavinin izlenmesinde de başarı ile kullanılmaktadır.

Tanı amacı ile , vücut sıvılarında araştırılan biomoleküller arasında enzimler, hormonlar (peptit olan veya olmayan), hormon metabolitleri, immün kompleksler, antikorlar, eser elementler ve iyonik moleküller sayılabilir.

7 - Histolojik Tanı : Kanserin kesin tanısı, bugün ancak histolojik inceleme ile konulabilmektedir. Doğru tanıya varabilmek için yeterli doku örneği alınması, dokunun iyi tesbit edilmesi ve iyi bir histolojik yöntemle hazırlanması gereklidir. Biopsi sırasında dokunun fazla sıkıştırılmaması, ezilmemesi, keskin aletlerle çıkarılması uygun olur. Lenf nodüllerinin kapsül parçalanmadan tüm olarak çıkarılmasına çalışılmalıdır. Çıkarılan lenf nodülü veya tümör dokusundan " patates baskıları - imprint" ler yapılması hücre tipinin sitolojik olarak incelenmesinde yardımcı olur. Dokuların tesbiti için en fazla kullanılan fiksatif % 10 luk formaline (formol) dir. Kullanılacak fiksatif miktarı doku kacmanin en az 10 misli olmalıdır. Formalin bulunamazsa doku hiç olmazsa % 70 - 80 lik alkol içine atılmalı, hiçbir zaman kuru veya su içinde bırakılmamalıdır (28).

8 - Sitoloji : Onkoloji alanında sitolojik tanı yöntemleri 1942 de PAPANICOLAOU'nun çalışmalarıyla ortaya konmuştur. Yazar , müköz membranların kanserlerinde tanıya varmak için lezyondan dökülen hücreleri incelemiş ve sitolojik tetkikin prensiplerini belirtmiştir. Sitolojinin en önemli avantajı, asemptomatik seyreden veya preinvazif devrede bulunan (karsinoma in - situ) maligniteleri tesbit ettirebilmesidir. Ancak bu yöntem doku biopsisinin yerine geçmez, sadece ona yardımcı olarak görülür. Malign hücreler bazı yapısal özellikleri nedeniyle sitolojik tanı konulmasına yardım ederler.

a) Hücre çekirdeği , sitoplazma aleyhine olarak büyümüştür (nükleositoplazmik oran artar).

b) Hücre çekirdeğinin şekli, büyüklüğü ve yapısı ; hücreden hücreye değişim gösterir (Pleomorfizm).

c) Çekirdeğin boya alma kapasitesi normal hücrelerden daha fazladır (Hoperkromazi).

d) Çekirdekciklerde büyüme ve asidofil özellik dikkati çeker (Makronükleolus).

e) Normal ve anormal mitozlar.

Bu sitolojik değişikliklere göre, kanser şüphesi veya tanısı çeşitli yollarla klinisyene iletilir. PAPANICOLAOU, bu amaçla sitolojik yönden 5 sınıf hücre ayırımı yapmıştır :

- Class I : Normal hücre,
- Class II : İltihap hücresi,
- Class III : Metaplazik hücre,
- Class IV : Malign tümör hücresi,
- Class V : Farklılaşmış tümör hücresi.

Bu beşli ayırım, birçok yerlerde kullanılmaktadır. Bununla beraber daha basit bir sınıflandırmaya doğru gidiş istenmektedir. Günümüzde rutin olarak sitolojik araştırma yapmağa uygun materyeller şunlardır.

- Vajinal akıntı
- Bronş lavajı
- Balgam
- Plevra sıvısı
- Periton sıvısı
- İdrar
- Mide sıvısı
- Likör serebrospinalis (BOS)
- Yüzeysel ülseratif lezyonlar
- Mukozal ülseratif lezyonlar
- Kitlelerden iğne ve aspirasyon biopsileri

ISNVAHJLOH
KÜTÜPHANESİ
ARAŞTIRMA KURUMU
BİLİMSEL ve TEKNİK
T Ü R K İ Y E

Bu sitolojik tanı yöntemleri içinde bizi ilgilendiren ve çalışmamıza konu olan aspirasyon yoluyla alınan örneklerin bir yayma yapılarak incelenmesidir. Bu metod ince bir iğnenin tümör şüphesi olan dokuya sokulup, materyel aspire edilerek bir yayma yoluyla tetkiki esasına dayanır. Bu yaymalarda, yeterli tümör hücresi bulunabilir ve tanıyı koydurabilir. Ancak olumlu yayma oranı değişmekte olduğu için dokuyu koparmayı esas alan modifikasyonlar yapılmıştır. Bunlar; koparıcı uçları olan metalik cisimler veya tellerden, tur uçlarından ibarettir ve aspirasyon iğnesinin lümenine sokularak uygulanmaktadır. Daha büyük aletler MUIR, HOFFMAN, LINDBLOM ve CORRIERO tarafından geliştirilmiştir (36).

Sitolojik tetkik için , diğer bir inceleme şekli de eksfoliatif sitolojidir. Çeşitli organ kanserlerinin erken tanısında uzun yıllardan beri kullanılan önemli bir inceleme yöntemidir (10).

1847 de KÜSS tarafından ilk defa tümörlerde tatbik edilen fakat, sonradan unutulmuş aspirasyon biopsisine son senelerde geniş bir yer verilmiştir. Karaciğer hastalıklarında ponksiyon iğnesi ile karaciğere girilip aspirasyon ile hastalığın tanı ve tedavisini ilk defa 1895 LUCATELLO tarafından uygulanmıştır (27).

1900 lerde , S.J. MIXTER tarafından yapılan ve kendi adı verilen bir çeşit biopsi iğnesi , dokudan koparma biopsisi yapmakta idi ve daha çok beyin dokusundan parça almakta kullanılmıştır. WARD 1912 de, lenfoblastomaları incelerken lenf bezlerinden iğne koparma ve aspirasyon biopsileri almıştır. GUTHRIE 1921 de, Hodgkin hastalığının da lenf bezlerinden yaptığı aspirasyon biopsilerine neşretmiştir.

GOELLER 1920 de, prostatdan doku koparmak için spiral şeklinde koparıcı ucu olan bir trokar geliştirmiştir. FORKNER 1927 de, 18 kalibrelik bir iğne içine sokulan bir dişçi turu ile az miktarda doku parçası elde eden bir metod tarif etmiştir (30).

1938 de SILVERMAN, kendi adını verdiği koparma biopsisi yapan bir iğne tarif etmiştir (36).

İğne biopsisinin tiroide tesbit edilen kitlelerin tanısında kullanılmasına ilk defa CRILE ve HAZARD tarafından 1945 yılında başlanmıştır (7).

İğne biopsisinin teşhis aracı olarak sistematik biçimde uygulamaya girmesi, 1950 lerde İsveç' li bilim adamları tarafından başarılmıştır. MAVEC, ENEROTH ve diğer bilim adamları tükürük bezi aspirasyon biopsileri üzerinde çalışmalar yapmışlardır. (MAVEC ve arkadaşları, 1964 , ENEROTH ve arkadaşları , 1965., 1966, 1967), FRANZEN ve ESPOTI ve çalışma arkadaşları prostat üzerinde (FRANZEN ve arkadaşları 1960, ESPOTI ve arkadaşları 1960), EINHORN ve FRANZEN , tiroid bezi üzerinde (1962), ZAJICEK ve arkadaşları (1967) meme , NASIELL (1967) akciğer tümörleri üzerinde çalışmalar yapmışlardır. SÖDERSTRÖM, aspirasyon biopsisinin karşılaştırmalı olarak uygulamış ve yayınlamıştır (1966)

Bu çalışmada, koparma biopsisinde kullanılan iğne Coledonian Hastanesinin tümör kliniğinde Dr. Joseph Tenopyr'ın servisinde geliştirilen Vim - Silverman iğnesidir. Benzerlerinden ; basit aspirasyon biopsisi kadar az travma ile , uygulanışının birkaç saniye sürmesi ve boyuna göre büyük bir doku elde edebilmesi ile daha üstün olduğuna inanılmıştır. 16 kalibrelik bir iğne ile 2x10 mm. lik doku parçası elde edilebilmektedir. Bir tek ponksiyon yeterli olmakta ve tekrarına gerek görülmemektedir.

Aletin 16 kalibrelik bir dış kanülü, 18 kalibrelik bir iç iğnesi vardır. Örnek almak için şüpheli kitle üzerindeki deri tendüridiot ve alkol ile temizlendikten sonra % 2 lik jetokain ile intradermal ve subkutan olarak ponksiyon sahası anesteziye edilir. Dış kanül, içinde mandreni ile birlikte şüpheli tümör üzerine sokulur, sonra mandren çekilerek iki uçlu iğne yerine sokulup tümör dokusu içine itilir. Böylece silindir şeklinde doku parçası araya girmiş olur. Sonra dış kanül iç iğnenin üzerinde kapatacak şekilde itilir ve bundan sonra iç iğneye rotasyon yaptırılır ve iç iğne çekilir, ucunda örnek doku vardır. Bu doku örneğin % 10 luk formalin içine konur ve parafin içinde kesit almak ve boyama için hazırlanır.

Boyama, Hematoksilen Eozin boyama metodu ile yapılarak histolojik inceleme yapılır.

Aspirasyon biopsisi için , 10 kalibrelik 7 cm. uzunluğunda bir iğne ve 20 cc. lik enjektör kullanılmıştır. Tümör üzerindeki cilt iod ile temizlendikten sonra % 1 lik novocain ile ciltte küçük bir saha infiltre edilir. Sonra şırıngaya iyice takılı bulunan iğne dik açı teşkil edecek şekilde ciltten sokulur. Tümör dokusunun içine girildiği hissediline kadar itilir. Bu sırada şırınganın pistonu hafifçe çekilerek vakum oluşturulur ve tümörün boyuna ve anatomisine uygun olarak 1 - 3 cm. itilir. Vakum korunarak geriye çekilir, sonra birkaç defa aynı işlem tekrarlanır. Bu sırada unutulmaması gereken husus vakumun muhafaza edilmesidir. İğne , dokudan çıkarılmadan evvel piston , basınç eşitlenecek şekilde serbest bırakılmalıdır veya daha iyisi iğne, şırıngadan ayrılıp öyle çıkarılmalıdır; yoksa aspire edilen materyel şırıngaya dolacak ve toplanması güçleşecektir. İşlem bitince şırıngaya hava dolduktan sonra iğne tekrar takılıp bir lam üzerine iğnedeki muhteviyat dikkatlice yayılır.

Bu yayma preparatı % 50 alkol (% 98 lik) ve % 50 ether karışımı ile tesbit edildikten sonra PAPANICOLAOU boyası ile boyanarak Class tayini için sitologlar tarafından incelenir.

Kontredikasyonları :

- 1- Hastanın koopere olamadığı haller. Örneğin; psikotik ve komatö hastalar,
- 2- Kanama defekti, hemopatiler, koagulasyon bozuklukları, Örneğin; lösemi, hemofili, protrombin azlığı,
- 3- Lokal ve genel enfeksiyonlar,
- 4- Kist hidatik şüphesi,
- 5- Derin anemi halleri,
- 6- Pulsatif lezyonlarda,

Reaksiyonları ve Komplikasyonları :

- 1- Fonksiyon yerinde ağrı,
- 2- Kanama,
- 3- Pnömotoraks
- 4- Şok
- 5- Psikotik belirtiler

Ancak bunlar son derece nadirdir (27).

FRABLE 84 olguluk serisinde komplikasyon görmemiştir (16).

BATSAKIS, 141 olguluk mikst tümör serisinde 5 yıllık takipten sonra lokal nüks görülmediğini söylemektedir (5).

BOWDEN, 160 iğne koparma biopsisi serisinden 3 hastada ciddi intraperitoneal hemoraji, 1 hastada safra peritoniti, 1 hastada da hemoraji nedeniyle ölüm görmüştür (8).

Avantajları :

- 1- Metod gayet basittir,
- 2- Hasta önemli bir riske maruz değildir,
- 3- İğne lezyonun çeşitli yerlerine sokulabilir,
- 4- Zaman ve para yönünden tasarruf sağlar,
- 5- Cerrahi enfeksiyon riski taşımaz,
- 6- Daha sonraki bir cerrahi müdahale için engel teşkil etmez (30).

Dezavantajları:

- 1- İğne biopsisi kör bir metoddur,
- 2- Asıl lezyona ulaşmamak ihtimali vardır,
- 3- Lezyon çevresindeki bazı önemli organlar zedelenebilir,
- 4- Alınan materyel tetkik için yetersiz olabilir,
- 5- Hematojen bir tümör yayılımına yol açabilir (27).

141 olguluk mikst tümör serisi, 5 yıl takip edilmiş ve cerrahi ekstirpasyondan sonra hiçbir lokal nüks meydana gelmemiştir (5).

İnce iğne aspirasyon biopsisi ile Vim - Silverman iğnesinde olduğu gibi kanser implantasyonunun şimdiye kadar meydana geldiği bildirilmemiştir (32).

ATAY , şimdiye kadarki yaptıkları aspirasyon biopsilerinde tümör yayılması görmediklerini özellikle belirtmiştir (3).

M A T E R Y E L v e M E T O D

Çalışma kapsamına aldığımız olgular, 1976 - 1978 yılları arasındaki 3 yıllık süre içinde klinik ve polikliniğimize başvuran hastalarımızda, baş-boyun bölgesinde tümöral kitle ihtiva eden 50 olgu üzerinde yapılmıştır. 50 olgunun tamamına Vim - Silverman iğnesi yardımıyla iğne koparma biopsisi uygulanmıştır. Yine aynı 50 olgunun 15'ine ayrıca aspirasyon biopsisi uygulanmıştır, elde edilen sonuçlar daha sonraki eksizyonel biopsi ve ameliyat materyellerinin histopatolojik inceleme sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Olgular; yaş dağılımı, cins dağılımı, tümör tipi, histopatolojisi, benign olgulardaki sonuçlar ve malign olgulardaki sonuçlar açısından incelenmiştir. Bu özellikler, aşağıda sıra ile gösterilmiştir.

Yaş dağılımı :

Yaş grubu	Olgu sayısı	%
1-10	2	4
11-20	6	12
21-30	5	10
31-40	7	14
41-50	11	22
51-60	9	18
61-70	6	12
71-80	4	8
Toplam	50	100

Cins Dağılımı :

Kliniğimizde incelediğimiz 50 olgunun cins dağılımı şöyledir :

Cins	Olgu sayısı	%
Erkek	27	54
Kadın	23	46
Toplam	50	100

Tümör Tipi :

Kliniğimizde incelediğimiz 50 olgunun tümör tipi şöyledir :

Tümör tipi	Olgu sayısı	%
Malign olgular	30	60
Benign olgular	20	40
Toplam	50	100

Malign Olgular :

Kliniğimizde incelediğimiz 50 olgunun malign olan 30'unun tümör cinslerine göre dağılımı şöyledir :

Tümör Cinsi	Olgu sayısı	%
Adenoid kistik karsinom	2	6.6
Malign mikst tümör	2	6.6
Alveoler rabdomyosarkom	2	6.6
Embryoner rabdomyosarkom	1	3.3
Papiller adeno karsinom	1	3.3
Yassı hücreli karsinom	13	43.0
Anaplastik karsinom	2	6.6
Miksoid liposarkom	1	3.3
Asinik hücreli karsinom	1	3.3
Schwannoma	1	3.3
Lenfoma	3	10.0
Retikülüm hücreli sarkom	1	3.3
Toplam	30	100.0

Benign Olgular :

Kliniğimizde incelediğimiz 50 olgunun benign olan 20' sinin tümör cinslerine göre dağılımı şöyledir :

Tümör Cinsi	Olgu sayısı	%
Non-spesifik lenf adenitisi	6	30
Benign mikst tümör	5	25
Meningomyelosel	1	5
Kolloidal goitre	1	5
Tbc lenfadenitisi	6	30
Sebase kist	1	5
Toplam	20	100

Kliniğimizde, 50 olguya iğne koparma biopsisi uygulanarak histopatolojik tetkik yapılmıştır. Bunlardan; 30 olgu (% 60) malign tümör , 20 olgu (% 40) benign tümördü. Neticeler eksizyonel biopsi ve ameliyat materyellerinin histopatolojik incelemeleri ile karşılaştırılmıştır. Buna göre :

- a) 40 Olguda (% 80) doğru sonuç elde edilmiştir,
- b) 10 olguda (% 20) yanlış - negatif sonuç elde edilmiştir,
- c) Olguların hiçbirinde yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir.

Kliniğimizde, 15 olguya aspirasyon biopsisi uygulanarak sitolojik tetkik yapılmıştır, Bunlardan ; 7 olgu (% 46) malign tümör , 8 olgu (% 54) benign tümör idi. Neticeler eksizyonel biopsi ve ameliyat materyellerinin histopatolojik incelemeleri ile karşılaştırılmıştır.

Buna göre :

- a) 8 olguda (% 54) doğru sonuç elde edilmiştir,
- b) 7 olguda (% 46) yanlış - negatif sonuç elde edilmiştir,
- c) Olguların hiçbirinde yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir.

Malign Olgularda :

I- İğne koparma biopsisi yapılan 30 malign olgudan :

- a) 7 olgu (% 23) yanlış - negatif sonuç vermiştir,
- b) 23 olgu (% 77) doğru sonuç vermiştir,
- c) Yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir.

II- Aspirasyon biopsisi yapılan 7 malign olgudan :

- a) 5 olgu (% 71) yanlış - negatif sonuç vermiştir,
- b) 2 olgu (% 29) doğru sonuç vermiştir,
- c) Yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir.

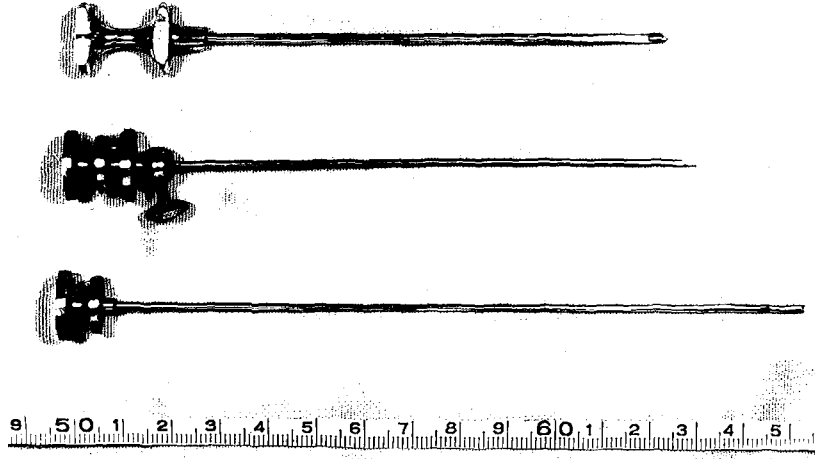
Benign olgularda :

I- İğne koparma biopsisi yapılan 20 benign olgudan :

- a) 3 Olgu (% 15) yanlış - negatif sonuç vermiştir,
- b) 17 Olgu (% 85) doğru sonuç vermiştir,
- c) Yanlış - Pozitif sonuç görülmemiştir.

II- Aspirasyon biopsisi yapılan 8 benign olgudan :

- a) 2 Olgu (% 25) yanlış - negatif sonuç vermiştir,
- b) 6 olgu (% 75) doğru sonuç vermiştir,
- c) Yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir.



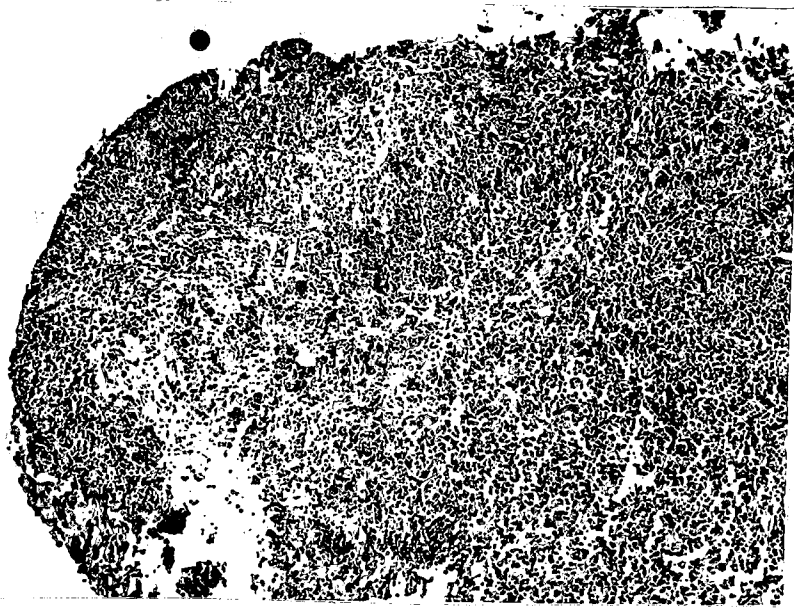
Resim - I: İğne koparma biopsisinde materyel almak için kullanılan üçlü set. En üstte, dış iğne, ortada mandren , alüta da koparıcı görülmektedir.



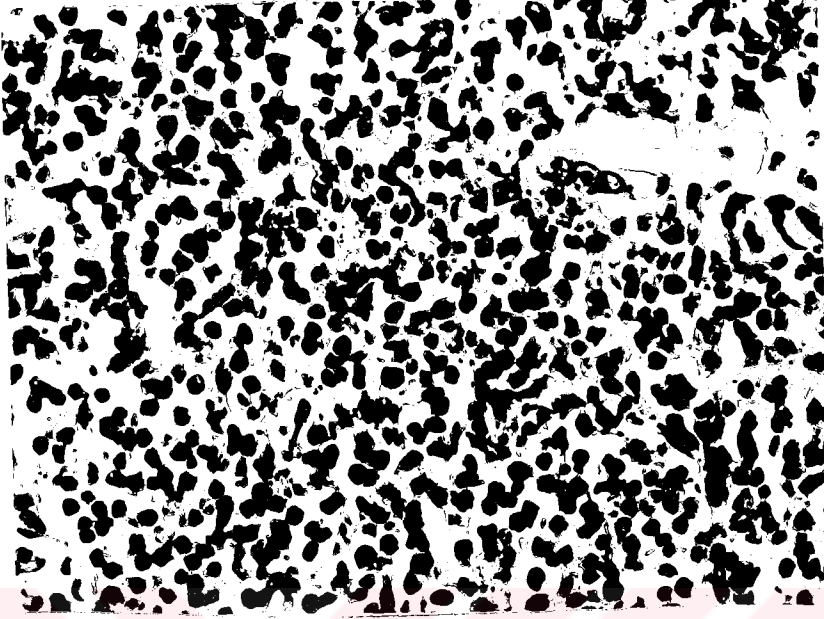
Resim - II: Aspirasyon materyeli almak için kullanılan iğne ve enjektör.



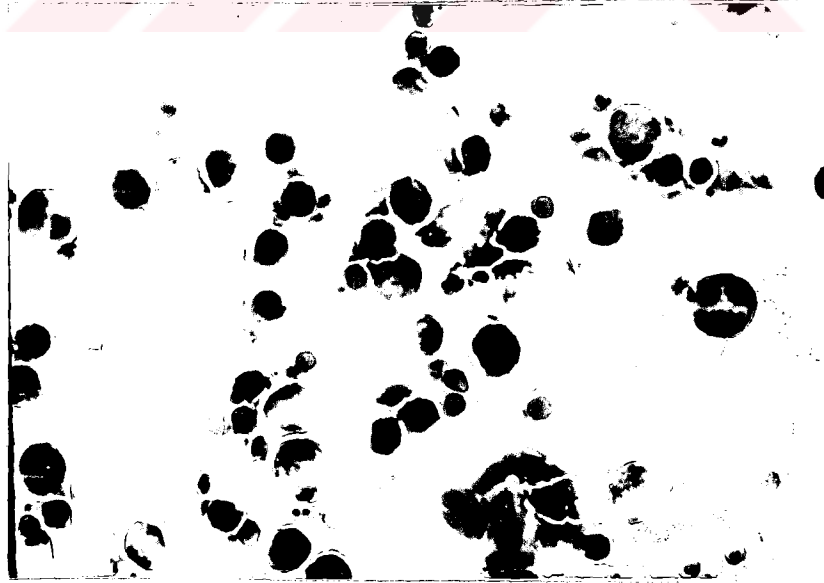
Resim - III : İğne koparma biopsisi uyguladığımız
olgulardan birisi (Miksoid Liposarkom)



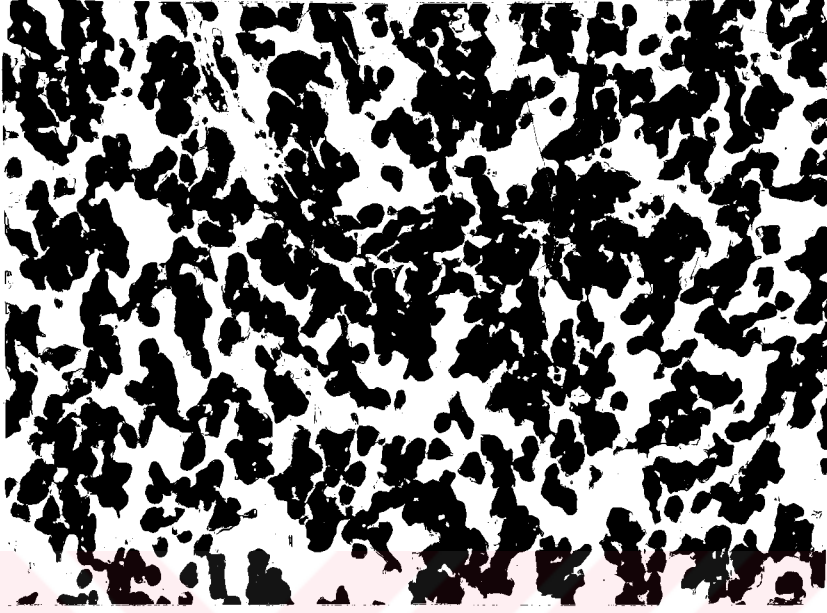
Resim - IV : Bir Retikülüm Hücreli Sarkom olgusunun iğne
koparma biopsisinin histopatolojik görünümü
(40 x , H.E.).



Resim - V : Aynı olgunun aynı yöntemle yapılan incelemesinin daha büyütülmüş görünümü (250 x, H.E.).



Resim - VI: Retikülüm Hücreli Sarkom olgusundan yapılan aspirasyon biopsisinin yayma preparatta görünümü (400 x Papanicolaou).



Resim - VII : Aynı Retikülüm Hücreleri Sarkom olgusundan
yapılan eksizyonel biopsinin görünümü (250 x H.E).

T A R T I Ő M A

Çalışma kapsamına aldığımız 50 olgu çeşitli özellikleri açısından incelenmiştir.

Yaş dağılımı tablosundan anlaşılacağı üzere, olgularımız 1-80 yaşlar arasındadır. Klinik ve polikliniğimize başvuran bu hastaların en yoğun olduğu yaş aralığı 31 - 60 grubudur. Olguların 27 si (% 54) bu yaş aralığında toplanırken, diğer yaş gruplarında da daha az oranda görülmüştür.

Cins dağılımında ise, toplam 50 olgumuzun 27 si (% 54) erkek, 23 ü (% 46) kadındır.

Olgularımız, histopatolojik yönden incelendiğinde 30 adedinin (% 60) malign , 20 adedinin (% 40) benign karakterde olduğu görülmüştür. Malign tümörler içinde en fazla görülen tip yassı hücreli kanserdir. Baş, boyun bölgesindeki diğer malign tümörler kâ, çeşitli karsinom ve sarkomlar daha az oranda görülmüşlerdir.

Benign olgular içinde benign mikst tümörler, tbc lenfadenitler ve non-spesifik lenfadenitler diğer olgulara oranla daha fazla bulunmuştur.

Olgularımızın hepsine iğne koparma biopsisini takiben, histopatolojik inceleme yapılmıştır. 30 u (% 60) malign, 20 si (% 40) benign olan 50 olgunun eksizyonel biopsi ve ameliyat materyelinin histopatolojik incelemeleri ile karşılaştırılmış ve řu sonuçlar elde edilmiştir.

40 Olguda (% 80) sonuçlar aynı çıkmıştır, yani iğne biopsisi ile konulan tanı, aynı olgunun eksizyonel biopsi veya ameliyat materyeli olarak incelenmesi sonucu da doğrulanmıştır. Biz, bunu doğru sonuç elde edilmiş şekilde belirtmekteyiz. Olgularımızın 10 tanesinde

(% 20) ise iğne biopsisi ile konulan tanı postoperatif tanı ile uyum göstermemiştir, yani iğne biopsisi ile benign olarak tanı konulan bu 10 olguda ameliyat materyellerinin incelenmesi malign bir tümörü ortaya koymuştur. Onun için biz bu duruma " yanlış - negatif sonuç " adını vermekteyiz.

Bu 50 olgumuzun hiçbirinde yanlış - pozitif sonuç elde etmedik. yani, iğne biopsisi ile malign tümör tanısı koyup, ameliyat sonucu benign tümör tanısı konulan hiçbir olgumuz olmamıştır.

50 olgumuzdan 15 tanesine ayrıca aspirasyon biopsisi yoluyla sitolojik inceleme yapılmıştır. 7 si (% 46) malign , 8 i (% 54) benign olan olgularımızın sitolojik tetkik sonuçları ile daha sonraki , eksizyonel biopsi ve ameliyat materyellerinin histopatolojik inceleme sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu durumda 8 olguda (% 54) doğru sonuç elde edilmiş, yani aspirasyon biopsisi (% 54) oranında preoperatif tanının konmasında yeterli olmuştur. 7 Olguda (% 46) ise , yanlış - negatif sonuç elde edilmiş, yani aspirasyonla benign tanı, ya da bir sonuca varılamayan olguların daha sonraki , histopatolojik incelemeleri bu olguların malign karakterde olduğunu göstermiştir.

Çalışma kapsamına aldığımız toplam 50 olgudan malign olan 30 olguya (% 60) iğne koparma biopsisi uygulanmıştır. Bu olgulardan 7 sinde (% 23) yanlış - negatif sonuç elde edilmiştir, yani iğne biopsisi yapılan 7 olgunun (% 23) incelenmesi ya benign karakterde bir lezyonu yansıtmış, ya da klinik tanımımızla çelişki içinde görülmüştür. Bundan sonra uygulanan eksizyonel biopsi ve ameliyat materyellerinin histopatolojik incelenmesi sonucu , bu olguların da gerçekte malign karakterde olduğunu ortaya koymuştur.

Yine, iğne koparma biopsisi yapılan 30 malign olgunun 23 ünde (% 77) pozitif (doğru) sonuç elde edilmiştir, yani bu olgularda iğne biopsisi ile lezyonun malign karakterde olduğu belirlenmiş, aynı tanı gerek eksizyonel biopsi ve gerekse ameliyat sonrası tetkiklerle doğrulanmıştır.

Bu 30 malign olgunun araştırması sırasında iğne biopsisi yöntemiyle hiç yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir, aksine iğne biopsisi malign olgularda % 77 oranında doğru sonuç vermekte, klinik tanıyı desteklemekte ve sonraki müdahaleye yol gösterici, yön verici olmaktadır. O halde iğne biopsisi malign olgularda büyük oranda tanıya götürülen bir tetkik yöntemi olarak kabul edilebilir.

BOWDEN, karaciğere uyguladığı 160 iğne biopsisi sonucunda % 78.1 oranında pozitif tanı koymuştur. BOWDEN eksploratris laparotomi endikasyonu varsa, buna gerek kalmadan iğne biopsisinin uygulanmasının tanıyı koymak için yeterli olduğunu söylemektedir (8).

CRILE, tiroid iğne biopsilerinden % 65 pozitif sonuç alınmıştır(9).

HAMLIN, yaptığı tiroid iğne biopsilerinde % 74 pozitif sonuç almıştır (25).

OFSTAD , 13 tiroid tümöründe uyguladığı iğne biopsilerinden % 100 pozitif sonuç elde etmiştir (33) .

ÖNAL, iğne biopsisinin kronik tiroiditlerin ayırıcı tanısında ve klinik olarak belirli inoperabl kabul edilen tiroid kanserli olgularda kullanılmasını tavsiye eder (34).

SINGH ve arkadaşları , tiroidde iğne biopsisi ile % 72 kesin tanı kaydetmişlerdir (37).

Boynun çeşitli üçgenlerde bulunan submandibuler kitlelerin tanısında, ayaktan gelen yatmayı ve açık biopsiyi reddeden hastalarda faydalı bir muayenehane işlemidir (20, 22, 29).

Çalışma kapsamına aldığımız toplam 50 olgudan malign karakterli olan 30 tenesinden 7 sine ayrıca aspirasyon biopsisi de uygulanmıştır. Ancak bu 7 olgudan 5 inde (% 71) yanlış - negatif sonuç elde edilmiştir, yani aspirasyon biopsisi benign bir lezyonun işaret ederken aynı ameliyat sonu incelenmesi malign bir tümörü göstermiştir. 7 olgunun 2 sinde (% 29) ise , doğru sonuç elde edilmiştir, yani aspirasyon biopsisi ve post - operatif tanı birbirini tutmuştur.

Bu çalışma grubunda yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir.

Bu çalışma ile ilgili olarak , aspirasyon biopsisinin tek başına malign olguların tanısında çok değerli olmadığı sonucuna vardık.

ACKERMAN, aspirasyon biopsisinin tekniğe alışkın personelin bulunduğu hastanelerde yapılmasını önerir ve klasik biopsinin yapılmadığı zamanlarda uygulanmalıdır der (1,2).

ATAY, aspirasyon biopsisi ile preoperatif tanı koyulduğunu ve histopatolojide " Frozen seksiyon " daki yanılgıları önlediğini belirtmektedir (3).

BANGSBO, klinik sitolojinin özellikle baş - boyun tümörlerinin klinik incelenmesinde değerli bir kaynak olduğunu ve metodun zararsız ve kısa sürdüğünü belirtmektedir (4, 29).

Aspirasyon biopsisi K.B.B. hekimleri ve patologlar tarafından fazla benimsenmemiş bir metoddur (5).

BERG, tecrübeli ellerde iğne aspirasyon biopsisinin açık cerrahi biopsi kadar tanıya yardımcı bir metod olabileceğini ifade eder (6).

ENEROTH ve arkadaşları, 910 tükruk bezi tümörlerinden aspirasyon biopsisi yapmışlar ve sitolojik sonuçların değerlendirilmesinde tümörlerde % 92 olguda pozitif sonuç elde etmişlerdir. Olguların % 8 inde sitolojik sonuç negatif olarak değerlendirilmiştir (15).

ENEROTH, tükruk bezlerinde yaptığı 45 olguluk çalışmasında Adenoid Kistik Karsinomanın sitolojik tanı kriterlerini belirtmiştir (13 , 40).

Yanlış - pozitif tümör tanısı olasılığı eğer patolog tükruk bezinin morfolojisini iyi biliyorsa yoktur (15).

Aspirasyon biopsisinin , 20 yıl kadar kullanılmasından sonra, bu metod parotis bezinde, parafarengeal bölgede , boyun bölgesinde ve damakta lokalize tümörlerin tanısında önem kazanmıştır. Ancak sadece müsbet sitolojik sonuçların gerçek bilgi verdiğini idrak etmek gerekir. Şayet tekrar edilen sitolojik raporlar, negatif ise, ve klinikle bağdaşamıyorsa eksizyonel biopsi yapılması gerekir. Hatta, aspirasyon biopsisinin en iyi tanı metodu sayıldığı bölgelerde dahi eksizyonel biopsisinin yerini alamaz (16).

ENEROTH ve arkadaşları, 34 Asinik hücreli tükruk bezi tümöründe yaptıkları aspirasyon biopsisinin sitolojik incelemesinde % 100 pozitif cevap almışlardır(17).

ENGZEL ve arkadaşları, boyundaki metastatik lenf bezi kanserlerinden yaptıkları aspirasyon biopsilerinden % 6.6 olguda yanlış - negatif sonuç elde etmişlerdir (18).

FRABLE, 84 baş-boyun malign tümürlü olgularda yaptığı aspirasyon biopsilerinde hiç yanlış - pozitif cevap almamış, yanlış - negatif sonuç oranı % 4 olmuştur (19).

ENEROTH ve ZAJICEK, 49 parotis tümörü üzerinde yaptıkları iğne aspirasyon biopsisinde 45 olguda Kistadenoma lenfomatozum ve 4 olguda da Onkositoma neticesini elde etmişlerdir (12).

GERSHENGORN ve arkadaşları tiroid nodüllerinden yaptıkları 50 aspirasyon biopsisinden 32 olguda (% 97) tatminkar sonuç elde etmişlerdir (21).

Aspirasyon biopsisi, primer ve metastatik kemik tümörlerinin tanısında uygulanabilem basit ve süratli bir dâagnostik tekniktir. Özellikle, diğer tekniklerin kullanılmasında bir kontr endikasyon varsa değer kazanır. Bu tekniğin kesinlik derecesi tecrübeli ellerde % 70 - 90 arasındadır (23).

HADJU ve arkadaşları, yaptıkları 996 aspirasyon biopsisi oâğusundan % 16 sına tanıdan emin olmak için eksizyonel biopsi yapmışlardır (24).

KOIVUNIEMI ve arkadaşları, baş - boyundaki 128 lezyondan aspirasyon biopsisi yapmışlar, malignite yönünden % 2.3 olgu yanlış - pozitif , % 5 .5 olgu yanlış - negatif sonuç vermiştir (26).

MAVEC ve arkadaşları, tükrük bezleri tümörlerine yaptıkları aspirasyon biopsilerinden % 92 oranında pozitif sonuç elde etmişlerdir (31).

SAMUEL , nazofarengeal tümörlerin cinsini tayinde aspirasyon biopsisininin faydalı olduğunu, fakat yeterli olmadığını ifade eder(35).

Aspirasyon biopsisi, iyi bir yardımcı metoddur, ancak tek başına güvenilmemelidir (38 , 39).

ZAJICEK ve arkadaşları, aspirasyon biopsisi ile tükrük besi mukoepidermoid kanserlerinin tanınabileceğini göstermişlerdir (40).

Çalışma kapsamındaki 50 olgudan benign olan 20 sine (% 40) çeşitli sayılarda iğne ve aspirasyon biopsisi uygulanmıştır. Bunlardan 3 ünde (%15) yanlış - negatif sonuç elde edilmiştir. Şöyleki; iğne biopsisi sonucu normal histolojik yapıları göstermesine rağmen , ameliyat materyellerinin incelenmesi, benign karakterli tümöral yapıları ortaya koymuştur. Aynı 20 hastanın 17 sinde (% 85) ise , doğru sonuç elde edilmiştir. Bu çalışma serisinde yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir. Bu çalışma serisinde sonuç olarak, iğne biopsisinin % 85 gibi yüksek bir oranda doğru tanıya götürdüğünü görmekteyiz.

Benign olgular içinde 8 ine aspirasyon biopsisi uygulanmıştır. Bunlardan 2 si (% 25) yanlış - negatif sonuç verirken, 6 sı (% 75) pozitif sonuç vermiştir. Yanlış - pozitif sonuç görülmemiştir. O halde bu çalışma serisindeki sonuçlara bakarak benign olgularda tek başına aspirasyon biopsisinin % 75 gibi yüksek bir oranda tanıya götürdüğünü görmekteyiz.

DECHAUME ve arkadaşları, tükrük bezlerinde yaptıkları aspirasyon-biopsileri ile lezyonların gelişimi hakkında' bilgi edinilebileceğini göstermişlerdir (11).

ENEROTH, 368 tükrük bezi Mikst tümör olgusunda (320 si primer, 48 i nüks) aspirasyon biopsilerinden elde edilen sitolojik sonuçlar ile histopatolojik bulguların karşılaştırılmasında primer olguların % 97.5 unda , nüks eden olguların % 89.6 sında tanımlandığını belirtmiştir (14)

S O N U Ç

Çalışmamız, kliniğimize 3 yıl içinde başvuran baş-boyun bölgesinde benign ya da malign tümör ihtiva eden tiplam 50 olgu üzerinde yapılmıştır. Olgularımız üzerinde fizik muayeneyi takiben

1 - İğne koparma biopsisi,

2 - Aspirasyon biopsisi,

gibi incelemeler teknik imkanların ve olguların elverdiği oranda çeşitli sayılarda uygulanmıştır. Bu nedenle olguların hepsine iğne koparma biopsisi 15 ine de ayrıca aspirasyon biopsisi yöntemiyle histopatolojik ve sitolojik tetkikler yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar olgu sayılarındaki farklılık göz önünde bulundurularak ayrı ayrı değerlendirilmiş ve eksizyonel biopsi ya da post-operatif ameliyat materyellerinin histopatolojik sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Neticede gerek iğne koparma ve gerekse aspirasyon biopsisi yöntemlerinin tümör tanısındaki yeri belirlemeğe çalışılmıştır.

50 olgunun, hepsine de iğne koparma biopsisi uygulanmıştır. Doğru tanı oranı 40 olgu ile % 80 malign olgularda % 75 , benign olgularda % 85 olarak belirlenmiştir. 10 olguda (% 20) ise, yanlış - negatif sonuç elde ettik. Yerli ve yabancı yayınları incelediğimizde buna benzer çalışma yapan ötürlerin genel olarak bu değerler çevresinde sonuçlar elde ettiğini görmekteyiz.

Olgularımızın 15 inde ayrıca, aspirasyon biopsisi yoluyla sitolojik inceleme yapılmıştır. Bu seride ise , tanıda doğruluk oranı % 52 (benign olgularda % 75, malign olgularda % 29) olarak bulunmuştur. Yine bu sonuçlar, literatürle karşılaştırılmış, benzer çalışmalarla mukayesesi yapılmıştır.

Netice olarak , bu iki yöntemi de onkoloji alanında tümör tanısı konusunda non-travmatizan olma, masraf gerektirmeme, zaman kaybını önleme gibi avantajları yanısıra tanı açısından da büyük oranda etkinliği olduğu kanısına varmış bulunmaktayız. Ancak, bununla birlikte daha da geliştirilmesine ve diğer uygulamalarla kombinasyonunun daha faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

L I T E R A T Ü R

- 1- ACKERMAN,L.V., del REGATO,J.A.:
" Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis".
The C.V. Mosby Co.St.Louis,65-66, 1967.
- 2- ACKERMAN,L.V.,del REGATO :
" J.N.Cancer.Diagnosis ,Treatment and Prognosis".
The C.V.,Mosby.Co.St.Louis, 33:168,176:203-205;
242,287;916-7., 1970,4th edition.
- 3- ATAY.Z.: "Sitoloji Konferansı"., Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi,9-13 Ekim 1978,T-Amfisi.
- 4- BANGSBO,C.,SORENSEN,H.:
"Clinical Cytology in head and neck tumors".
Copenhagen - PRACT.Oto-Rhino-Laryng., (Basel),
33/3 (222-228),1971.
- 5- BATSAKIS,J.G.:
"Tumors of the Head and Neck.Clinical and patho-
logic l Considerations".The Williams Co.,Baltimore,
Chapter. 1,33,1947.
- 6- BERG,J.W.,ROBBINS,G.F.:
"Alate look at the safety of aspiration biopsy"
Cancer,15: 826-827, 1962
- 7- BLUM,M.,GOLDMAN,A.B.HERSKOVIC,A.:
"Clinical Applications of Thyroi Echograpyhy".
New Ing.J.Med., 287 : 1164, 1972.
- 8- BOWDEN,L.,KRAVITZ,S.:
" Needle biopsy of the liver,A Diagnostic Aid
in the Treatment of Cancer". Cancer,A Jounal of
American Cancer Society., 5,5; 1010-1020,Sept.,1955.

9- CRILE,G.W.,Jr.VICKERY ,A.L.:

" Special Uses of Silverman Needle in Office
Practice and Operation Theatre".

Amer.J.Surg., 83:83, 1952.

10- CUHRUK,Ç.,ÖZKAN,A.U.,BACACI,K.K.,GERÇEKER,M.,GÜRSEL,O.:

"Larenks Lezyonlarının Tanısında Üçlü Yöntem

Uygulaması ve Sitolojinin Değeri".
Türk Oto-Rhino-Larengoloji Bülteni,163,2,2

Mayıs,Ağustos,1977.

11- DECHAUME,M.,PAYEN,J.,BONNEU,M.,DOZIN,A.:

" La Sialographie et la ponction biopsie dans le
diagnostic étiologique des affections chroniques
des glandes salivaires".

La presse Médicale, 91,66,2040,2043, 1958

12- ENEROTH,C.M., ZAJICEK.J.:

" Aspiration Biopsy of Salivary Gland Tumors"

II.Morphologic Studies on Smears and Histologic

Sections from Oncocytic Tumors (45 Cases of Papil-
lary Cystadenoma Lymphomatosum and 4 cases of
Oncocytoma ".

Acta Cytologica,9,5:355-361, 1965.

13- ENEROTH.C.M.ZAJICEK.:

"Aspiration Biopsy of Salivary Gland Tumors.

IV. Morphologic Studies on Smears and Histologic

Sections from 45 Cases of Adenoid Cystic Carcinoma".

Acta Cytologica.,13, 2: 59-63,1969.

14- ENEROTH,C.M.,ZAJICEK,J.:

" Aspiration Biopsy of Salivary Gland Tumors.

III,Morphologic Studies on Smears and Histologic
Sections from 368 Mixed Tumors".

Acta Cytologica, 10, 6: 400-454,1966.

- 15- ENEROTH,C.M., FRANZEN,S., ZAJICEK,J.:
- "Aspiration Biopsy of Salivary Gland Tumors.
A Critical review of 910 Biopsies".
Acta Cytol. (Balt.), 11/6,470-472,1967.
- 16- ENEROTH,C.M.:
- "Aspiration Biopsy of Head and Neck Tumors".
Dept.Otolaryngol., Karolinska Sjukh., Stockholm-
SVENSKS TANDLAK.T., 66/2,177-180,1973.
- 17- ENEROTH,C.M.,JAKOBSSON,P.and ZAJICEK,J.:
- "Aspiration Biopsy of Salivary Gland Tumors.
V. Morphologic Investigations on Smears and
Histologic Sections of Acinic Cell Carcinoma".
ACTA RADIOL.SER.DIAGN., Sup.310,85-93,1971.
18. ENGZELL,U.,JAKOBSSON,P.A., SIGURDSON,A., ZAJICEK,J.:
- "Aspiration Biopsy of Metastatic Carcinoma in
Lymph Nodes of the Neck".
Acta Otolaryng.,72:138 - 147,1971.
- 19- FRABLE,W.J.,FRABLE,M.A.:
- "Thin-needle Aspiration Biopsy in the Diagnosis of
Head and Neck Tumors".
The Laryngoscope, 84,7:1069-1077,July,1974.
- 20- FRIEDLANDER,A.H.:
- " Use of a Needle Biopsy in Oral and Maxillofacial
Surgery". Oral Surg., Northport,N.Y.
41/4, 411-415, April, 1976 .
- 21- GERSHENGORN,N.C., McCLUNG,M.R., CHU,E.W.et al :
- " Fine- Needle Aspiration Cytology in the Preoperative
Diagnosis of Thyroid Nodules".
Clin.Endocrinol.Branch,Nat.Inst.Arthr.Metab.
Digest.Dis.,NIH,Bethesda,Md.USA-ANN Intern.Med.,
87/3,266-269,1977.

22- GUPTA,S.K.,DUTTA,T.K.,AIKAT,M.et al.:

"Evaluation of Fine Needle Aspiration Biopsy
Technique in the Diagnosis of Tumors".

Indian J.Cancer, 12/3, 257-267, 1975.

23. HADJU,S.I.:

"Aspiration Biopsy of Primary Malignant Bone
Tumors". Frcnt. Radial.Ther.Oncol.(Basel),

10: 73-81, 1975.

24- HADJU,S.I.,MELAMED,M.R.:

"The Diagnostic Value of Aspiration Smears".

Am.J.Clin Pathol., 59: 350 - 356,1973.

25- HAMLIN,E.,Jr.,VICKERY,A.L.:

"Needle Biopsy of the Thyroid Gland".

New Eng. J.Med., 254: 742, 1956.

26- KOUIVUNIELMI,A.,SAKSELA,E.,HOLOPAINEN,E.:

"Cytological Aspiration Biopsy in Otorhinolaryn-
gological Practice.A Preliminary report with
Special Reference to Method".

Acta Otol., 263/189,1970.

27- KULAKOĞLU,F.:

"ASPIRASYON Biopsisi".

İhtisas tezi., Gülhane As.Tıp Akademisi Çene
Cerrahisi Kliniği., 1-18, 1956.

28- KÜÇÜKSU,M.N.,RUACAN,Ş.A.:

"Klinik Onkoloji". Türk Kanser Araştırma ve Savaş
Kurumu Yayınları. 92-112,1978.

29- MALBERGER,E.:

"Aspiration Cytology in the Diagnosis of Orofacial
Masses".

Int.J.Oral,Surg.,3/3,137-143,1974.

- 30- MARTIN,H.E.ELLIS,E.B.:
"Biopsy by Needle Puncture and Aspiration".
Ann.Surg., 92:169-181,1930.
- 31- MAVEC,P.,ENEROTH,C.M.,FRANZEN,S.,MALBERGER.G.,ZAJICEK,J.:
"Aspiration Biopsy of Salivary Gland Tumours.
1.Correlation of Cytologic Reports from 652 Aspiration Biopsy with Clinical and Histologic Findings".
Acta Oto - Laryng.(Stockh.), 58/6,471-484,1964.
- 32- NAYEK,A.M.:
"Symposium on: Advances in Otolaryngologic Diagnosis".
The Otolaryngologic Clinics of North America.
11.2:419-445,June,1978.
- 33- OFSTAD,E., BAARDSEN,A., REFSUMJr., S.B.:
"Cylinder-Biopsies in Thyroid Disorders.Preliminary Evaluation of the Technique".
Acta Chir.Scand., 139 : 148-154,1973.
- 34- ÖNAL,D.:
"Soliter Tiroid Nodülünün Teğhisi Yöntemleri ve Ameliyat Sonuçları ".
İhtisas Tezi., A.Ü.Tıp Fak.Genel Şirürji ve T.T.D. Kürsüsü., 12-14,1977.
- 35- SAMUEL , P.R.:
"Aspiration Biopsy. Añ Aid in the Diagnosis of Paranasal Tumours".
J.Laryng., 90/3, 253-256, 1976.
- 36- SILVERMAN,I.:
"A New Biopsy Needle"
Amer.J.Surg.,40,671,1938.
- 37- SINGH,P.,KHANNA.,S.D.,MANCHANDA,R.I.:
" Needle Biopsy of Thyroid ".
Arch.Surg., 91:646, 1965.

- 38- SKANDAMAKIS, J.E., GODWIN, J.T., ANDROULAKIS, J.A., GRAY., S.W.:
"The Differential Diagnosis of Tumours of the Neck ". *Progr.Clin.Cancer.*, 4:141-159, 1970
- 39- THOMSEN, J., ANDREASSEN, J.C., BANGSBO, C.:
" Fine Needle Aspiration Biopsy of Tumors of Head and Neck".
J.Laryng., 87/12, 1211-1216, 1973.
- 40- ZAJICEK, J., ENEROTH, C.M., JAKOBSSON, P.:
"Aspiration Biopsy of Salivary Gland Tumors. VI. Morphologic Studies on Smears and Histologic Sections from Mucoepidermoid Carcinoma".
Acta Cytol., (Balt.), 20/1, 35-41, 1976.