

Tiroid Nodüllerinde İnce İğne Aspirasyon Biopsisinin Preoperatif Tanı Değerleri

Gürkan YETKİN, Adnan İŞGÖR, Ekrem SEZGİN, Akın KAYA

Şişli Etfal Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği

ÖZET

Şişli Etfal Hastanesi 3. Genel Cerrahi kliniğinde Şubat 1992 - Temmuz 1994 tarihleri arasında 66 noduler guatrılı hasta preoperatif dönemde ince iğne aspirasyon biopsisi (İİAB) yapılarak değerlendirildi. 16 hasta ameliyat edilmeyip, izlendi. Opere edilen 50 hasta preoperatif uygulanan tiroidoktemi materyalinin histopatolojik sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

Bu çalışma İİAB'de yanlış negatiflik % 4, yanlış pozitiflik % 0 olarak bulundu. Duyarlılık % 50, spesifikklik % 100, kesinlik % 69 olarak bulundu.

Sonuç olarak: Tiroid nodüllerinin preoperatif değerlendirilmesinde, İİAB yönteminin kullanılmasyla, gereksiz cerrahi girişimlerin azalacağı, buna karşın malign nodüllerin daha erken tanınip, etkili olarak tedavi edileceği kanısına varıldı.

SUMMARY

Preoperatif Diagnostic Value of the Fine Needle Aspiration Biopsy in the Thyroid Nodules

66 Patients who were admitted to Şişli Etfal Hospital 3. General Surgery Department with a diagnosis of noduler goitre between February 1992 and July 1994, underwent fine needle aspiration biopsy (FNAB) preoperatively. 16 patients were followed without being operated, in the 50 patients who had an operation cytological findings from FNAB were compared to the histopathological findings from postoperative thyroidectomy material.

It was found FNAB had false positive results in % 4 of the patients while false negativity was % 0. Therefore spesificity of FNAB was found to be % 100 whereas sensitivity was % 50 that malignant nodules, which can be recognized earlier treated more efficiently.

GİRİŞ

Endokrin hastalıklar içinde önemli bir yer tutan tiroid hastalıkları yurdumuzda da oldukça sık görülmektedir.

Nodüler karakterde büyümüş olan tiroidlerde en önemli sorun tedavinin planlanmasıdır. Özellikle nodülün malign olup olmadığının bilinmesi seçilecek tedaviyi yönlendirecektir. Bu nedenle tiroid nodüllerinin preoperatif değerlendirilmesine sitopatolojik incelemeye olanak veren İİAB birçok merkezde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (1, 8, 10).

Bu çalışmada, kolay uygulanabilir, ucuz ve komplikasyon oranı yok denecek kadar az olan İİAB'nin ti-

roid nodüllerinde preoperatif tanı değerinin irdelenmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Şubat 1992 - Temmuz 1994 tarihleri arasında Şişli Etfal Hastanesi 3. Genel Cerrahi kliniğine başvuran 66 nodüler guatrılı hastaya preoperatif dönemde ince iğne aspirasyon biopsisi uygulandı.

Hastaların 61'i kadın (% 92.4) 5'i erkekti (% 7.57). En genç hasta 15, en yaşlı hasta 69 yaşındaydı. Yaş ortalaması 41.8 idi.

66 hastanın 15'inde klinik muayene ve sintigrafi ile hipoaktif tek nodül saptanırken, 51 olguda multinodüler guatr mevcuttu. Hastaların 50'si opere edildi. 16 tanesi ise klinik gözleme alındı. Opere edilen

hastalarda elde edilen histolojik tanı, İİAB'deki sitolojik tanı ile karşılaştırıldı.

İİAB tekniği:

Sırtüstü yatan hastada baş ekstansiyona getirildi. Tiroid muayene edilerek nodül tesbit edildikten sonra, nodüllün en belirgin yerinden 21 nolu iğne ile kitleye girildi. Enjektöre negatif basınç uygulanırken, iğne uzun eksenini boyunca çeşitli yönlere hareket ettirildi. Böylece kitlenin değişik yerlerden fazla miktarda materyal alınmış oldu. Negatif basınca son verilirken iğne nodülden çıkarıldı. Daha sonra iğne enjektörden ayrılarak bir miktar hava çekildi ve yeniden iğne takıldıktan sonra içindeki materyal bir lam üzerine püskürtüldü. Diğer bir lamla materyalin yayılması yapıldı. Materyal alkol ile fikse edilerek patoloji laboratuvarına gönderildi. Biopsi yapılan yere 5 dakika kadar basınç uygulanarak hemostaz sağlandı.

Sitolojik bulgular aşağıdaki şekilde değerlendirildi:

1- Yetersiz preparat: Şekilli kan elemanları bulunan preparat.

2- Bening preparat: Tek tek veya gruplar halinde normal görünümlü hücreler içeren preparat.

3- Malign preparat: Nukleusların şekil, büyüklük, kromatin yapısı gibi özellikleri veya tipe özel görüntüleri ile malignite gösteren hücreler içeren preparat.

4- Şüpheli preparat: Nukleusu, şekil, büyüklük vs. yönüyle irregularite gösteren hücreler içeren veya hipersellüler görünümü olan preparat.

BULGULAR

İİAB uygulanan 66 hastadan 16'sı ameliyata alınmamış ve belli aralıklarla kontrol edildi. Geriye kalan 50 olgu ise ameliyat edilerek çalışma kapsamına alındı.

Çalışmaya alınan 50 hastanın İİAB'sinin sitolojik incelemesinde 48 olgu benign, 1 olgu malign, 1 olgu şüpheli rapor edilmiştir.

Sitolojik olarak benign rapor edilen 48 olgunun pisleslerinin histopatolojik incelenmesinde 46'sında benign kolloidal guatr, birinde meduller karsinom, bir olguda ise papiller karsinom saptandı (Tablo-1).

Preoperatif olarak İİAB'si malign rapor edilen olgunun histopatolojik değerlendirilmesinde foliküler karsinom tesbit edildi. Sitolojisi şüpheli olarak değerlendirilen bir olgunun histopatolojisinde Hurthle hücreli adenom saptandı.

Bu bulgularla, doğru negatif olguların sayısı 46 iken yanlış negatif olgu sayısı 2 olarak saptandı. Doğru pozitif olguların sayısı 2 iken, yanlış pozitif olguların sayısı 0 idi. Bu verilerle çalışmamızda, İİAB'de duyarlılık % 50, spesiflik % 100, kesinlik % 96 olarak saptandı. Yanlış negatif oranı % 4, yanlış pozitif oranı % 0 idi.

Çalışmamızda hiçbir hastada komplikasyon gözlenmedi.

Tablo I: İİAB sitoloji ile histopatolojik sonuçların karşılaştırılması.

Sınıflandırma	İİAB	Histopatolojik tanı	
		Bening	Malign
Benign	48	46	2
Malign	1	-	1
Şüpheli	1	1	-
TOPLAM	50	47	3

TARTIŞMA

Son yılların tiroid nodüllerinin tanısında İİAB giderek önem kazanmaktadır. İİAB'de amaç preoperatif dönemde malignite saptayıp, tedavi planını belirlemek ve gereksiz ameliyatları önlemektir (4, 14). Ancak yine de İİAB gereksiz ameliyatları tamamen önleyemez. Çeşitli yayınlarda yanlış negatiflik oranı % 3.3 ile % 16.7 arasında bildirilmektedir (1, 10, 13). Bundan dolayı benign İİAB tanısı almış birçok kişiye cerrahi girişim yapılmaktadır. Bu seride yanlış negatif oranı % 4 olarak saptandı. Literatürde yanlış pozitif oranı % 0 - 30 arası bildirilmektedir. Bu fark tecrübe ve sınıflandırma sistemlerine ve hesaplama metodlarına bağlıdır. Bu serilerdeki yüksek pozitif oranın sebebi olarak, neoplaziyi kaçırmamak için gösterilen duyarlılık ileri sürülmüştür. Bunun sonucu olarak foliküler tip hipersellülarite, çok az veya hiç kolloid içermeyen yaymalar neoplazi olarak değerlendirilmiştir (7, 9, 12). Sunulan seride bu oran % 0 olarak saptandı. Oranın düşük olması hasta sayısının az olması ile açıklanabilir.

Tiroid nodüllü hastalarda cerrahi girişim planlanır; klinik bulgular, tiroid sintigrafi bulguları ve İİAB sonuçları birlikte değerlendirilmelidir (5, 6).

Sıcak nodülü olan hastalarda, sadece pozitif biopsilerde ameliyat önerilmektedir. Soğuk nodülü olan hastalarda ise, cerrahi girişim gerekliliği nodülün solid veya kistik olmasına göre değişmektedir. Pozitif veya şüpheli sitolojik soğuk, solid nodüller cerrahi girişim gerektirmektedir. Negatif sitoloji durumunda ise hasta gözleme alınır ve İİAB tekrarlanır. Eğer nodül büyür ve pozitif veya şüpheli sitoloji biopsi elde edilirse cerrahi önerilir. Kaybolan veya küçülen kistik lezyonlu hastalar ise izlenmelidir. Bu lezyonların tekrar veya pozitif/şüpheli sitoloji göstermeleri halinde operasyon gerekir (1, 2, 13, 15).

İİAB'nin tiroid cerrahisine etkisini araştırmak için çalışmalar bu yöntemin kullanılmasıyla, nodüler guatr için yapılan girişimlerin % 25 oranında azaldığını, buna karşın neoplazi için yapılan ameliyatlardan % 31'den % 50'ye çıktığını göstermiştir (3, 8, 14).

Literatürde İİAB sonuçları değerlendirilirken duyarlılık % 79-% 93, spesifiklik % 88-% 99, kesinlik % 70-% 90 olarak bildirilmektedir (3, 11, 12). Çalışmamızda ise duyarlılık % 50, spesifiklik % 100, kesinlik % 96 olarak saptandı.

Sonuç olarak, tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde, malignitenin erken tanısında ve cerrahi girişimin planlanmasında İİAB'nin ucuz ve kolay uygulanabilir bir tanı yöntemi olduğu kanısına varıldı.

KAYNAKLAR

- 1- AbuNema T, Ayyash K, Tibblin S: Role of aspiration biopsy cytology in the diagnosis of cold solitary thyroid nodules. Br J Surg 74 : 203, 1987.
- 2- Arginin M, Behar R, Wu T et al: Hurthle cell tumors; A twenty-five years experience Surgery 100: 1108-1112, 1986.
- 3- Asp A, Geogitis W, Waldron E: Fine needle aspiration of the thyroid used in avagare health care facility. Am J Med 83, 489-493, 1987.
- 4- Bachdal M, Walling G, Löwhgen T, et al: Fine needle biopsy cytology and DNA analysis Surg Clin North Am, 67: 197-210, 1987.
- 5- Gharib H, Goeliner R: J, Zinmeister R: A et al: Fine needle aspiration biopsy of the thyroid; The problem of suspicious cytologic findings AnnIntern Med 101: 25-28, 1984.
- 6- Greenspan F.S: The problem of the nodular goitre Med Clin North Am 1: 195-209, 1991.
- 7- Hal L.T, Layfield J.L, Philippe A, Rosenthal L.D: Sources of diagnostic errors in fine needle aspiration of the thyroid. Cancer 63: 718-725, 1989.
- 8- Hamburger I.J: Consistency of sequential needle biopsy findings for thyroid nodules. Management implications, Arch intern Med 147: 97-99, 1987.
- 9- Hawkin F, Bellido D, Bermal C et al: Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of thyroid cancer and thyroid disease Cancer 59: 1206-1209, 1987.
- 10- Kaynaroğlu Z.V, Everdi N, Kadioğlu Y: Tiroid nodüllerinin tanısında ince iğne aspirasyon biopsisi, Çağdaş Cerrahi Dergisi 5: 111-114, 1991.
- 11- Löwhagen T, Granberg PO, Lundell G et al: Aspiration biopsy cytology (ABC) in nodules of the thyroid glands suspected to be malignant. Surg Clin North Am, 59: 3-18, 1979.
- 12- Mobley DL, Wakely PE, Smith MA: Fine needle aspiration biopsy Laryngoscope 101: 469-472, 1991.
- 13- Nathan AR, Raines KB, Leo YM et al: Fine needle aspiration biopsy of cold thyroid nodules. Cancer 62: 1337- 1342, 1988.
- 14- Rojeski TM, Gharib H: Nodular thyroid disease; Medical progress N. Emg. J. Med 313: 428-434, 1984.
- 15- Sarda KA, Bal S, Gupta DS et al: Diagnosis and treatment of cystic disease of the thyroid by aspiration Surgery 103: 593-596, 1988.