

PAPER DETAILS

TITLE: EUS klavuzlugunda yapilan FNA ve sitolojinin tüberküler intra-abdominal lenfadenopatide diagnostik degeri

AUTHORS: Yücel ÜSTÜNDAG,Sewal PEYNİR,Erkan PARLAK

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/16101>

Bölüm Editörü: Yücel ÜSTÜNDAĞ

EUS klavuzluğunda yapılan FNA ve sitolojinin tüberküler intra-abdominal lenfadenopatide diagnostik değeri

Diagnostic yield of EUS-guided FNA and cytology in suspected tubercular intra-abdominal lymphadenopathy.

Puri R, Mangla R, Eloubeidi M, Vilmann P, Thandassery R, Sud R. Gastrointest Endosc 2012;75:1005-10.

Endosonografi (EUS) eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyonu (FNA)'nın güvenilirliği ve diagnostik yeterliliği mediastinal lenf nodları için kabul görmüşken, batin içi lenfadenopati (LAP)'ler için henüz netleşmemiştir. Batin içi lenf nodlarından imaj klavuzluğunda yapılacak ince iğne aspirasyon örneklemeler (IGNB) büyük damarların ve viseral organların yakınlığı nedenleri ile tehlike arz edebilmektedir. Ayrıca, INGB derin yerleşimli lenf nodları için yetersiz olabilmektedir. Bu çalışmada, INGB yetersiz veya lenf nodlarının uygunsuz yerleşimi nedeni ile batin içinde tüberküloz (TBC) kaynaklı LAP şüphesi olan olgularda EUS-FNA'nın güvenliği ve etkinliği araştırılmış.

Bu amaçla, 42 aylık bir süreç içinde 12 yaşından büyük, TBC şüphesi olan (ateş, kilo kaybı, pozitif PPD, TBC tanılı hastalar ile temas öyküsü olan), görüntüleme yöntemleri ile batin için LAP'ler saptanan ve INGB uygun olmayan 13-54 yaş arası (ortalama yaş 36 yıl) 142 hasta çalışmaya dahil edilmiş. INR >1.5, platelet >50 000 /mm³, malinitesi, sarkoidozu, lenfoproliferatif hastalığı ve ispatlanmış akciğer TBC olan olgular çalışma dışı bırakılmışlar. FNA 22G iğne ile (Mediglobe) 3 pass olarak transgastrik olarak Çölyak-üst periaortik lenf nodları, transduodenal olarak ise pankreas başı, portal ven, inferior vena kava, superior mezenterik arter etrafındaki lenf nodları örneklenmiş. İlk aspirasyon yetersiz geldiğinde ise 2. bir seans örnekleme yapılmış ve 2. örnekleme de yetersiz materyalle sonuçlanırsa o zaman hasta laparoskopik örneklemeye yönlendirilmiş. Tedavi başladıktan 6 ay sonra tüm hasta gruplarına kontrol EUS inceleme yapılmış. FNA örneklerinde, patoloğlar epitelooid hücre granuloama, nekroz, lenfoid doku varlığı, nekroz, Langerhans dev hücreler, asit fast basil (AFB) ve diğer atipik hücreler/tümör hücreleri yönünden araştırılmış. AFB var, granuloam pozitif, zeminde nekroinflatuvar doku söz konusu ise kesin TBC denmiş. PPD pozitifliği bu bulguları destekleyici bir kriter olarak kabul edilmiş. Granuloam var, AFP negatifse, veya granuloam var ve PPD pozitifse klinik bulgular eşliğinde

TBC olabileceği kabul görmüş. Yetersiz materyal, atipik inflamatuvar hücreler, temsil edici özelliği olmayan örnek varlığında, alternatif teşhisler olduğunda veya granuloam ile artmış serum ACE düzeyleri ve negatif PPD testi TBC'yi dışlayıcı bulgular olarak kabul edilmiştir.

Sonuçta; ortalama LAP çapı 22+3.4 mm olan, 130 hastaya çoğunlukla peripankreatik yerleşimli olmak üzere, Çölyak-porta hepatis yerleşimindeki LAP oluşumlarına EUS-FNA yapılabılmış (12 hastada arada damar olması nedeni ile işlem yapılamamış). 60 hastaya kesin, 40 hastaya ise olası TBC tanısı konmuş. Bu olgulara anti-TBC başlanmış ve 6 ay sonra EUS/CT tekrarı yapılmış. Hastaların çoğunda LAP çapında gerileme gözlenmiş (ortalama 8+1.8 mm). 22 hastada TBC dışı tanılar konmuş. 18 granuloamatöz sitoloji olan olgunun 10'unda Sarkoidoz bulguları nedeni ile steroid tedavisi uygulanmış ve iyi yanıt alınmış. Geri kalan 8 hastada PPD pozitifliği ile beraber normal serum kalsiyum ve ACE düzeyleri ile olası TBC tanısı konabilmiş. Bu olgulara anti-TBC tedavisi uygulanmış ve klinikte iyi yanıt alınmış. Kontrolde bu olgularda LAP yapılarının küçüldüğü gözlenmiş. Ayrıca işlem ile ilişkili ciddi bir yan etkinin hiçbir hastada görülmediği ifade edilmektedir.

YORUM

Tüberküler LAP sonografik olarak, düşük dansiteli lenf nodu merkezi ve nodal kalsifikasyon içermesi ile karakterizedir. Ancak bu bulgular sadece TBC'ye özgü değildir. Örneğin teratom ve lenfoma olgularında da benzer görünümler olabilmektedir. Bu nedenle doku örneği elde edilmesi son derece büyük önem taşımaktadır. Ancak, Çölyak-peripankreatik ve portal hilus kesiminde yerleşik LAP yapılarından perkütan örneklemeler her zaman riskli olmaktadır. Bu nedenle EUS-FNA sırasında Doppler sayesinde vasküler alanlardan uzaklaşabilmek mümkün olabilmekte ve doğru hedefe noktasal atış yapılabilmektedir.

İletişim: Yücel ÜSTÜNDAĞ

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Zonguldak, Türkiye • Tel: + 90 372 261 01 69 Fax: + 90 372 261 01 55 • E-mail: yucel_u@yahoo.com

Geliş Tarihi: 18.06.2012 • **Kabul Tarihi:** 20.06.2012

Yani kesinlikle diyebiliriz ki, bazı olgularda tecrübeli endosonografistlerin varlığında EUS-FNA, IGNB'nin yerini almış durumdadır. Bu çalışmada da görülmektedir ki, tecrübeli ellerde batın içi LAP'lerde EUS-FNA ciddi bir komplikasyona yol açmadan rahatça uygulanabilmektedir.

Bu çalışmada batın içi tuberküler LAP şüphesi olan olgularda yapılan EUS-FNA örnekleme ile TBC tanısının olguların %83.1'inde tanısız değeri olduğu görülmektedir. Bilindiği gibi kazeifikasyon nekrozu ile beraber veya tek başına AFB pozitif boyanması TBC tanısı için yeterlidir. Bu çalışmada FNA ile elde edilen örnekte 60 olguda AFB boyandığını (60/130; %45) görmekteyiz. Halbuki mikroskopik olarak AFB'nin gösterilebilmesi için 1 ml aspiratda 10000-100000 basilin olması gerekmektedir. Bu çalışmada ise EUS-FNA yapılan olguların hemen hemen yarısında örneklemede AFB görüldüğü anlaşılmaktadır. Diğer dikkat çekici bir husus ise olguların hiçbirinde TBC kültüründen bahsedilmemiş olmasıdır. Sadece 6 aylık tedavi gözlem süreci olan bu çalışmada, bulguların TBC kültüründe yapı-

larak, TBC varlığının desteklenmesi mevcut verilerin güvenilirliğini arttırıcı olacaktır. En azından sadece granülom varlığı söz konusu olan olgularda kültür verifikasyonunun önemli ve işe yarayabilmesi söz konusudur.

Ekstrapulmoner TBC'nin, en sık prezentasyon şekli genelde batında asit ile karakterize peritoneum tutulumudur. Bu çalışmada bu yönde de okurlara sağlanan bir veri bulunmamaktadır. İzole LAP ile karakterize 108 TBC olgusu mu bu kohortu oluşturmuştur, (ki böyle olması son derece nadir bir tablodur) yoksa mediastende LAP'leri olan 22 olguda olduğu gibi TBC'ye ait başka organ tutulum bulguları da var mıdır? Bu konu yazıda net olarak anlaşılmamaktadır.

Yukarda bahsedilen eksiklikler ve mevcut verilerin güvenilirliğini tartışmakla beraber, rahatlıkla söylenebiliriz ki EUS-FNA, hem mediastende hem de batın içi yerleşimli nedeni bilinmeyen LAP'ler için son derece güvenli ve yüksek tanısız değeri olan bir girişim olduğu anlaşılmaktadır.

Yücel ÜSTÜNDAĞ¹, Şevval PEYNİR¹, Erkan PARLAK²

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Zonguldak Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, ²Gastroenteroloji Kliniği, Ankara