

BAŞ ve BOYUN KİTLELERİNDE İNCE İĞNE ASPİRASYON BİYOPSİSİ

FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN HEAD AND NECK MASSES

**Dr. Turgut ÖNDER (*), Dr. Davut AKTAŞ (*),
Dr. Ömer GÜNHAN (**), Dr. Yalçın ÖZKAPTAN (*)**

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 : 32-37

ÖZET : Kulak burun boğaz hastalıkları pratiğinde ince iğne aspirasyon biyopsi (İİAB) 'sinin tanıdaki etkinliği üç yılı aşkın bir sürede araştırıldı. Baş ve boyun bölgesinde tiroid dokusu hariç değişik bölgelerden 270 aspirasyon yapıldı ve bunlar uzman bir patolog tarafından değerlendirildi. Sitolojinin doğruluk oranı histopatolojik olarak malign olan lezyonlarda %81.58, benign olan lezyonlarda %88.6 olarak bulundu. Yalancı pozitif sonuca hiç rastlanmadı, yalancı pozitif sonuca hiç rastlanmadı, yalancı negatiflik oranı ise %1.16 (2 olgu) idi. Komplikasyona hiç rastlanmazken, teknik, hızlı, güvenilir ve ucuz bir yöntem olarak değerlendirildi

Anahtar Sözcükler : İnce iğne aspirasyon biopsisi, Baş boyun kitleleri

SUMMARY : A survey of the diagnostic value of fine needle aspiration cytology in ENT practice was carried out over a 3-year period. The 270 aspirates were taken from a variety of head and neck sites excluding thyroid and examined by the same pathologist. Cytology was accurate 81.58 % in histopathologically malignant lesions and 88.6 % in benign lesions, with 2 false negative (1.16 %) and no false positive results, There were no complications and the technique was found to be a rapid, safe and cost-effective diagnostic tool.

Key Words : Fine needle aspiration cytology , Head and neck masses.

GİRİŞ

Baş ve boyun kitlelerinin benign ve malign olduğunun önceden bilinmesinin uygulanacak tedavi modalitesi ve tedavi tekniğinin seçilmesinde büyük önemi vardır. Hastanın hikayesi, muayene bulguları ve radyolojik bulguları yönlendirici olsalarda çoğu kez yeterli değildir. Histopatolojik verilere daima ihtiyaç duyulur. Bu anlamda ensizyonel ve eksizyonel bir biyopsi uygulamak ise zaman zaman zorluklar gösterebilir, hatta hastanın yaşam süresini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca bu tür uygulamalarda tümörün avasküler alanlara yayılması, asıl cerrahi girişim sırasında fleplerin hazırlanması ve beslenmesi açısından problemlere neden olabilmektedir.

Baş boyun kitlelerinde pratik, çabuk, güvenilir ve cerrahi nitelikte olmayan histopatolojik

bir tanı yöntemine olan gereksinim, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) tekniğinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu tekniğin öncüsü sayılan Kun ilk defa 1847'de mikroskopik muayene için iğne ile alınan hücre örneklerinden bahsetmiştir (13). Greig ve Gray 1904'de aspirasyon tekniği ile lenf nodlarında tripanozomaların varlığını göstermişlerdir. Cerrahi tekniklerdeki hızlı ilerlemeler, mikrotomların geliştirilmesi 1850-1900 yılları arasında İİAB'ne alternatif teknikleri daha çekici hale getirmiş ve bu süre içinde tekniğin gelişimi yavaş olmuştur. 1930'larda Martin-Ellis ve Stewart yüksek doğruluk oranlarına sahip ilk geniş İİAB serilerini sunmuşlardır (13). Sonunda 1950'li yıllarda Franzen ve arkadaşları Karolinska Enstitüsü'nde bugünkü anlamıyla 20-22 gauge iğne ile yapılan İİAB tekniğini geliştirmişlerdir. Bunu takiben 1950-1960 yılları arasında pek çok Amerikalı doktor tekniği öğrenmek için İskandinav ülkelerine gelmişlerdir.

(*) Gülhane Askeri Tıp Akademisi KBB

(**) Patoloji Anabilim Dalı Etik - ANKARA

İİAB ülkemizde 1980'li yılların başında popüler olmaya başlamış ve kısa zamanda pek çok klinikte rutin uygulamaların içine girmiştir. Yapılan çalışmalarda tekniğin güvenilirliğinin yüksek olduğu bildirilmektedir (2, 5, 9, 11, 18, 19, 22)

Bu çalışmada, kliniğimizde 270 olguda uyguladığımız İİAB'lerinin neticelerini histopatolojik sonuçlarla karşılaştırdık ve tekniğin özelliklerini, baş boyun bölgesinde lokalize kitlelerinin tanısındaki güvenilirlik ve duyarlılığını gözden geçirmeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ekim 1990 - Kasım 1993 tarihleri arasında GATA KBB AD'nda 270 olguya İİAB uygulanmıştır. İİAB'lerinin sitolojik incelemesi GATA Patoloji AD'nda yapılmıştır.

Hastaların yaşları 11-76 yıl arasında olup, ortalama olarak 44 yıldır. Olgularda İİAB'nun yapılacağı lokalizasyonlar, tiroid dokusu hariç tutularak, maksillofasial bölge, tükürük bezleri ve boyun olmak üzere üç ana gruba ayrılmıştır. 270 olgu, İİAB neticeleri ve histopatolojik kesin tanıları açısından takip edilmişler ve sonuçlar karşılaştırılmıştır.

İİAB'nin yapılmasında 22 gauge iğne ve 10 cc'lik disposable enjektörler kullanılmıştır. Her olguda aspirasyon iki kere tekrarlanıp, her aspirasyondan da en az ikişer yayma yapılmıştır.

Yaymalardan birisi hemen alkol ile fikse edilmiş, diğeri havada kurutulmuştur. Daha sonra alkolde fikse edilen yayma Papanicoulau ve hematoksilen eosin ile boyanarak patoloğ tarafından değerlendirmeye hazır hale getirilmişlerdir (13, 15, 16). Aspirasyon materyallerinin tamamı sitopatoloji konusunda deneyimi olan aynı patoloğ tarafından incelenip rapor edilmiştir. Patoloğ aspirasyon yapılırken haberdar edilmiş ve acil olgularda aspirasyonun yapılmasını takiben 15 dakika içinde ilk değerlendirmeler alınmıştır.

Bu çalışmada İİAB tekniğinin tanı değerini ortaya koymak için tekniğin güvenilirlik ve duyarlılık oranları temel alınmıştır. Güvenilirlik bu teknikte malign veya benign olduğu belirtilen olguların, ne kadarının gerçek histopatolojik değerlendirilmede doğru çıktığını ifade eder. Duyarlılık ise İİAB ile gerçekte mevcut benign yada

malign olguların ne kadarının saptanabildiğinin ifadesidir.

Bunların yanı sıra olgularımızda İİAB'nin spesifik tanı konmasında ne derecede etkili olabildiği de araştırılmıştır.

BULGULAR ve SONUÇLAR

İİAB sonuçları değerlendirilirken olgular 4 ana grupta toplanmıştır; malignite yönünden pozitif (MYP) olgular, malignite yönünden negatif (MYN) olgular, kararsız kalman olgular ve yetersiz aspirasyon materyali elde edilen olgular.

Histopatolojik incelemelerinde malign ve benign olarak değerlendirilen lezyonlar kendi içlerinde İİAB sonuçlarıyla karşılaştırmışlardır. Histopatolojik olarak malign olduğu belirlenen 76 tümörün İİAB'lerinde 62 olgu (81.6 %) MYP, 2 olgu MYN olarak değerlendirilmiş, kalan 12 olguda (15.8 %) ise kararsız kalınması veya yetersiz materyal elde edilmesi nedeniyle İİAB netice vermemiştir. Benign lezyonlarda ise (n = 194) MYP sonuç hiç alınmamış, olguların 172 tanesi MYPN olarak değerlendirilmiş (88.6 %), 22 olguda ise teknik sonuç vermemiştir (Tablo - 1).

Histopatolojik değerlendirme sonuçları	İİAB DEĞERLENDİRMESİNDE ELDE EDİLEN SONUÇLAR			
	MYP	MYN	Sonuç alınmayan	
			Kararsız	Yetersiz
Malign tümör (n=76)	62	2	8	4
Benign tümör (n=194)	-	172	1	21

Çalışmamızda sonuçların değerlendirilmesinde farklı bir yaklaşım uygulanmıştır. Malign ve benign lezyonlarda testin güvenilirliği ve duyarlılığı ayrı ayrı hesaplanmıştır. Histopatolojik olarak malign olduğu kanıtlanan lezyonlarda İİAB'nin güvenilirliği 100 %'dür. Çünkü bu yöntemle İİAB ile malign denenen olguların tümünde (62 olgu) karar histopatolojik tetkikle doğrulanmıştır. Ancak, teknik histopatolojik olarak malign olan tümörlerin (76 olgu) %81.58'ini tesbit edebilmiştir. Yani duyarlılığı daha düşüktür. Benign lezyonlarda ise aynı yaklaşım içinde testin güvenilirliği 98.8 %, duyarlılığı ise 88,8 % olarak bulunmuştur.

Benign yada malign ayrımı yapmaksızın tüm olgularda testin güvenilirliği 99 %, duyarlılığı ise 87.7 % olarak bulunmuştur. Sadece 2 olguda yalancı negatiflik (1.16 %) söz konusu olmuş, yalancı pozitif sonuç elde edilmemiştir.

İİAB'nin tanısıl güvenilirliği araştırılırken, olgular aspirasyonun yapıldığı lokalizasyona göre 3 ana gruba ayrılmıştır. İİAB'lerinin 94'ü (34.8 %) maksillofasiyal bölgeden, 104'ü (38.5 %) parotis ve submandibuler bölgeden ve 72 tanesi (26.7 %) boyun bölgesinden alınmıştır. Malign ve benign lezyonlarda lokalizasyonlarına göre güvenilirlik sonuçları ve duyarlılık sonuçları student-t testi kullanılarak istatiki olarak araştırılmıştır. Gruplar arasında güvenilirlik ve duyarlılık açısından belirgin bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Histopatolojik olarak malign olduğu belirlenmiş 62 olgudan elde edilen İİAB materyallerinin incelenmesinde 44 olguda (70.9 %) spesifik tanı koymak mümkün olmuştur. Bunlar arasında yassı hücreli karsinom en sık karşılaşılan patoloji olmuştur (31.8 %). Bunu ikinci sıklıkla lenfomalar (25.0 %) ve üçüncü sırada da metastatik karsinoma olguları (1 1.3 %) izlemiştir (Tablo 2).

SPEŞİFİK TANI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Yassı hücreli karsinom	14	31.8 %
Lenfoma	11	25.0 %
Metastatik karsinom	13	35.0 %
İndiferansiyel karsinom	2	4.6 %
Adenoid kistik karsinom	1	2.3 %
Ewing sarkomu	1	2.3 %

Olguların 13 tanesi metastatik karsinomdur. Bu olguların 9'unda primer odağın baş boyun bölgesinde olduğu saptandı. Geri kalan vakaların 3'ü akciğer karsinomu (6.8 %), 1'i prostat karsinomu (2.3 %) idi.

İİAB yaptığımız 194 benign olgudan 136 (70.1 %)sına spesifik tanı aspirasyon materyalinin incelenmesi sonucu konmuştur (Tablo - 3). Benign lezyonlar arasında en sık rastlananlar kistik lezyonlar olmuştur (31.6 %). Nonspesifik inflamasyonlara ise ikinci sıklıkta rastlanmıştır (25 %). Kistik lezyonların 32 tanesi skuamöz epitel ile döşeli kistik lezyonlardır (74.5 %). 6 ta-

nesi brankiyal orijinli (13.9 %), 5 tanesi ise tiroglossal (11.6 %) orijinli kistlerdir.

SPEŞİFİK TANI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Kistik lezyonlar	43	31.6 %
Nonspesifik inflamasyon	14	25.0 %
Granümatöz infeksiyon	16	11.8 %
Normal tükrük bezi	13	9.5 %
Dev hücreli granülom	8	5.9 %
Reaktif lenfadenopati	6	4.4 %
Mukosel-retansiyon kisti	6	4.4 %
Fibroproliferatif lezyon	4	3.0 %
Lipom	2	1.5 %
Schwannoma	2	1.5 %
Miculicz hastalığı	1	0.7 %
Ameloblastoma	1	0.7 %

Granümatöz enfeksiyon saptanan olgulardan ikisinde basil boyamaları neticesinde tüberküloz basili izole edilerek tanı kondu. Schwannoma tanısı alan iki olgu da ise İİAB işlemi hastalar tarafından ağırlı olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Baş boyun bölgesinde lokalize bir şişlik, inflamatuvar bir olaya, kiste, benign ya da malign bir tümöre ait olabilir. Hastanın anamnezi, klinik muayene ve bulgular, laboratuvar, kitle ile ilgili bazı bilgiler verebilir. Ancak olguların çoğunda kesin tanı koyabilmek için morfolojik muayene gerekli olmaktadır. Ayrıca preoperatif değerlendirmede de kesin tanı, cerrahi tedavinin ve tekniğin belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Böylesi hastalarda insizyonel biyopsi tümörün çevresindeki avasküler alanlara yayılmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra oluşturulacak flepler açısından yetersizliklere de neden olabilmektedir. İİAB bu dezavantajlara sahi olmayan bir tanı yöntemi olarak gündeme gelmektedir (12, 13, 15, 18, 20, 23).

İİAB'nin doğruluk oranı literatürde %90'nın altında değildir (16). Yalancı pozitif sonuçlar hemen hiç denecek kadar azdır (Tablo - 4).

Otör	Olgu sayısı	Doğruluk oranı	Spesifisite	Sensitive
Frable ve Frable	567	98.0 %	99.3 %	97.9 %
Chu ve Hoyer	86	96.0 %	100.0 %	96.0 %
Frable	195	95.9 %	100.0 %	95.9 %
Young ve ark	513	94.5 %	97.1 %	91.5 %
Engzell ve ark	257	93.3 %	100.0 %	93.4 %
Meyers ve ark	78	90.0 %	100.0 %	90.0 %
O'Dwyer ve ark	341	90.0 %	94.0 %	73.0 %
Thompson ve ark	33	85.0 %	97.0 %	88.0 %

Testin güvenilirliği ve basitliği İİAB'nin en önemli özelliklerinden birisidir. Bizim çalışmamızda ve Tablo - 4'da da görüldüğü gibi yöntemin doğruluk oranı, yeterli aspirasyonun yapıldığı olgularda çok yüksektir.

Ancak burada bir değerlendirme farklılığı söz konusudur. Çünkü Tablo - 4'te sunulan çalışmalarda testin doğruluk oranı hesaplanırken kararsız ve şüpheli bulunan aspiratlar çalışmanın değerlendirilmesine dahil edilmemektedir. Biz ise çalışmamızda olaya klinisyen olarak yaklaştığımızdan, yetersiz ve kararsız olguları da katarak sonuçlarımızı vermekteyiz. Buna rağmen histopatolojik incelemelerinde malign oldukları belirlenen 76 olguda güvenilirlik oranımız 100 %'dir. Bunun yanı sıra İİAB neticelerimizde duyarlılık 81.58 % olarak bulunmuştur.

Benign lezyonlara gelince, bu grup İİAB'lerinin değerlendirilmesi açısından daha risklidir. Çünkü benign bir tümöre yalancı pozitif tanı verilme olasılığı, malign bir tümöre yalancı negatif tanı verme olasılığına göre daha ciddi sonuçlar verebilecektir. Ancak çalışmamızdaki 194 olgulu histopatolojik olarak benign olduğu gösterilen olguların hiçbirinde yalancı pozitifliğe rastlanmamıştır. İİAB ile benign lezyonun saptanmasındaki güvenilirlik oranı 99.1 %, duyarlılık oranımız ise 88.6 %'dir. Bu değerler göz önüne alındığında, komplikasyonsuz, ucuz, çabuk, basit bir işlem olmasıyla İİAB baş boyun kitleleriyle uğraşan hekimlere ışık tutucu görünmektedir.

Hekimin tekniği öğrenmesi çok kolaydır (3, 15, 22). Poliklinik şartlarında lokal anestezi gerekmezken seri olarak yapılır. Komplikasyon riski çok düşüktür. 270 olgumuzun hiçbirinde kanama problemi olmadı. İşlem sonrası sadece basit 1-2 dakikalık tamponman kanama kontrolü ve hematoma oluşumu önleme açısından yeterli bulundu.

Çalışmaya dahil edilen olguların hemen tamamı, tekniğin ağrı açısından dayanabilecek nitelikte olduğunu söylerken, 2 schwannoma olgusunda hastalar oldukça ağrı duyduklarını ifade ettiler. Biz bu olgularda ağrının tümörün doğasına bağlı olduğu kanısındayız. Frable ve Frable çalışmalarında ağrının oluşumuna etki eden faktörlerden bir diğeri olarak kullanılan iç-

nenin çapından bahsetmekte ve iğnenin çapı ile ters orantılı olarak ağrının miktarının azaldığını vurgulamaktadırlar (7, 8, 9).

İİAB teknik olarak çevre dokulara zarar vermez. Bu da girişimin insizyonele biyopsiye üstünlüğüdür (14, 16, 17). Yetersiz değerlendirilen ve / veya tedavinin seyrinin sık sık kontrol edilmesi gereken durumlarda İİAB defalarca tekrarlanabilir (15). Tekniğin kısa, çabuk değerlendirilebilir olması, hasta açısından da sonucun çabuk öğrenilebilmesi ve tanı hakkında ki anksiyetesinin ortadan kalkmasını sağlayacaktır.

Fried ve Patt İİAB'nin hamilelik, hipertansiyon, kalp yetmezliği gibi riskli durumlarda da rahatlıkla kullanılabilir olmasının, tekniğin bir diğer avantajı olduğunu bildirmişlerdir (10, 11). İİAB'nin maliyeti çok düşüktür (3). Coertel 1993 yılında yaptığı bir çalışmada, İİAB'nin ensizyonel biyopsiye oranla yaklaşık binde biri oranında daha ucuza mal olduğunu vurgulamıştır (13). Girişimin yapılması ve değerlendirilmesi esnasında hekimin zamanını almaz. Halbuki ek-sizyonel veya insizyonel biyopsi de ameliyathane ayarlanması, lokal veya genel anestezi gereksinimi, randevu verilmesi hastanın operasyon sonrası takibinin temin, birden fazla hekimin zamanının işgali, infeksiyon riski, ilaç kullanımı gibi girişimi pahalı ve zahmetli kılan pek çok faktör söz konusudur.

Elde edilen yaymalarda ilave boyamaların yapılması, elektron mikroskopik değerlendirmeler ve / veya immünohistokimyasal tekniklerin kullanılabilmesi de söz konusudur (8). Biz çalışmamızda granümatöz hastalık olarak düşündüğümüz olgularda (n=16) basil boyamaları dışında ilave teknik kullanmadık. Bu grup içinde 2 olguda basilin izolasyonu mümkün oldu.

Hastanın anamnezi, klinik muayenesi, biyopsiyi yapan hekimin gözlemi sitoloğu destekleyen ve yönlendiren çok önemli kriterlerdir. Hekim aspirasyon sırasında dokunun direnci, derinliği iğnenin doku içerisine girişi sırasındaki temas hissi ile lezyonun doğası hakkında bilgiler edinebilir. Tabiidir ki bu, girişimin rutin olarak yapılıyor olması ve tecrübenin artmasıyla mümkün olacaktır.

Kistik lezyonlarda kapsül direncinin geçilmesinden sonra, sıvı içinde iğne hareketlerinin rahatlığı gayet tipiktir (9). Solid tümörlerde ise iğne homojen bir yapının içinde hareket ediyor hissini verir. Girişim esnasında ağrının duyulması sinir trasele-rine yakın olunduğunu veya kitlenin natürünün sinir kılıflarından kaynaklanıyor olabileceğini düşündürür. Kemik doku biyopsilerinde ise, kemiğin kortikal kısmının kompaktlığından sonra tümörün daha az dirençli yapısını hissetmek ve iğnenin ucunu bu bölgede daha rahat hareket ettirmek söz konusudur (9).

Çalışmamızda yalancı pozitifliğe hist rastlanmazken, 2 olguda yalancı negatif sonuç alınmıştır (1.16 %). Bu iki olgu da tükrük bezi tümörü olup, ikisi de İİAB değerlendirmesinde pleomorfik adenom olarak düşünülmüştür. Bu olguların histopatolojik takiplerinde birisinin adenocarcinoma ex pleomorfik adenoma diğerinin ise düşük dereceli mukoeypidernoid karsinoma olduğu dikkati çekmiştir.

İİAB yapılırken küçük, derin yerleşimli kitelerde tekniğin başarısı düşmektedir. Ancak böylesi olgularda, Baatenburg de Jong ve ark, Fried ve Ferenc ultrason, magnetik görüntüleme gibi radyolojik yöntemlerle tekniğin başarısını artırdığını belirtmektedirler (1, 10). Bu çalışmada lezyonların herbiri inspeksiyon ve palpasyon ile değerlendirilebilir olduklarından radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmamıştır.

İİAB'nde kontrendikasyon yoktur. Ancak vasküler orijinli olabileceği düşünülen olgularda dikkatli olmak gerekir. Bu amaçla kitlenin pusa-til olup olmadığı, büyük arter ve venlerle komşuluğu araştırılmalıdır.

Girişimin tanıda yüksek doğruluk oranına sahip olması ve oldukça hassas olmasına karşın, en önemli konu negatif sonuç alınan olgularda, eğer klinisyen farklı düşünüyorsa negatifliğin hiçbir anlamı yoktur. En azından İİAB tekrarlanmalı gerekirse insizyonel veya eksizyonel biyopsiler yapılmalıdır.

Bu çalışmada histopatolojik olarak malign olduğu gösterilen olguların (n=76) 14'ünde (18.4 %) İİAB ya yetersiz sonuç vermiş (n=4), ya da kararsız kalmış (n=8). ayrıca 2 olguda da yalancı negatif sonuç vermiştir. Burada diğer çalış-

malardan olan farkımız tekrar ortaya çıkmaktadır. Çünkü yerli ve yabancı literatürde yetersiz ve kararsız kalınan olgular sonuçların değerlendirilmesine dahil edilmemektedir. Bu da bizim sonuçlarımızın literatüre göre neden daha düşük olduğunu izah etmektedir.

Bu tanı yönteminin bu kadar doğru sonuç vermesi, basit ve çabuk bir teknik olmasına karşın, tümörün iğne yolunca yayılma riskinin varlığı hekimleri testin uygulanması konusunda tereddütlere sevk etmektedir. Ancak bu şekilde rapor edilmiş olguların sayısı onbinlerce vakalık seriler içinde üçü geçmemektedir (11). Ferrucci, Reincke, Wolarsky ve Smith iğne yolundan inokulasyona ait sporadik olguları yayınlamışlardır (6, 14, 17, 21). Bu olgularda problemin, iki olguda akciğer diğer iki olguda batın gibi derin dokulardan yapılmış olması ve daha geniş çaplı iğnelerin kullanılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Böylesi riskli olgularda takip edilecek yöntem iğne yolunun işaretlenmesi ve cerrahi sırasında eksize edilen tümörle birlikte iğne yolunun en blok çıkarılmasıdır. Bizim de kullandığımız şekilde 22 veya 24 gauge iğnelerin bu riski azalttığına inanılmaktadır (7, 8, 13).

Tümör hücrelerinin çevre dokulara ve subkutan dokulara implantasyonunu önlemede dikkat edilecek hususlardan birisi de, iğneyi geri çekirken enjektörde negatif basıncın bulunmamasıdır. Bunun için aspirasyon işlemi tamamlandıktan sonra piston, iğne ucu kitlenin içindeyken yavaşça bırakılır ve daha sonra iğne çıkartılır. Negatif basıncın iğnenin ucu çevre dokudayken veya subkutan doku içindeyken bırakılması tümör hücrelerinin bu dokulara implante olması na neden olacaktır. Çalışmamızda bu teknik uygulanmış ve çıkarılan spesimenlerin hiçbirisinde tümör hücresi implantasyonuna histopatolojik olarak rastlanmamıştır.

İİAB sadece preoperatif değerlendirmede bir öneme sahip değildir. Bazı kistik lezyonlarda. örneğin bazı brankiyal ve tiroglossal kistlerde, maksiller sinüs içindeki retansiyon kistlerinde tedavi alternatiflerinden birini oluşturur (4). Bu çalışmaya dahil edilen 40 maksiller olgunun 28'i retansiyon kisti olup, tedavilerinde aspirasyon işlemi yeterli olmuştur. Ayrıca kistik orijinli 15 olgunun 4'ünde aspirasyonu takiben kitlenin

kaybolması ve morfolojik incelemenin lezyonun kistik natürünü doğrulaması üzerine cerrahi tedavi ertelenerek hastalar takibe alınmıştır. 6 aylık süre boyunca lezyonlardan sadece birinde nüks gözlenerek hastaya operasyon önerilmiştir, diğer olgularda ise nüks gözlenmemiştir.

İİAB diğer endikasyonlarının haricinde, nükslerin takibi, kemoterapi ve radyoterapiye tümörlerin cevaplarının kontrolünün gerektiği durumlarda, inflamasyonların değerlendirilmesinde gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesinde, cerrahi olarak rezeke edilemeyecek tümör dokularının tanısında da kullanılabilir (16, 20, 23).

Tüm bu verilerin ışığı altında, bu çalışmada İİAB'nin baş boyun kuleleriyle uğraşan hekimin önemli tanı kriterlerinden biri olduğunu görmekteyiz. Her ne kadar; İİAB'nde ilk hedef lezyonun malign olup olmadığının ayırt edilmesi olsa da, girişim özellikle başarılı sitologların elinde spesifik tanı değeri de taşımaktadır. Ancak aspirasyonun özenle yapılması ve dikkatle değerlendirilmesi, klinik muayene ve değerlendirmenin tam olması, klinisyen ve sitoloğun tam bir uyum içinde çalışması doğruluk ve güvenilirlik oranının yüksek olmasını mümkün kılacaktır.

Yazışma Adresi : Dr. Turgut ÖNDER
GATA KBB AD 06018 - Etlik, ANKARA

KAYNAKLAR

1. BAATENBURG DE JONG RJ, RONGEN RJ, VERWOERD CDA, OVERHANGEN H, LAMERIS JS, KNEGT P : Ultrasound - guided fine needle aspiration biopsy of neck nodes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 117 : 402-404, 1991,
2. BEDER E, EKİNCİ C, YILMAZ O, SAATÇI M, DURSUN G : Nazofarenks kanserinde aspirasyon sitolojisi. 20. Ulusal Otolaringoloji Kongresi Tutanakları 1988 s : 45-46
3. COERTEL Y, ZORSKY PE : Fine needle aspiration as a means to cost-effective health care, *Southern Medical Journal* 86 (3) : 282-284, 1993.
4. DEJMEK A, LINDHOLM K : Fine needle aspiration biopsy of cystic lesions of the head and neck, excluding thyroid. *Acta Cytologica* 34 (3) : 443 - 448 , 1990.
5. ERSÖZ C, SOYLU L, COŞAR EF, ÖZSAHİNOĞLU C : Pleoformik adenomada ince iğne aspirasyon sitolojisinin tanısal değeri. *Türk Otolaringoloji Arşivi* 31:188-191, 1993
6. FERRUCCI J, WILTENBERG J, MARGOLIES M, et al : Malignant seeding of the tract after thin-needle aspiration biopsy. *Radiology* 130:345, 1979.
- 7- FRABLE W, FRABLE M: thin needle aspiration biopsy. The diagnosis of head and neck tumors, *Laryngoscope* 84:1069. 1974,
8. FRABLE W, FRABLE M : Thin needle aspiration biopsy. the diagnosis of head and neck tumors revisited, *Cancer* 43:1541, 1979.
9. GÜNHAN Ö, DOĞAN N, CELASUN B, ŞENGÜN O, ÖNDER T, FİNCİ R '. Fine needle aspiration cytology of oral cavity and jaw bone lesions : A report of 102 cases. *Acta Cytologica* 37 (2) : 135-141. 1993.
10. FRIED MP FERENC AJ : Image guided intervention for diagnosis and treatment of disorders of the head and neck. *Laryngoscope* 103:924-927. 1993,
11. ÖZERİ C, SAMİ E, ERYILMAZ A, DERE H, KOCAOĞLU A, GÜREL T, DOĞRU H ; Baş boyun kanserlerinde ince iğne aspirasyon biopsisinin tanısal değeri, 20. Ulusal Otolaringoloji Kongresi Tutanakları 1989, s:108-109
12. PATT BS, STEVEN DS, VUITE F : Role of fine-needle aspiration in the evaluation of neck masses. *Medical Clinics of North America* 77 (3) : 611-623. 1993,
13. PLATT JC, DAVIDSON D, NEVON CL, WEISBERGER E : Fine needle aspiration biopsy : an analysis of 89 head and neck masses. *J Oral Maxillofac Surg* 48:720-706. 1990.
14. REINCKE J : Zwei faile von kresbsimfung in punctionskanalen bei carcinomatosen peritonitis. *Virchows Arch* 51:319. 1970.
15. SILVERMAN JF, FINLEY JL, O'BRIEN KF, DABUS DJ, PARK HK, LARKIN EW, NORRIS UT ; Diagnostic accuracy and role of immediate interpretation of fine needle aspiration biopsy specimens from various sites. *Acta Cytologica* 33 (6) : 791-796. 1989.
16. SISMANIS A, STRONG MS, MERRIAM J : Fine needle aspiration biopsy diagnosis of neck masses. *Otolaryngologic Clinics of North America* 13 (3) : 421-429, 1980.
17. SMITH FP, MACDONALD JS, SCHEIN PS et al : Cutaneous seeding of pancreatic cancer by skinny needle aspiration biopsy. *Arch Intern Med* 140:855. 1989.
18. ÜNAL A, GÜRKAN Y, İNCE Ü, ÖZGÜN T : Baş ve boyun kitlelerinin aspirasyon sitolojisi. *Türk ORL Arşivi* 29:176-178, 1991.
19. ÜNLÜ H, BAKIR K, ÖZGİRGİN N, NALÇA Y, AKSOY K : Boyun kitlelerinin değerlendirilmesinde iğne aspirasyon biopsisinin tanı değeri. *Türk Otolaringoloji Arşivi* 3 (3) : 78-81, 1989,
20. WILSON JA, MCLNTYRE MA, VON HAACKE NP ; Fine needle aspiration biopsy and the otolaryngologist. *The Journal of Laryngology and Otolaryngology* 101:595-600. 1985,
21. WOLARSKY H, LISCHNER MW; Needle track implantation of tumor after percutaneous lung biopsy. *Ann Intern Med* 71:359, 1969,
22. YILMAZ O, SAATÇI M, AKTÜRK T, CUHRUK Ç : Parotis kitlelerinde iğne aspirasyon biopsisi. *Türk Otolaringoloji Arşivi* 1 (2) : 72-75. 1993
23. YOUNG JA, ARCHIBALD SD, SHIER KJ: Needle aspiration cytologic biopsy in head and neck masses. *The American Journal of Surgery* 142:484-489. 1981.