PAROTİS KİTLELERİNDE İĞNE ASPİRASYON BİOPSİSİ (*)

FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY OF PAROTID MASSES

Dr. Orhan YILMAZ, Dr. Mustafa SAATÇİ, Dr. Tevfik AKTÜRK, Dr. Çetin CUHRUK (**)

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi l : 72-75

***ÖZET**: Parotis kitlelerinin erken tanısı parotis neoplazilerinin özellikleri nedeniyle tedavi planında önemli yer tutmaktadır. Anamnez ve fizik muayenenin önemli ipuçları vermesine, gelişen Biyokimyasal tetkik ve Tıbbi görüntüleme yöntemlerine karşın tanı bazen çok güçleşmektedir. Günümüzde ise Parotis tümörleri histopatolojisi doğrultusunda tedavi edilmektedir. Bu nedenle optimal preoperatif tedavi planı ancak sitolojik tanı ile yapılabilmektedir.*

Bizde kliniğimizde 39 parotis kitlesine İğne Aspirasyonu uyguladık. 3 olgu da tanı konamazken diğer 33 olguya tanı konulmuştur. 3 olgu ise yetersiz materyel olarak değerlendirilmiştir. Yanlış pozitif sonuç almadığımız gibi herhangi komplikasyonla da karşılaşılmamıştır. Yüksek oranda spesivite (%87.8) ve sensitivite (%91.7) elde edilmiştir. Tıbbi görüntüleme yöntemlerinden sonra veya birlikte uygulanmasının yararlı olacağını savunmaktayız.

Sonuçta İğne aspirasyonunu kolay uygulanıp çabuk ve güvenilir sonuç veren ucuz bir tanı yöntemi olarak değerlendirmekteyiz.

***Anahtar Sözcükler** : Parotis, İğne aspirasyon biopsisi*

***SUMMARY:** The variations in the histological and biological behaviours of parotid masses implies the importance of 'early diagnosis' in treatment planning. in some occasions; the definite diagnosis can be difficult, in spite of the recent developments in conventional diagnostic a evaluation modalities. Histopathology of a parotid mass is one of the major factors that contribute to management and prognosis of the disease. Therefore, the optimum pre-operative treatment planning can be made with the cytological knowledge of a parotid mass.*

Fine needle aspiration cytology (FNAB} was performed in 39 consecutive parotid masses and defini te histopathologic diagnosis was made in 33 cases. There cases were diagnosed as insufficient material. No false positive results have been reported and no complication has been encountered with this modality. High sensitivity and spesifity rates were achieved; 87.8% and 91.7%, respectively. The effectiveness can be increased when FNAB is used in combination with medical imaging modalities. .

In conclusion, FNAB is a safe, rapid, reliable and cheap investigation, which can be considered in the diagnosis of parotid tumors.

***Key Words** : Parotid mass, Fine needle Aspiration cytology.*

*(*) 21. Ulusal Otorinolarengoloji Kongresinde sunulmuştur. 5-12 Ekim 1992 Antalya*

(**) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı ANKARA

GİRİŞ

Parotis kitlelerinin tedavisi, organın anatomik konumu ve tümörlerinin biyolojik davranış farklılıkları nedeniyle özellik taşımaktadır. Tedavinin esası kitlenin intraglandüler olup olmaması, fasial sinirle ilişkisi, inflamatuar veya neoplazik, benign yada malign oluşu ve özellikle malign tümörlerde tümörün histopatolojisine dayandırılmaktadır. Cerrahi tedavinin optimum planlanması ve tek seansta uygulanması; olası rekürrens, ve metastazlar açısından çok önemlidir (10,15,16). Bu durumda Preoperatif değerlendirmenin önemi bazen yaşamsal olarak değer kazanmaktadır. Hastanın verdiği anamnez, uyguladığımız fizik muayene ve Tıbbi görüntüleme yöntemleri çok önemli ipuçları verse de hemen çoğu kez sitolojik tanı koydurmaktan uzaktır. Yine bazı radyolojik yöntemlerin uygulama güçlüğü ve ekonomik yükü de preoperatif sitolojik tanıya olan gereksinimi arttırmaktadır (4).

Sitolojik tanı ise iğne aspirasyonu olarak 1950'li yıllarda İsveçli bilim adamlarınca ortaya atılmıştır (6). İlk yıllarda sık şekilde Baş boyun kitlelerinde de uygulanan bu teknik bu gün uygulananlara göre göreceli kalın (Wim Silverman) iğnelerle uygulandığı için ilk yılların hemen ardından tümör ekimi, yayımı ve komplikasyonları nedeniyle suçlanır olmuştur (18). Özellikle Amerikan ekolü bu yöntemi terketmiştir. Ancak uygulamaların artışı ve tekniğindeki gelişmeler nedeniyle son 15-20 yıldır yeniden eski popülaritesini kazanmaya başlamıştır. Yapılan kontrollü çalışmalar arttıkça ve bu çalışmalarda tanı doğruluğu ve komplikasyon azlığı gösterildikçe yeniden Baş-boyun kitleleri ve bu arada Parotis kitlelerinde uygulanmaya başlanmıştır (3, 7,12,17).

Bizde bu çalışmamızda, operasyon düşün düğümüz 39 Parotiste kitle olgusunda Preope ratif değerlendirmeye Sitolojik tanının katkısını görmek ve Sitolojik Histopatolojik tanı karşı laştırması ile iğne Aspirasyon Biopsisinin yarar lılığını araştırdık.

YÖNTEM VE GEREÇLER:

Şubat 1989-Mart 1991 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. polikliniğine Parotis kitlesi nedeniyle başvuran 39 olgunun ayrıntılı sorgulamaları sonrası sistemik muayeneleri yapılmış ve Klinik protokolü içinde Tıbbi Görüntüleme yöntemleri uygulanmıştır. Bu incelemeler sonrası Operasyonları planlanan hastalara preoperatif 24-72 saatte onayları alınarak iğne Aspirasyon Biopsisi önerilmiştir.

Olguların kitle bulunan parotisleri ve çevresi iyot-alkol ile temizlendikten sonra 4 cm uzunluğunda 21 Gauge iğneli 20 cc'lik Luerlock enjektör ile aspirasyon uygulanmıştır. Uygulamada anestezik madde kullanılmamıştır. Kitle parmaklar ile sıkıştırılıp sabitleştirildikten sonra iğne ile kitlenin içersine girilmiş ve burada negatif basınç uygulanmıştır. Bu sırada iğnenin sadece yönü değiştirilmektedir ve aspirasyon materyalinin tüm enjektöre yayılmaması için iğne enjektörden ayrılmakta, basınç giderildikten sonra yeniden takılarak bu kez iğne ile birlikte çıkarılmaktadır. Bu yöntem Zajicek'in 1974'te tanımladığı yöntemin modifikasyonudur (20).

Sonra aspirasyon materyali birkaç lam üze rine püskürtülmekle ve materyal bir başka lam ile tamamen yayılmaktadır. Kuru havada tespit edilen lamlar Fakültemiz Sitoloji bilim da lına ulaştırılmakta ve burada çoğunlukla Hematoksilen eozin yöntemi ile boyanarak Sitologlarca değerlendirmeye alınmaktadırlar. Sonuçlar Papanicolaou sınıflamasına göre beş kategoride değerlendirilmiş ve kesin tanı konabilenlere ayrıca tanı da bildirilmiştir.

Daha sonra tüm olgulara Parsiyel, Total veya Radikal parotidektomi uygulanmış ve çıkarılan kitleler Histopatolojik incelemeye alınmışlar. Tüm sonuçlar karşılaştırılarak Sitolojinin duyarlık ve özgüllüğü saptanmıştır.

BULGULAR:

Preoperatif olarak İğne Aspirasyonu uygulanan 39 olgunun 3'ünde (%8) yetersiz materyal bulunmuştur. 36 olgunun 33'ünde Malign veya benign şeklinde tanı konulmuş 3 olguda Sitolog neoplazi veya enflamasyon ayrımını yapamamıştır. 33 olgunun 12'si malign 21'i benign olarak değerlendirilmiştir. Bening olguların 19'unda Malign olguların 10'inde

Histolojik tanı konulabilmiştir. Sitoloji sonuçları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1 : İğne Aspirasyonu Sonuçları

	Olgu	%
• Yetersiz materyel	3/39	8
• Malign-benign ayırımı yok	3/36	8.3
• Hücre tipi belirlenen Malign	10/12	83.3
• Hücre tipi belirlenen Benign	19/21	90.5
• Malign-Benign Sensitivitesi	33/36	91.7
• Hücre tipi Spesivitesi	29/33	87.8

Histopatolojik tipleme yapılamayan iki Malign olgumuz. Adenoid kistik Ca. ve Mukoepidermoid Ca. olarak sonuçlanırken, Tiplenemeyen iki benign olgumuz ise Pleomorfik Adenom olarak belirlendi. Malign benign ayrımı yapılamayan üç olgumuzdan ikisi Pleomorfik adenom biri Warthin tümörü olarak sonuçlanmıştır. Yetersiz materyal diye tanımlanan olgular ise Bronkojenik kist, Duktal kist ve Pleomorfik adenom olarak sonuçlanmıştır.

Bu sonuçlarla Malign-benign sensitivite oranımız (33/36) %91,7 olarak bulunurken Histopatolojik Spesivite malign olgularda (10/12) %83.3, benign olgularda (19/21) %90.5 olarak bulunurken tüm olgularda Histopatolojik tipleme spesivitesi (29/33) %87.8 şeklinde bulunmuştur.

TARTIŞMA:

Parotis kitlelerinin anatomik, biyolojik özellikleri ve tümörlerinin davranış farklılıkları nedeniyle tedavi planlarının ve Cerrahisinin çok özenli olarak hazırlanması gerekir. Yetersiz cerrahinin benign olsun malign olsun hemen tüm neoplazilerde postoperatif sorunlara yol açtığı, morbidite hatta mortaliteye neden olduğu bilinmektedir. Nitekim aynı yönde kliniğimizde yapılmış bir araştırmada da uygun ve yeterli cerrahi uygulanmamış neoplazilerin belirgin nüksetme eğilimi taşıdıkları gösterilmiştir (5). Farklı histolojik neoplazilerin farklı şekilde davranmaları sonucu tedavi planı da önem kazanmaktadır. Parotis kitlelerinin tedavisi ayrıntılı sorgulama, fizik muayene ve yararlı Radyolojik tetkiklerden sonra planlanabilir. Ancak bu planlamalar da Sitolojik tanıyı vermekten çoğu kez uzatırlar. Özellikle klinik olarak malignite düşünülen kitlelerde Sitolojik tanı hemen hemen zorunlu olmaktadır.

Frozen section'un intraoperatif olduğu ve çoğu kez yeterli ve güvenilir sonuç vermediği de düşünülürse Preoperatif Sitolojik tanı için sadece İğne Aspirasyonu uygulanabilecektir. Bu yönteme alternatif olarak Stenon kanal ağzından yayma hazırlanıp tanıya gidilmesi düşünülmüşse de yapılan çalışmalar varsayım düzeyinde kalmış ve olumlu sonuç alınamamıştır. İğne Aspirasyon Biopsisi ise hakkında ilk yıllardaki olumsuz düşünceler teknik gelişimi nedeniyle ortadan kalkınca son yıllarda güvenilir ve klinik uygulamada yeri olan bir yöntem olmuştur. Yapılan çalışmalarda her ne kadar bazı tanımlama farklılıkları olsa da Sentivite (duyarlık) ve Spesivite (özgüllük) oranları %79 ile %100 arasında bulunmaktadır (1,2,3,9,10,11, 14,16,17,19).

Örneğin: Sismanis %87, fohns %90, Smallman %95, Boles %92, Rodriques %72, Frable %93, Berg %83, Young %92, Lau %84 ve Baatenburg ise %84 olarak bulmuşlardır (1,2,3, 9,10,11,14,16,17,19),

Klinik çalışmalarda kullanılan terimler bazı yanılmalara yol açabilmektedir. Bu tanımlardan bazıları şunlardır.

$$\text{Sensivite} = \frac{\text{Gerçek } (+)}{\text{Gerçek } (+) + \text{Yanlış } (-)}$$

$$\text{Spesivite} = \frac{\text{Gerçek } (-)}{\text{Gerçek } (-) + \text{Yanlış } (+)}$$

$$\text{Yanlış } (-) = \%\ 100 - \text{Spesivite}$$

$$\text{Yanlış } (+) = \%\ 100 - \text{Sensivite}$$

$$(+)\ \text{Predictive value} = \frac{\text{Gerçek } (+)}{\text{Gerçek } (+) + \text{Yanlış } (+)}$$

$$(-)\ \text{Predictive value} = \frac{\text{Gerçek } (-)}{\text{Gerçek } (-) + \text{Yanlış } (-)}$$

$$\text{Doğruluk oranı (accuracy rate)} = \frac{\text{Gerçek } (+) + \text{gerçek } (-)}{\text{gerçek}(+) + \text{gerçek}(-) + \text{yanlış}(-) + \text{Yanlış}(+)}$$

Klinik uygulamada tanım kargaşasına yol açmamak için kliniğimizde doğruluk oranını kullanmaktayız.

Yine bu çalışmalarda yanlış pozitif değerlendirmenin bulunmaması veya çok küçük oranlarda kalması, yanlış negatif olgularında düşük oranda olması ve de bunlarda yineleme yapılabilmesi yönteme olan güveni arttıran sonuçlardır. Son yıllarda bu teknik hakkında tüm kuşkuların giderilmesine karşın uygulamanın zamanlaması konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bir bölüm yazar Radyolojik tetkiklerden önce özellikle CT ve NMR gibi teknik güçlük ve yüksek ekonomi isteyen tetkiklerden önce, yapılmasını önermekte ve bu yöntemlere çoğu kez gerek bırakmayacağını bildirmekte iken (2,13), bir kısmı bu yöntemi Radyolojik yöntemlerin tamamlayıcısı olarak görmekte (3,17) ve diğer bir grup ise Radyolojinin İğne Aspirasyonu için yol gösterici, rehber, kılavuz olmasını ve birlikte uygulanmasını önermektedirler. Öyle ki bu şekilde uygulamanın tanı oranını yükselteceğini belirtmektedirler (1,2).

Ancak hemen bir çoğunun ortak düşüncesi uygulamanın (her ne kadar ekme, yayma olmasa da) operasyondan kısa bir süre önce yapılmasıdır (1,3,9,11,13,14,19).

Sonuçta bizde; İğne Aspirasyonunu kolay uygulayıp, çabuk ve güvenilir sonuç veren, hastaya ve hekime zaman kazandıran, ucuz ve risksiz erken tam aracı olarak değerlendiriyor, Görüntüleme yöntemlerini tamamlayan ve hatta onun yerine geçebilecek bir yöntem olarak görüyor; seçilmiş, şüpheli ve malignite düşündüren olgularda hemen mutlaka uygulanmasını öneriyoruz.

Yazışma Adresi : Dr. Orhan Yılmaz
Ankara Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı
06100 Ankara

KAYNAKLAR:

1. Baatenburg RJ, Rongen RJ, Venwoerd DA, Overhagen H, Lameris JS, Kneght P: Ultrasound-Guided Fine-needle aspiration biopsy of neck nodes. Arch. Otol. head and neck Surg, 117:402, 1991.
2. Berg HM, Jacops JB, Kaufman D, Reede DL: Correlation of fine needle aspiration biopsy and CT scanning of Parotid masses. Laryngoscope, 96:1357-1362, 1986.
3. Boles R: Needle biopsy of Salivary gland tumors. Controversy in Otolary. Snow JB (ed) WB Sounders comp. 1:87-90, 1980. Philadelphia.
4. Bryne Mn, Spector JG, Garvin CF, Gado MH: Preoperatif assessment. Laryngoscope 99:284-292, 1989.
5. Cuhruk Ç, Aktürk T, Esmer N, Yılmaz O, Saatçi M, Yorulmaz î: Ankara Ün. Tıp Fakültesi KBB kliniğinin Parotis tümörlerine yaklaşımı. Parotis bezi tümörleri ve Fonksiyonel Larenjektomiler Ent. Sınıp. 12-14 Haziran 1991. Ankara
6. Eneroth CM, Franzen S, Zajicek J: Cytologic Diagnosis on aspirate 1000 Salivary gland tumors. Acta Otolary. (suppl) 244: 168-171, 1967,
7. Engzell V, Esposti PL, Rubio C, et ali: Investigation on tümör spread in connection with aspiration biopsy. Acta Radiol, 10: 385-398, 1971.
8. Frable MA, Frable WJ: Fine needle aspiration biopsi revisited. Laryngoscope, 92:1414-1418, 1982.
9. Frable MA, Frable WJ: Fine needle aspiration biopsy of salivary glands. Laryngoccope, 101:245-249, 1991.
10. Johns ME, Kaplan MJ: Malignant neoplazms. Otolaryngology Head and Neck sur. Cummings CW (ed.) The CV Mosby comp. Vol 2, Ch 58, pp 1035-1069, 1986.
11. Lau T, Balle VH, Bretlau P: Fine needle aspiration biopsy in salivary gland tumours. Clin. Otolaryngol, 11:75, 1986.
12. Lindberg LG, Akerman M: Aspiration Cytology of salivary gland tumors, Laryngoscope, 86:584-594, 1976.
13. Owen ER, Banerjee AK, Prichard AJ, Hudson EA, Kark AE: Role of FNAC and CT in the diagnosis of parotîd swellings. Br. Jour. Sur, 76:1273-1274, 1989.
14. Rodriguez HP, Silver CE, Moisa ü, Chacho MS: Fine needle aspiration of Paıotid tumors. Am. Jour. of Surg, 158:342-344, 1989.
15. Seifert G, Miehlke A, Haubrich f, Chilla R: Diseases of the Salivary glands. Thieme inc. 1986. New York.
16. Sismanis A, Merriam J, Yamaguchi KT, Shapsay SM, Strong MS: Diagnostic value of fine needle aspiration biopsy in neoplazms of head and neck. Otolary, head and neck Surg, 89:62, 1981.
17. Smallman LA, Young JA, Oates J, Proops DW, Johnson AP: Fine needle aspiration cytology in the management ENTof patients. lour. of Lary. Otol, 102:909-913,1988.
18. Yamaguchi KT, Strong MS, Shapshay S, et ali: Seeding of Parotid carcinoma alang Vim-Silverman needle tract. J. otolaryngol, 8:49-56, 1979.
19. Young JA: Fine needle Aspiration Cytology of Salivary glands. Ear nose and throat Journal, 68:120, 1989.
20. Zajicek J, Eneroyh CM: Cytological Diagnosis of salivary gland carcinomata. Acta Otolary. (suppl) 263:183-185, 1970.