

İSKANDİNAV MODELİ MEME ASPİRASYON KLİNİĞİ

Nadir Paksoy

Özel laboratuvar, Sitopatoloji, Kocaeli, Türkiye

ÖZET

İskandinav modeli meme aspirasyon kliniğinde ince İğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB), cerrah, sitopatolog ve radyolog işbirliğiyle yapılmaktadır. Buraya yönlendirilen hastanın meme kitlesi tek çatı altında radyolojik (USG / mamografi) olarak değerlendirilir ve İİAB yapılarak mikroskopik tanısı konur. Dolayısıyla memesinde sertlik şikayeti ile başvuran hasta kitlenin tanısına yönelik işlemleri tek bir mekanda gerçekleştirmiş, 'git-gel'den ve zaman kaybindan kurtulmuş olur. Bu modelde İİAB ultrason altında ve hasta başı hücre kontrolü olarak yapıldığından yetersiz materyal oranı düşer, İİAB'nin tanılabilirliği artar. Türkiye'de ilgili uzmanların olduğu başvuru merkezlerinde bu şekildeki meme aspirasyon kliniklerinin oluşturulmasının, meme kitlelerinin tanısında yararlı olacağı görüşündeyim.

Anahtar sözcükler: ince iğne aspirasyon sitolojisi, İskandinav modeli meme aspirasyon kliniği.

SCANDINAVIAN MODEL OF BREAST ASPIRATION CLINIC

ABSTRACT

Fine needle aspiration cytology (FNAC) is a useful, practical and economical method in diagnosing palpable/ nonpalpable breast lesions. This procedure should be applied in a setting called "Scandinavian Model of Breast Aspiration Clinic". This setting covers the application of FNAC under ultrasonographic guidance in collaboration of surgeon, radiologist and cytopathologist. This model requires on-site cellularity control of the aspirated material, consequently cellularity is prevented. This model increases the diagnostic value of FNAC. In Turkey, we should encourage the organization breast aspiration clinics in similar way especially in the tertiary reference hospitals.

Key words: skandinav model, breast aspiration clinic, fine needle aspiration.

ABD Ulusal Kanser Enstitüsü 9-10 Eylül 1996 tarihli toplantısında, memede mutlaka İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB) ya da tru-cut biyopsi tekniği ile sito / patolojik örnek alınması gerektiğini belirlemiştir (1):

- 1- Hekim / hasta tarafından bulunan, sınır oluşturmuş (belirgin sınırlı) her kitle
- 2- Normal anatomi / fizyoloji ile açıklansa bile genç bir kadında 2 siklus süresince yapısını değiştirmeyen her kitle
- 3- Asimetrik, fiks, sert, kuşku her kitle.

Meme kitlelerinde, cerrahi biyopsinin tanı güvenilirliği %98'dir. Sitopatolog tarafından alınan ve değerlendirilen İİAB'nin güvenilirliği %95-99'dür. Dolayısıyla deneyimli ellerde İİAB'nin tanılabilirliği tru-cut / biyopsi (açık biyopsi) ile eşdeğerdir (2).

Tanı değerinin yanı sıra İİAB'nin cerrahi biyopsiye (tru-cut dahil) kıyasla ekonomik ve pratik olumlu yönleri vardır: Daha kolay uygulanabilir, çabuk sonuç alınabilir, gerektiğinde tekrarlanabilir ve daha az sağlık elemanı / araç gerektirmesi gibi...

Başarılı bir İİAB'nin temel koşulu yeterli ve lezyonu temsil edici örnek sağlanmasıdır.

Sitopatoloğun kendisinin yaptığı ve hasta başında hücre kontrolünü de gerçekleştirdiği İİAB'de "yetersiz hücre" oranı %12 iken, diğer hekimler tarafından yapılarak, sitopatoloğa değerlendirmek için yollanan materyallerde "yetersiz hücre" oranı %32'yi bulmaktadır (3).

Bu durumda memesinden İİAB ile örnek alınan hasta 3-5 gün sonra sonuç alacak, 'yetersiz hücre' tanısı karşısında 'hayal kırıklığı' yaşayacak; hekim bu kez ya açık biyopsiyi deneyecek ya da İİAB'yi ikinci kez tekrarlayacaktır; üstelik alınan örneğin tekrar 'yetersiz materyal' sonucu vermeyeceğinden hasta / hekim emin olamayacaktır.

İskandinav Modeli Meme Aspirasyon Tanı Kliniği

Bilindiği gibi İİAB önce İsveç (Karolinska) sonra Norveç (Oslo Radium / Kanser Enstitüsü) gibi merkezlerden Batı'ya yayılmıştır. İskandinav modelinde İİAB klinik hekim, sitopatolog ve radyolog işbirliğinde bir klinik yapılanması şeklinde uygulanmaktadır. Bu doğrultuda '**meme aspirasyon tanı klinikleri**' kurulmuştur.

Memesinde sertlik olan hastayı cerrah (elinde görüntüleme raporu var / yok) bu şekilde işleyen meme kliniğine gönderir. Meme

kliniği hastanede radyoloji bölümüne bitişiktir. Görüntülemesi yoksa USG / mamografisi çekilir. Ele gelen kitle (palpable) belirgin ise sitopatolog tarafından İİAB uygulanır. Kitle elle hissedilmiyorsa (non-palpable) USG altında radyolog kılavuzluğunda yine sitopatolog tarafından İİAB uygulanır.

Başarılı bir İİAB için 3 temel koşul vardır; yeterli materyal sağlanması, doğru yerden örnek alınması ve sitolojik örneklerin sitoloji deneyimi/eğitimi olan patoloj (sitopatolog) tarafından değerlendirilmesi.

İİAB odasının bir köşesinde özel boyama düzeneği vardır. İİAB materyali vakit geçirmeksizin hazırlanarak lamalar birkaç dakika içinde boyanır ve odadaki mikroskop altında, sitopatolog tarafından yeterli hücre alınıp alınmadığı kontrol edilir. Bu sırada hasta İİAB masasından henüz kaldırılmadığından, yeterli hücre alınamamışsa İİAB tekrarlanır.

Dolayısıyla memesinde sertlik şikayeti olan bir hasta, memesindeki kitlenin tanısına yönelik işlemleri, zaman kaybetmeden ve aynı mekanda yaptırmış olur. Sonuçlara kısa süre içinde ulaşan ilgili hekim, hastasının tedavi ve takibine ilişkin yön çizebilir.

Meme kitlesinin tanısına 'sacayağı' yöntemiyle yaklaşımda yarar vardır. Fizik muayene ve görüntüleme bulguları ile İİAB sonucunun

birlikte değerlendirilmesi gerekir. Üçünün örtüşmediği durumlarda açık biyopsi tavsiye edilir.

Aynı uygulama tiroid nodülleri ve baş / boyun kitleleri için de geçerlidir.

İskandinavya'dan başlayan bu model diğer Batı Avrupa ülkelerine yayılmıştır. ABD'de benzer uygulamanın yapıldığı 'ince iğne kliniklerini' sayısı hızla artmaktadır.

Bilimsel kaynaklar özellikle meme, tiroid ve baş-boyun kitlelerinde İİAB'den ideal sonuçlar alınabilmesi için bu şekildeki 'ince iğne kliniği' modelini önermektedir.

Kaynaklar

1. Masood S, Lindholm K. Fine needle aspiration of the breast. International Academy of Pathology, 23.Uluslararası Toplantı Kitapçığı, 18-23 Ekim 1999, Nice, Fransa.
2. Geisinger K and Sliverman JF. Fine Needle Aspiration Cytology of Superficial Organs and Body Sites. Churchill Livingstone Philadelphia, 1999.
3. Singh N ve ark. Inadequate rates are lower when FNAC samples are taken by cytopathologist. Cytopathology 2003; 14:327-331.

İletişim

Nadir Paksoy
Tel : +90 262 3321401
Faks : +90 262 3321402
E-Posta : citographica@superonline.com