

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

T.C.

Ankara Üniversitesi
Diyarbakır Tıp Fakültesi
Cerrahi Gurubu Kürsüsü
Direktör: Prof. Dr. Kenal H. ÖKTEM

FİSLE

TIROID BEZİ HASTALIKLARININ TANISINDA
PONKSİYON BİYOPSİSİNİN DEĞERİ

Genel Cerrahi

İhtisas Tezi

1968-1972

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0037039
Tasnif No.	617.579
	847
	1972

Dr. Ekrem ÖZİNAN

DIYARBAKIR TIP FAKÜLTESİ
KÜTÜPHANESİ

16 Mart 1973

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİYARBAKIR TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı : Per.İş/ 1014
Konu : Uzmanlık Tezleri Hk.

Kütüphane Müdürlüğüne

Bu Tez D.T.Fa Profesörler Kurulunun 14.12.1972 tarih ve
125/9 Sayılı Kararıyla kurulan JÜRI'ce İhtisas tezi
olarak kabul edilmiş ve TEZ sahibi Dr.Ekrem Özinan 20.12.1972
kabulünde Tarihinde Cerrahi Uzman Unvanını almıştır.
Doktora

E K İ :
1 Adet tez


Dekan adına
Fakülte Sekreteri
Erol Cengiz

A.O./

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sahife</u>
ÖNSÖZ.....	1
AMAÇ.....	2
MATERYEL VE METOD.....	3
-Materyelin saklanması.....	6
-Preparatın hazırlanması.....	6
-Boyama tekniği.....	7
BULGULAR.....	8
TARTIŞMA.....	23
SONUÇ.....	26
ÖZET.....	27
LİTERATÜR.....	27

Ö N S Ö Z

Birçok hastalıkların teşhis ve tedavisinde tıbbın her dalında klinik muayenelere ışık tutacak laboratuvar muayene usulleri geliştirilmiştir. Bunlardan biyopsi, hastadan alınan dokuların doğrudan doğruya incelenmesiyle kesin ve doğru bir teşhis imkânı verir. Tümörlü ve tümörsüz bazı hastalıkların tanınmasında en sağlam yol budur. Biyopsi tekniklerinden biri de iğne ile ponksiyon yaparak istenilen parçayı temin etmektir.

Tiroid hastalıklarının kesin teşhisi, diğer bazılarında olduğu gibi ancak mikroskopik inceleme ile konulabilir. Bölgemizde bu hastaların çokluğu nedeniyle onlarda yarattıkları bir takım problemlere deva olmak ve kısa yoldan doğru bir teşhis elde etmek gayesi ile bu çalışmayı yaptık.

Bana bu tez mevzuunu vererek; üzerimizde yetişmemiz, kendi tâbiri ile kendisinden üstün olmamız için en ufak teferruatına kadar titizlikle duran ve çalışmalarımızı yakinen tekibeden Sayın Hocam Prof. Dr. Kemal H. ÖKTEM'e, Doç. Dr. Asım DUMAN'a ve Doç. Dr. Nevzat KOÇAK'a en derin şükranlarımı sunarım.

Preparatların hazırlanıp boyanmasında büyük yardımları olan Patolojik Anatomi Enstitüsünden Prof. Dr. A. Ulvi ÖZKAN'a, Doç. Dr. Recai İLCAYTO'ya, Dr. A. Rıza KARACA'ya ve resimlerin çekilmesinde hiçbir fedakârlıktan kaçınmayarak kıymetli mesailerini bana veren arkadaşım Dr. Mecit UNCU'ya sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Ekrem ÖZİNAN

A M A Ç

Diyarbakır ve dolayları Memleketimizin endemik guvatr bölgelerinden biridir (17,21,24).Kliniğimize 1966-1971 yılları arasında 111 guvatrlı hasta müracaat etmiş,ameliyatları yapılmış ve bunlarında ancak 59 unda histopatolojik inceleme yapılabilmıştır.Bu guvatrlı hastaların klinik tipleri:

- 1.Diffüz (52 vaka) (% 46)
- 2.Nodüler (43 vaka) (%38)
- 3.Kistik (16 vaka) (% 16)

olarak tesbit edilmiştir.Kistik guvatrlar nodüler gibi değerlendirilirse 59 vaka olduğu anlaşılır.Histopatolojik tetkiki yapılmış 59 hastada şu sonuçlar bulunmuştur:

- 1.Kolloidal guvatr (41 vaka) (% 69,4)
- 2.Nodüler guvatr (7 vaka) (% 11,8)
- 3.Kistik guvatr (2 vaka) (% 3,3)
- 4.Kistik-kolloidal guvatr (2 vaka) (% 3,3)
- 5.Papiller karsinoma (2 vaka) (% 3,3)
- 6.Folliküler karsinoma (1 vaka) (% 1,6)
- 7.Hürthle hücreli karsinoma (1 vaka) (% 1,6)
- 8.Hashimoto (1vaka) (% 1,6)

Elde edilen bulgulara göre bölgemizde % 11,8 nodüler ve % 6,5 malign guvatra rastladık.Multinodüler guvatrların % 3-9 ve tek nodüllerin ise % 9-30 oranında maligniteye dönüşmesi (2,5,14, 19,21,24) göz önüne alındığında tiroid hastalıklarının ve özellikle tipinin tayinin önemi ortaya çıkar.Tiroid bezinin mikroskopik yapısının bilinmesi fonksiyonları hakkında da bir fikir verebilir (3,18,21).Sözünü ettiğimiz histopatolojik inceleme

neticesinde hastalığın tıbbî veya cerrahî tedavisine karar verilebilmektedir (4).Örneğin;birçok tiroiditis şekillerinde antibiyotikler,tiroid ekstreleri,kortizon ve röntgenterapi etkili olduğundan cerrahi müdahaleden sakınılması mümkündür.Keza ameliyattan önce kanser teşhisi konmuş ise erken safhada tedavinin plânlanması kolaylaşır.Bu nedenle tiroid bezi büyümelerinin preoperatif devrede mikroskopik incelenmesi önemlidir.

Tiroid hastalıklarının teşhisinde birçok laboratuvar muayene usulleri (14,21,24) varsada bunlarla ancak % 17,5 oranında kesin bir neticeye ulaşılabilmektedir (18).Böyle olmakla beraber Pakültemizin yeni kurulmuş olması dolayısıyla radyoaktif iyod ve scanning gibi teşhis araçları ve hassas laboratuvar imkânlarına sahip olmamamız nedeniyle basit,pratik.ve ekonomik olup her zaman tatbik imkânı bulunan ponksiyon biyopsisi metodunun;tiroid hastalıklarında değerini ortaya koyabilmek amacıyla bu çalışmanın yapılmasını uygun gördük.

Ponksiyon biyopsisi ince iğne ve Vim-Silverman iğnesi ile iki ayrı gruba şeklinde yapılarak her iki teknik birbirleriyle mukayese edildiği gibi;bu usuller ile elde edilen sonuçlar,ameliyatı müteakip bulunan bulgularla karşılaştırılarak değerlendirmeğe gayret ettik.

M A T E R Y E L V E M E T O D

Materyel:

Kliniğimize 30.4.1971 ve 19.6.1972 tarihleri arasında guvatr teşhisi ile ameliyat olmak üzere başlıca Diyarbakır ve civar vilâyetlerden müracaat eden 40 hasta materyelimizi teşkil

ediyor.Bunun 20 sine ince iğne ve 20 sine de Vim-Silverman iğnesi ile ameliyattan evvel ponksiyon yapıldı.40 hastanın 31 i kadın ve 9 u erkekti.

Metod:

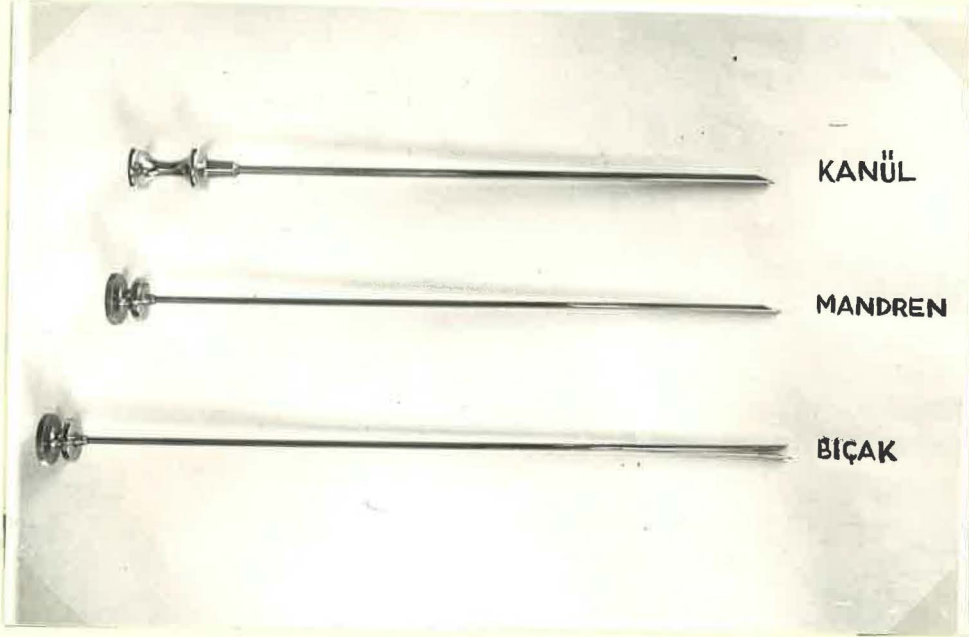
Ince iğne biyopsisi tekniği:

Bu usulde 1 no'lu enjektör iğnesi ile 20 cc. lik bir enjektör kullandık.İğne ile enjektörün kuru ve steril olması önemli unsurlardır.Hasta,bir sandalyeye oturtularak boynu gerilir ve antiseptiklerle temizlenir.Ponksiyon yapılacak tiroid lobunun karşı tarafında durulur.İğne ince olduğundan anesteziye lüzum yoktur.Nodüler guvatrlarda bir nodül baş ve işaret parmakları arasında tesbit edilerek,daha sonra ameliyat ensizyonu yapılacak yerin üzerine gelmek üzere ponksiyon yapılır.Bu nodülü kist meydana getirmişse çikolata renginde sıvı elde edilir.Nodül kistten teşekkül etmeyip içi dolu ise enjektöre negatif basınç verilerek değişik istikametlerde aspire edilir;böylece istenilen doku temin edildikten sonra iğne enjektörle beraber negatif basınç altında çıkarılır.Diffüz guvatrda ise orta hatta yakın olmak üzere çeşitli yönlerde aspire edilerek doku elde etmeğe çalışılır.Herhangi bir komplikasyonun önlenmesi bakımından yan taraflara yaklaşılmaması uygun olur.Tiroid bol damarlı bir organ olduğundan kan da alınabilir.Eğer doku alındığı kanısına varılamazsa ponksiyon tekrarlanır.İğne çıkarıldıktan sonra meydana gelebilecek kanamanın olmaması için buraya 3 ilâ 5 dakika kompresyon yapılması lüzumludur.

Silverman iğne biyopsisi tekniği:

Bu iğne 3 kısımdan oluşmaktadır (28)(Resim-1).

- 1.Kanül
- 2.Mandren
- 3.Her iki tarafı keskin ağızlı ve yarık uçlu bıçak.



Resim-1:Vim-Silverman iğnesi.

Bu usulle biyopsi şöyle yapılır:Hasta sırt üstü masaya yatırılır,başı retrofleksiyon durumuna getirilerek boyun gerilir.Antiseptiklerle steril yaptıktan sonra göğüs üzerine steril bir çarşaf örtülür.Orta hatta yakın olarak ve daha sonra yapılacak ameliyat ensizyonu yerine gelecek şekilde % 1 lik novocain solüsyonu ile önce deri içerisine bir kabarcık yapılır;arkasından deri altı ve tiroid dokusunda anestezi sağlanır.2 cc. madde ekseriya kâfi gelir ve 5 dakika beklenir.Steril edilmiş Franckel iğnesinin ucu 5 mm. dışarı çıkarıldıktan sonra boyun eksenine dik vaziyette anestezi yapılan yer cildinde bir çen-

tiğ yapıılır.Bu işlem genel anestezi ile de yapılabilir.Mandren-
li kanül buradan sokularak trakeaya paralel olmak üzere nodül
içine veya guvatra doğru ilerletilir.Kapsüle girildiği hisse-
diği zaman mandren çıkarılır ve her iki tarafı keskin,yarık uçlu
biyopsi iğnesi ithal edilir.Bu esnada hastaya yutkunmaması söy-
lenir.Bütün alet yavaşca döndürülür ve içteki iğne ile beraber
çıkarılır.Doku alınmadığı görülürse ponksiyon tekrarlanabilir.
Biyopsi yerine 5 dakika baskı yapılarak hematoma meydana gelmesi
önlenir;eğer böyle bir hematoma meydana gelir ve trakeomalasi
mevcutsa şahıs asfiksiden eksitus olabilir.Bunun için hasta 15-
20 dakika yatar vaziyette müşahade altında tutulur.

Materyelin saklanması:

Ponksiyon biyopsisi ile elde edilen doku parçaları % 70
lik alkol içinde tesbit edilerek patoloji laboratuvarına gönde-
rilir.

Preparatın hazırlanması:

Laboratuvara gelen materyel önce makroskopik olarak inco-
lenir;büyüklüğü,renği ve kıvamı kaydedilir.Daha sonra dokunun
dehidratasyonu için aşağıdaki işlemler yapılır:

<u>Kullanılan madde</u>	<u>Bekletilme süresi(saat)</u>
1. % 80 lik alkolde	4
2. % 90 lık "	2
3. % 96 " "	2
4. % 96 " "	2

5. % 96 lık alkolde	2
6. Asetonunda	1
7. "	1,5
8. Ksilolde	0,5
9. "	1,5
10. Parafinde	2
11. "	2

parafin eriyiğinden çıkarılan parçalar parafin bloklara gömülür. Buradan 3-5 mikron kalınlığında kesitler yapılarak lamaların üzerine konur. Daha sonra aşağıda belirttiğimiz Hematoksilen-Eczin tekniği ile boyanır.

Boyama tekniği:

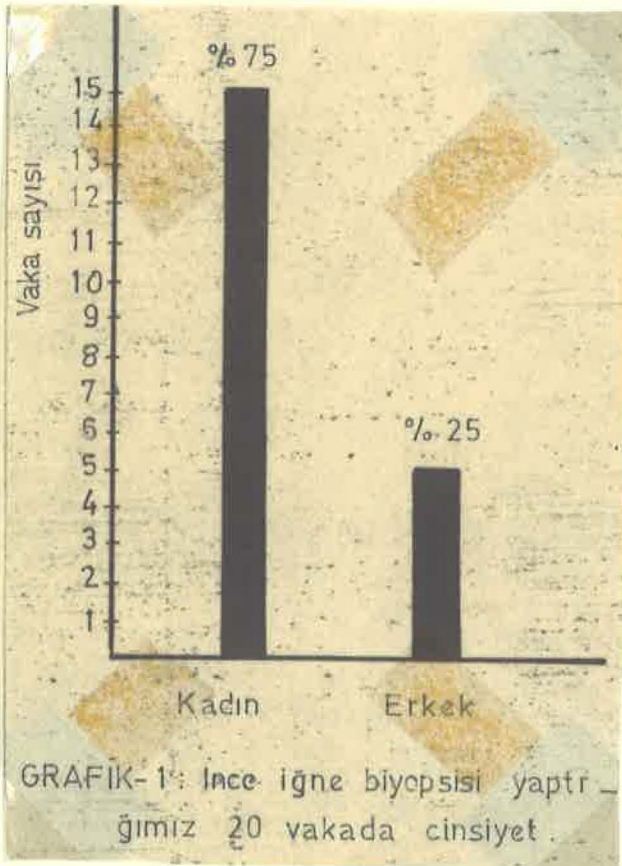
Lamlar üzerine alınan materyel şu muamelelere tâbi tutulur:

<u>Kullanılan madde</u>	<u>Bekletilme süresi(dk)</u>	
1. Ksilolde	15	
2. % 96 lık alkolde	5	
3. % 80 lik "	5	
4. Musluk suyunda	5	yıkanır
5. Hematoksilen de	5	
6. Musluk suyunda	10	"
7. Asit-alkolden	-	geçirilir
8. Musluk suyunda	10	yıkanır
9. Eozin de	3	

10. Musluk suyunda	5	yıkanır
11. % 80 lik alkolde	10	
12. % 96 lık "	10	
13. % 96 " "	10	
14. Ksilolde	15	
15. "	15	

buradan çıkarılan preparata Kanada balsamı sürülerek lâmel kapatılır ve preparatlar ışık mikroskopunda incelenmek üzere hazır vaziyete getirilmiş olur.

B U L G U L A R



İnce iğne ile ponksiyon yaptığımız 20 vakanın neticeleri 1.Tabloda görülmektedir.

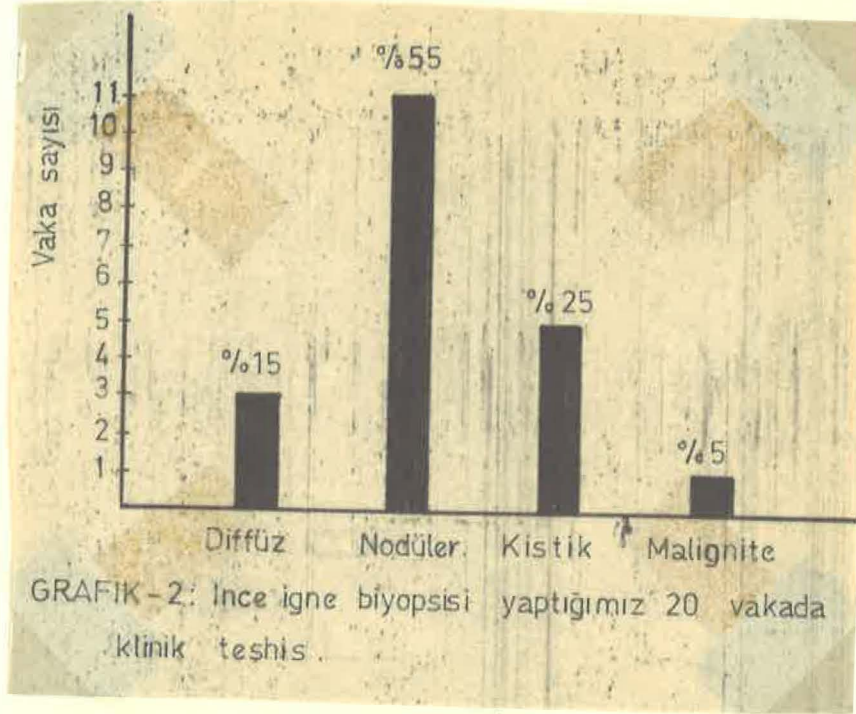
Bu hastaların 15 i kadın ve 5 i erkekti (Grafik-1). 16 ilâ 50 yaşlarında olup yaş ortalaması 28 di.

Klinik makroskopik tip olarak 3 vakada diffüz (% 15), 11 vakada nodüler (% 55), 5 vakada kistik guvatr (% 25) ve 1 hastada da (% 5) maligniteden şüphelenilmiştir (Gra-

Pl								Dif	Noc	Kis	Ma	Hit	No	Hit	Ko	Ko	Ka
50 64	Şahide Yalçın	Mardin	E. K.	16	+		Guatr			+			+		+		
20 53	Gülhan Demir	D. B.	E. K.	18	+		Rezidiv Guatr + Apati		+			+				+	+
19 84	Fahriye Çelik	D. B.	E. K.	20	+		Guatr + Dispne		+				+				
22 28	Mekiye Akdoğan	D. B.	E. K.	27	+		Guatr		+				+				+
22 98	Adil Bilgiç	Urfa	Talebe	26		+	Guatr		+				+				+
21 55	Fatma Evcı	Adıyaman	E. K.	35	+		Guatr			+			+				+
23 77	Müyesser Ülker	Mardin	E. K.	30	+		Guatr		+				+			+	+
25 72	Beyhan Güneş	D. B.	E. K.	22	+		Guatr + Terleme + Taşikardi + Sinirlilik		+					+			
28 38	Emine Kaya	D. B.	E. K.	37	+		Guatr			+			+			+	
28 87	Hatice Eren	Bitlis	E. K.	30	+		Guatr		+				+				
28 09	Şefika Kaya	D. B.	E. K.	17	+		Guatr		+				+			+	
29 83	Vesile Kapçal	D. B.	E. K.	22	+		Guatr	+					+			+	
28 04	Sıddık Öztürk	D. B.	Çiftçi	37		+	Guatr	+					+			+	
19 47	Nurşen Gök	D. B.	Talebe	18	+		Guatr			+			+				+
48 75	Mehmet Ayhan	D. B.	Rençber	43		+	Guatr	+					+				
27 82	Sıdıka Işık	D. B.	E. K.	36	+		Guatr		+				+			+	
1 91	M. Sıddık Argün	D. B.	Rençber	21		+	Guatr		+				+			+	
19 87	Fatma Demirel	D. B.	E. K.	50	+		Guatr				+		+				+
16 53	Fatma Atak	Hakkâri	E. K.	37	+		Guatr		+				+			+	+
57 76	Kâmil Bal	Hakkâri	Rençber	20		+	Guatr			+			+				
					15	5		3	11	5	1	1	18	1	1	9	8

TABLO - 1: İnce iğne ile biyopsi yaptığımız vakaların değ

fık-2).Fonksiyonel tiplerinde;1 vakada nüks guvatr ve hipetiro-
idi,diğer 1 vakada ise hafif hipertiroidi belirtileri mevcuttu,
18 hastada da normefonksiyon tesbit edildi (Grafik-3).

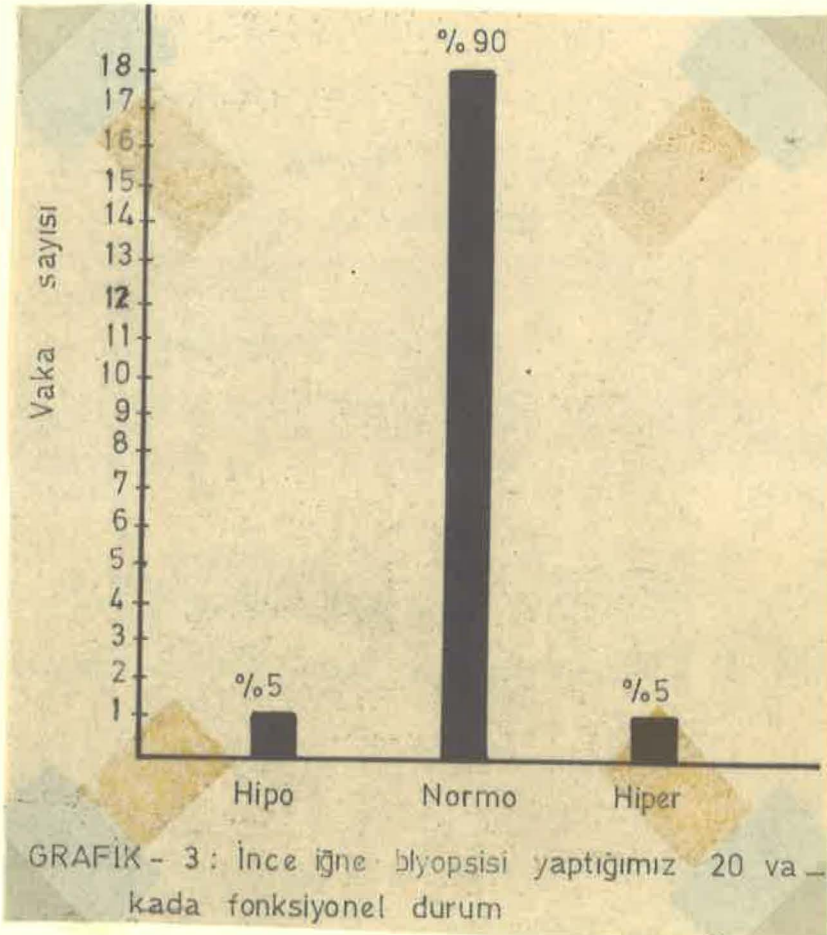


İnce iğne ponksiyonu ile elde edilen materyelin mikroskopik ne-
ticeleri 1. ve 2. Tablolarda görülmektedir.

Tablo-2:İnce iğne ponksiyon neticeleri.

Kolloidal guvatr	1
Kolloid materyel	9
Kan	8
Epitel hücreleri	5
Yetersiz materyel	3

Bunlardan sadece 1 vakada kolloidal guvatr tesbit edilmiştir. 20 hastada 9 defa kolloid materyel, 8 kere kan elemanları, 5 kez epitel hücreleri bulunarak guvatrın tabiatı hakkında bir bilgi sağlanamamıştır. 3 vakada ise elde edilen materyel tamamen yetersiz olduğundan mikroskopik araştırma yapılamamıştır.



Bu vakaların postoperatuvar histopatolojik bulguları 3. Tablo-da özetlenmiş bulunmaktadır.

Tablo-3:İnce iğne biyopsisi yapılan vakalarda
rezeksiyon bulguları.

Kolloidal guvatr	6
Makrofolliküler kolloidal guvatr	3
Mikrofolliküler adenoma	1
Folliküler adenoma	1
Nodüler kistik kolloidal guvatr	1
Adenomatö guvatr	1
Tiroiditis	1
Toksik guvatr	1
Folliküler karsinoma	1
Papiller karsinoma	1
Nodüler guvatr	2
Parankimatöz guvatr	<u>1</u>
	29

İnce iğne ponksiyonu ile ameliyat sonucu yapılan histopatolojik incelemeler arasındaki ilgiler 4.,5.,6.,7.ve 8. Tablolarda açıklanmıştır.

Tablo-4:İnce iğne ile kolloidal guvatr tesbit ettiğimiz 1 vakada rezeksiyon bulgusu.

Nodüler kistik kolloidal guvatr	1
---------------------------------	---

Table-5:İnce iğne ile 9 defa kolloid materyel tesbit ettiğimiz vakalarda rezeksiyon bulguları.

Kolloidal guvatr	4
Mikrofolliküler adenoma	1
Nodüler guvatr	1
Makrofolliküler kolloidal guvatr	2
Tiroiditis	1

Table-6:İnce iğne ile 8 defa kan tesbit ettiğimiz vakalarda rezeksiyon bulguları.

Kolloidal guvatr	4
Folliküler adenoma	1
Parankimatöz guvatr	1
Papiller karsinoma	1
Folliküler karsinoma	1

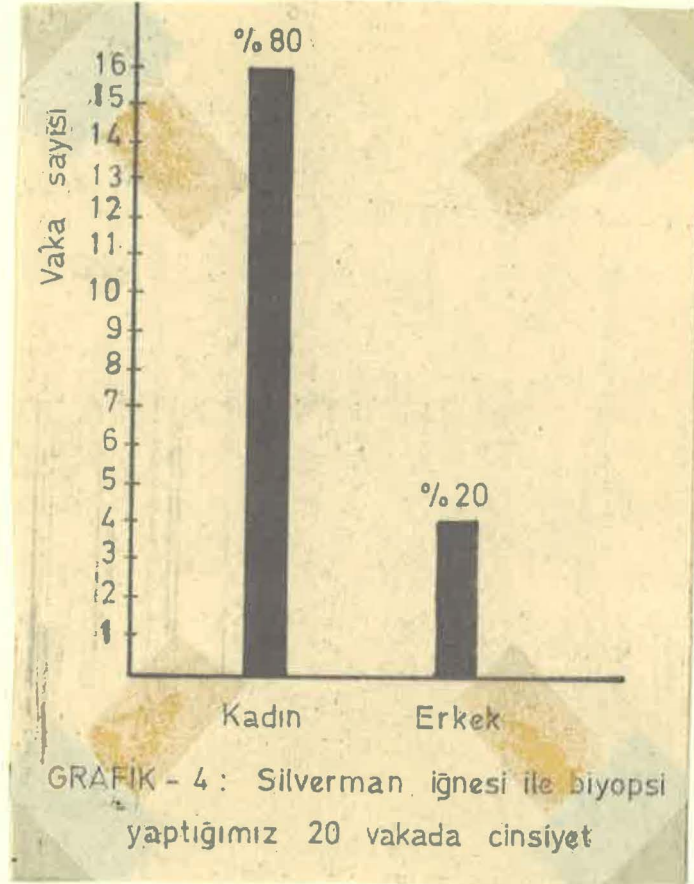
Table-7:İnce iğne ile 5 defa epitel hücresi tesbit ettiğimiz vakalarda rezeksiyon bulguları.

Kolloidal guvatr	1
Mikrofolliküler adenoma	1
Nodüler guvatr	1
Toksik guvatr	1
Tiroiditis	1

Table-8:Yetersiz materyel bulunan 3 vakada rezeksiyon.

Kolloidal guvatr	1
Makrofolliküler kolloidal guvatr	1
Adenomatö guvatr	1

Vim-Silverman iğnesi ile biyopsi yaptığımız 20 vakanın neticeleri 9.Tabloda görülmektedir.Bu hastaların 16 sı kadın ve 4 ü erkekti (Grafik-4).20 ilâ 70 yaşlarında olup,yaş ortalaması 37 idi.

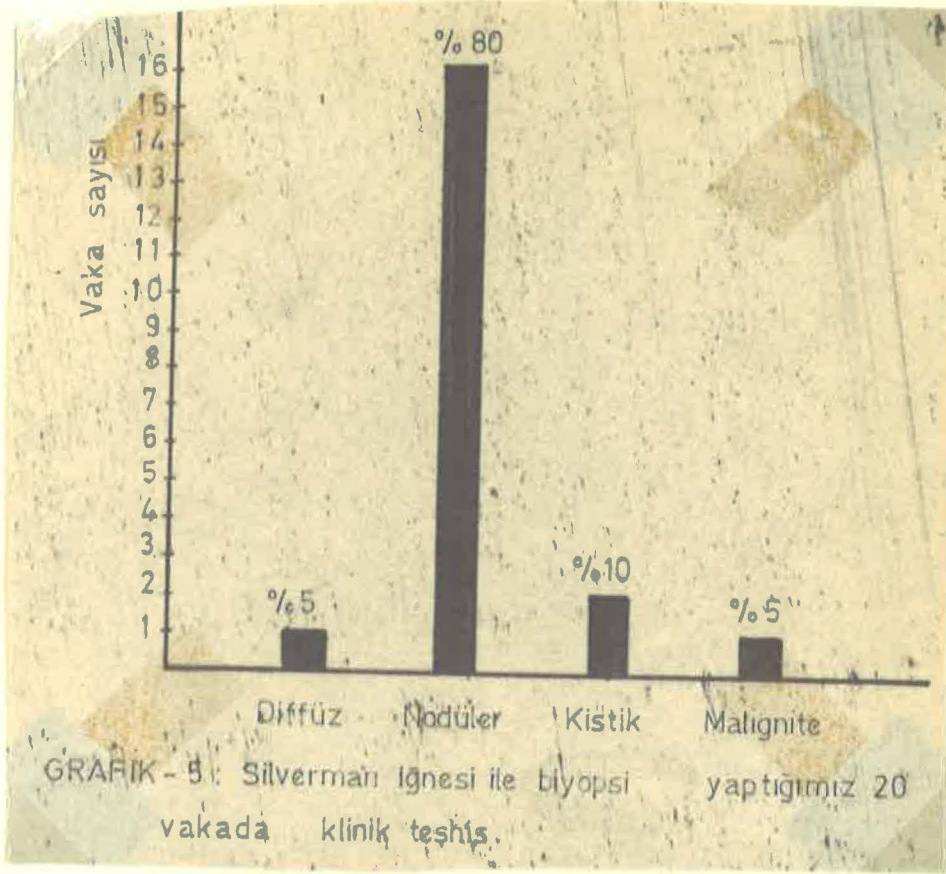


Klinik makroskopik tip olarak 1 vakada diffüz (% 5),16 sında nodüler (%80),2 sinde kistik (% 10) ve 1 vakada ise (% 5) maligniteden şüphelenilmiştir (Grafik-5).

Fonksiyonel tip olarak 19 vakada normofonksiyon ve 1 vaka ise aşikâr hipertireoidi gösteriyordu.Hipotireoidi olan vaka yoktu (Grafik-6).

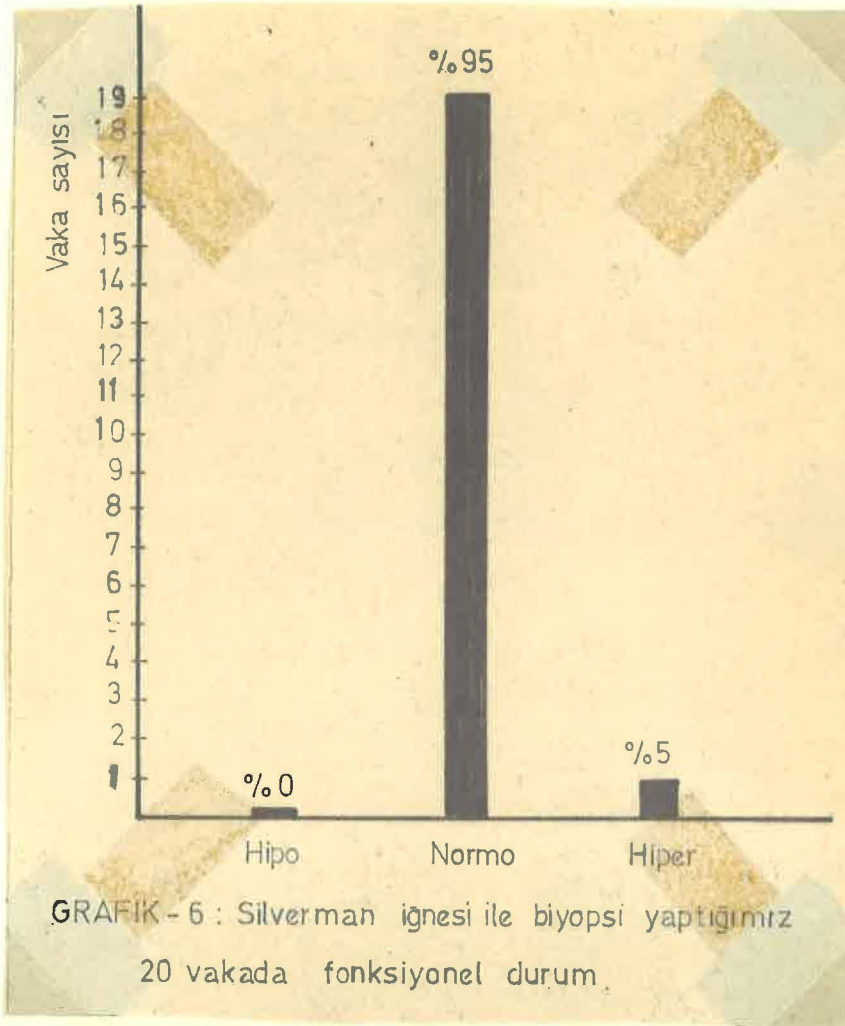
1	836	Ahmet Ertuğrul	Siirt	Rençber	21	+	Guatr	+				+
2	841	Güllü Evan	D. B.	E. K.	42	+	Guatr	+				+
3	947	Süheyla Uysal	Siirt	E. K.	20	+	Guatr	+				+
4	1488	Fatma Bingöl	Siirt	E. K.	38	+	Guatr	+				+
5	1565	Nuriye Bayık	D. B.	E. K.	22	+	Guatr	+				+
6	3009	Esmâ Kalkan	D. B.	E. K.	70	+	Rezidyv Guatr + Zayıflama			+		+
7	5831	Cetâi Atpaslan	D. B.	Rençber	44	+	Guatr+ Taşikardi	+				+
8	909	Zeliha Mirza	D. B.	E. K.	60	+	Guatr	+				+
9	1159	Sait Şen	Bingöl	Oduncu	50	+	Guatr+ Seskısıklığı +Dispne+ Larinks ca.	+				+
10	2544	Zülfîye Aldanmaz	D. B.	E. K.	30	+	Guatr+ Dispne	+				+
11	1957	Salıha Gündan	D. B.	E. K.	24	+	Guatr	+				+
12	204	Nebahat Bilen	D. B.	Hemsire	25	+	Guatr+ Dispne	+				+
13	429	Zübeyda Bahçelik	D. B.	E. K.	35	+	Guatr	+				+
14	1979	Halef Tek	Mardin	Çiftçi	34	+	Guatr	+				+
15	1434	Emine Gül	D. B.	E. K.	27	+	Guatr			+		+
16	2009	Rabia Ergin	Mardin	E. K.	37	+	Guatr+ Dispne	+				+
17	625	Mükrima Kalye	D. B.	E. K.	40	+	Guatr+ Tremor+ Taşikardi + Ekzoftalmi	+				
18	1121	Mevlûde Çoban	D. B.	E. K.	40	+	Guatr	+				+
19	5980	Fatma Tuna	D. B.	E. K.	45	+	Guatr	+				+
20	2746	Kamile Demirok	D. B.	E. K.	45	+	Guatr			+		+
					16	4		1	16	2	1	0 19

TABLO - 9: Silverman iğnesi ile biyopsi yaptığımız



7. Grafik 18 vakada Silverman iğne biyopsisinin lokal anestezi ile yapıldığını, 2 hastada da genel anesteziden sonra uygulandığını göstermektedir.

10. ve 11. Tablolarda 20 vakada yapılan Silverman iğne biyopsisi ile aynı vakaların postoperatuvar histopatolojik bulguları özetlenmiştir.

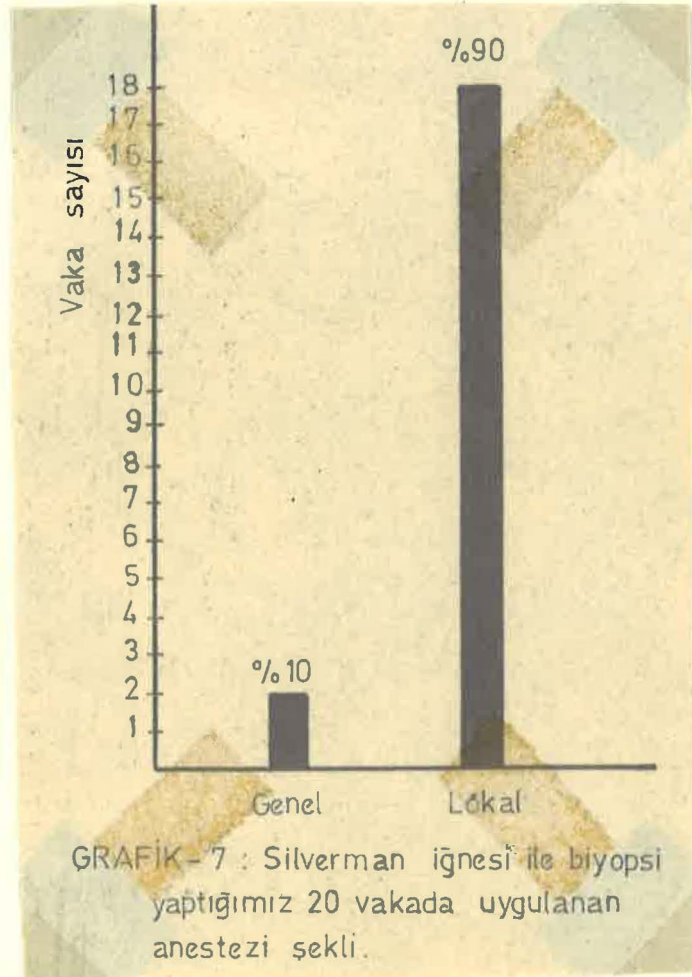


Tablo-10: Silverman iğnesi ile ponksiyon yaptığımız 20 vakanın biyopsi neticeleri.

Kolloidal guvatr	12
Fötal adenoma	2
Papiller karsinoma	1
Papillo-folliküler karsinoma	1
Toksik guvatr	1
Folliküler adenoma	1
Yetersiz materyel	2

Tablo-11: Silverman iğnesi ponksiyon yaptığımız 20 vaka-
nın postoperatuvar histopatolojik bulguları.

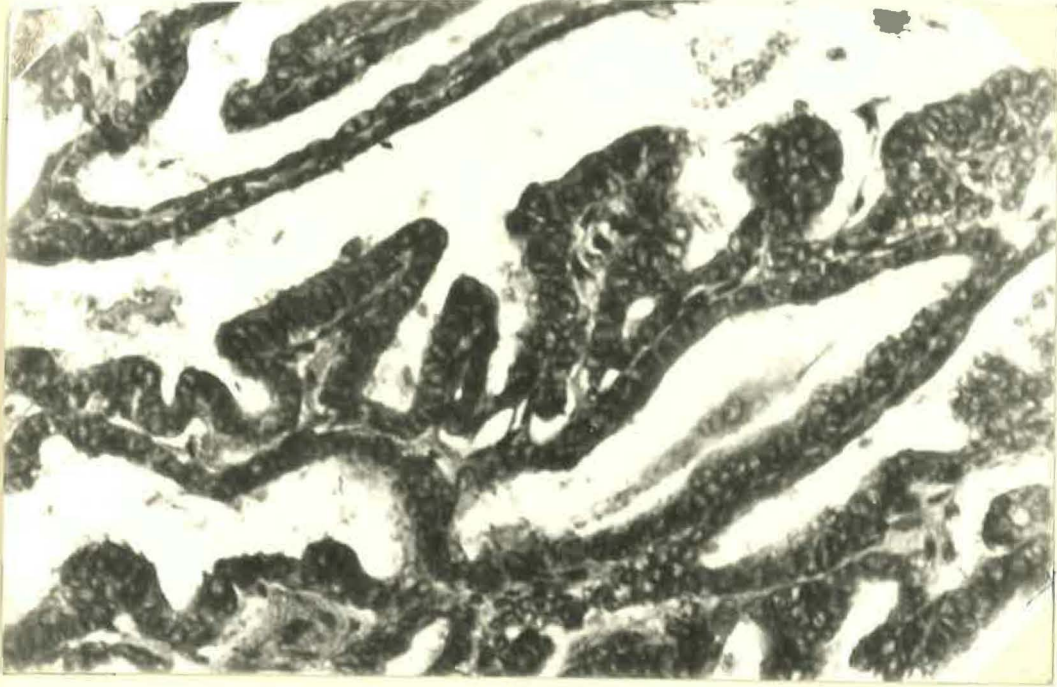
Kolloidal guvatr	6
Fötal adenoma	2
Papiller karsinoma	1
Papillo-föliküler karsinoma	1
Föliküler karsinoma	1
Toksik guvatr	1
Nedüler kolloidal guvatr	4
Föliküler adenoma	1
Kistik kolloidal guvatr	2
Operasyon yapılmayan	1



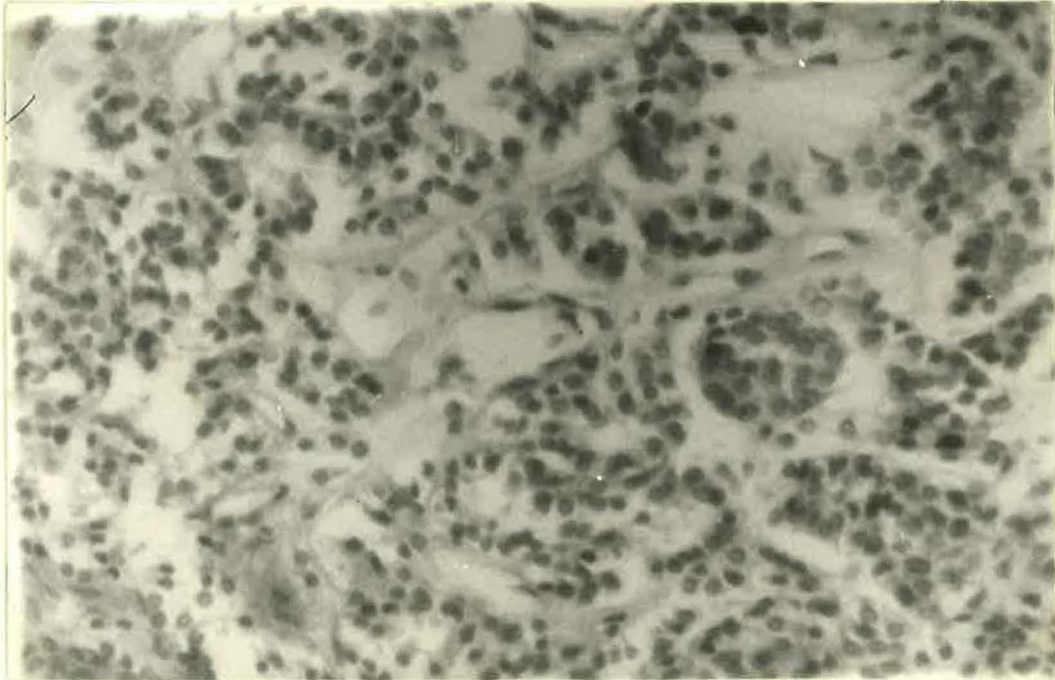
silverman iğnesi ile papiller karsinoma, folliküler adenoma, papillo-folliküler karsinoma ve toksik guvatr (Resim-2,3,4, 5,6,7,8; Tablo-9;6.,10.,15. ve 17. vakalar) teşhisleri postoperatuvar elde edilen parçaların histopatolojik tetkikleri neticesinde konanların aynıdır; kalan 16 hastada ameliyat ve biyopsi neticeleri 12.,13. ve 14. Tablolarda karşılaştırılarak ilgileri belirtilmeğe çalışılmıştır.



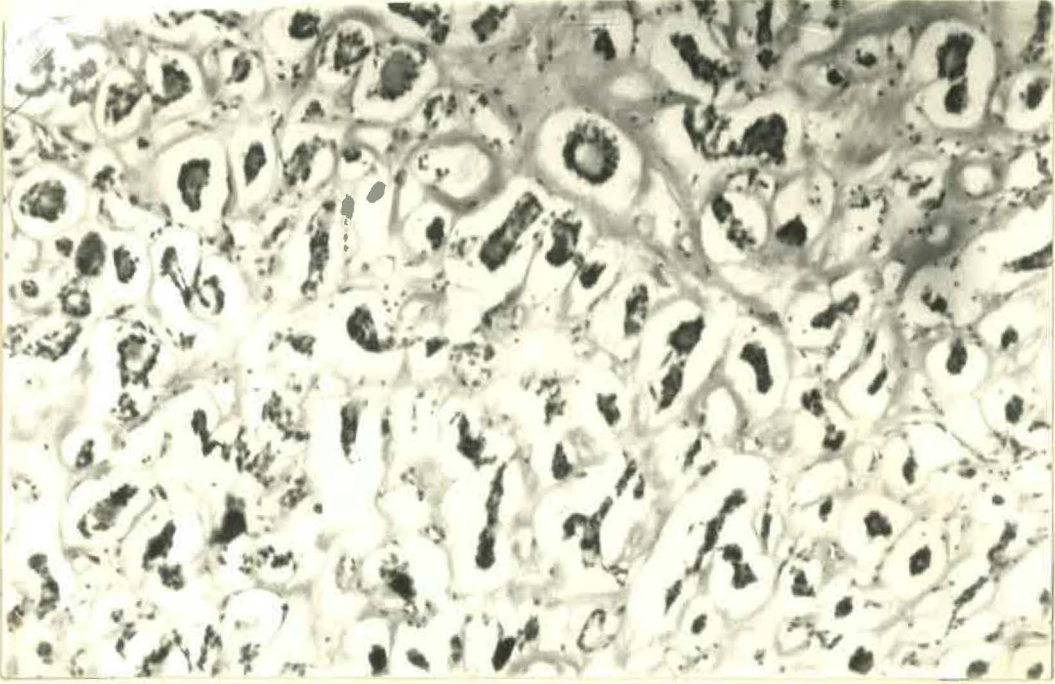
(Resim-2):Biyopsi.Papiller karsinoma,10X16.



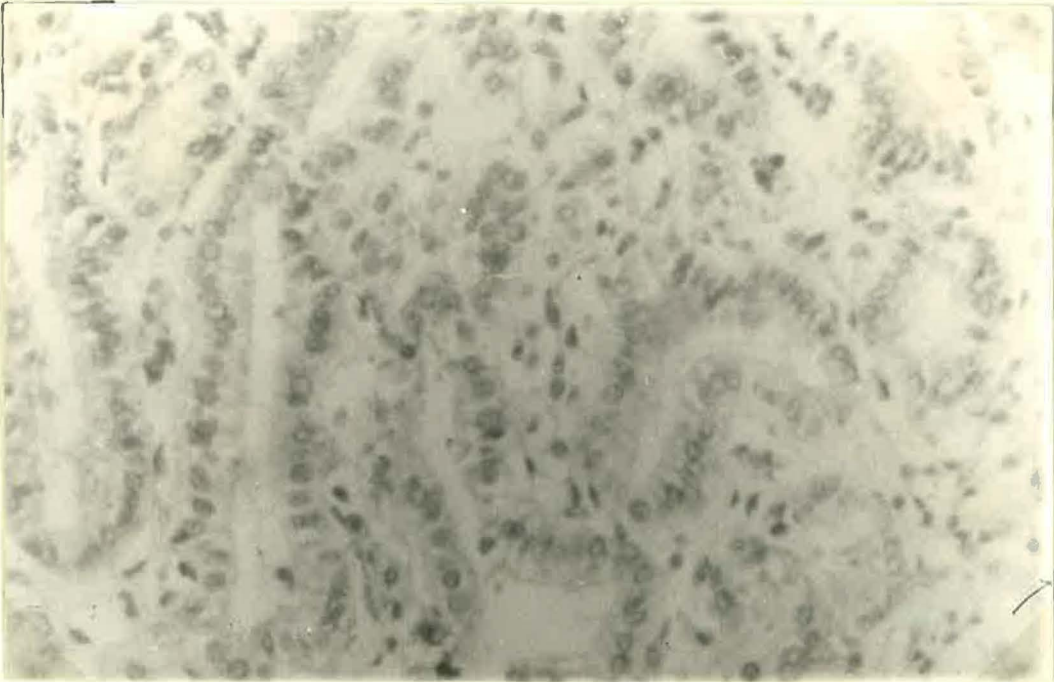
(Resim-3):Rezeksiyon,Papiller karsinoma,10X16



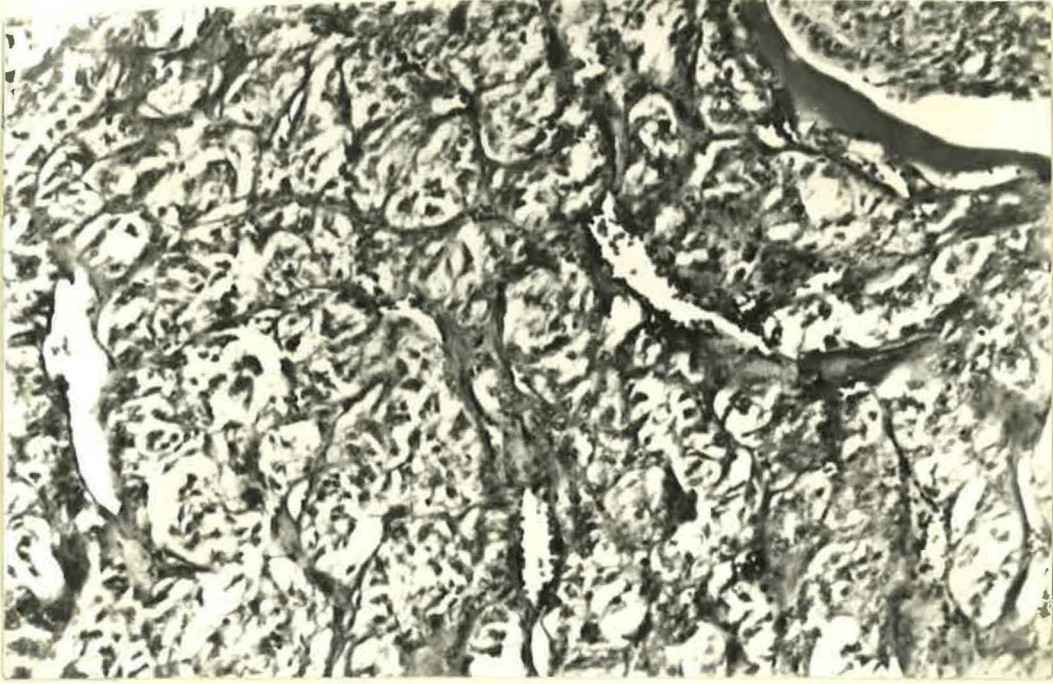
(Resim-4):Biyopsi,Folliküler adenoma,10X16



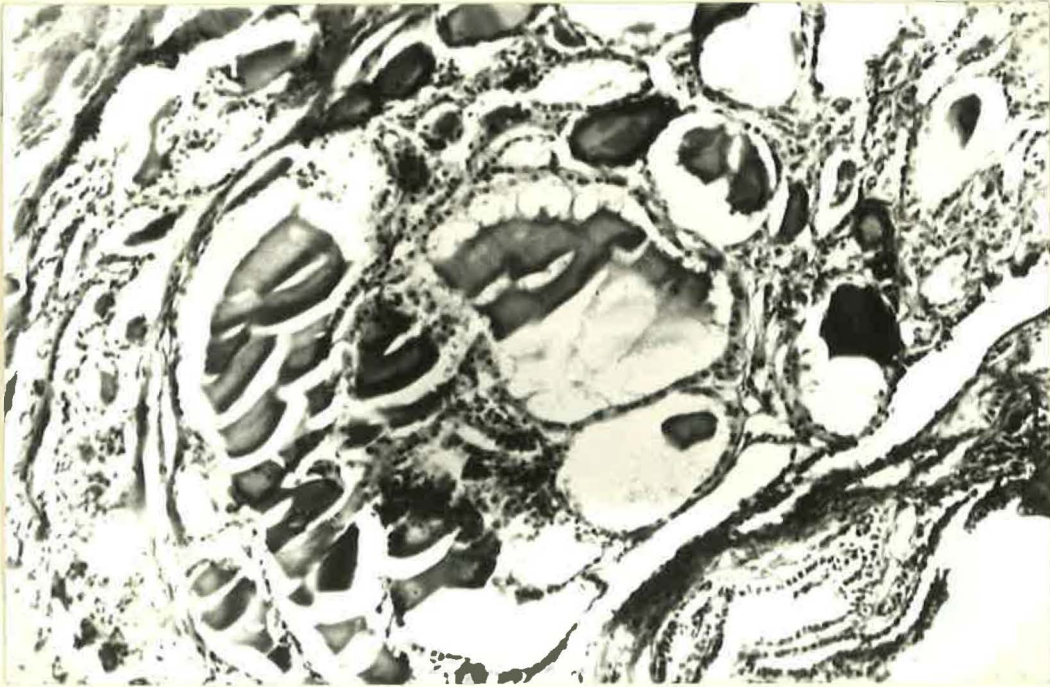
(Resim-5):Rezeksiyon,Foliküler adenoma,10X16.



(Resim-6):Biyopsi,Papillo-foliküler karsinoma,10X16.



(Resim-7):Rezeksiyon,Papillo-folliküler karsinoma,10X6,3.



(Resim-8):Biyopsi,Toksik guvatr,10X6,3.

Tablo-12:Silverman iğnesi ile kolloidal guvatr tesbit edilen 12 vakada rezeksiyon bulguları.

Kolloidal guvatr	5
Nodüler kolloidal guvatr	4
Kistik kolloidal guvatr	1
Fötal adenoma	1
Operasyon yapılmayan	1

Tablo-13:Silverman iğnesi ile fötal adenoma tesbit edilen 2 vakada rezeksiyon bulguları.

Fötal adenoma	1
Foliküler karsinoma	1

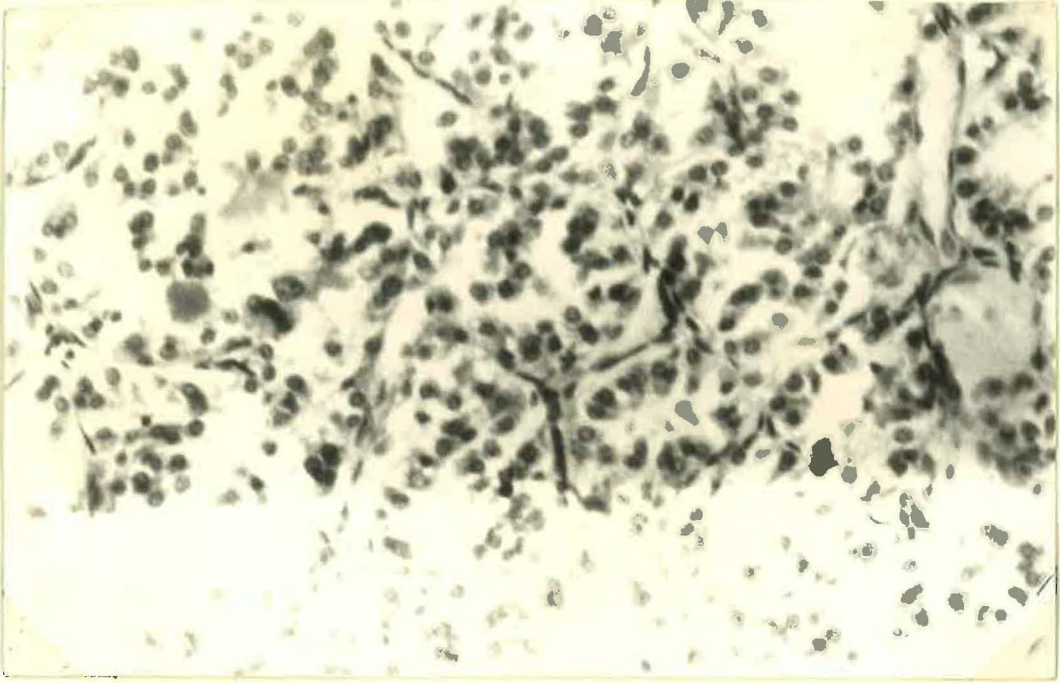
Tablo-14:Silverman iğnesi ile yetersiz materyel tesbit edilen 2 vakada rezeksiyon bulguları.

Kolloidal guvatr	1
Kistik kolloidal guvatr	1

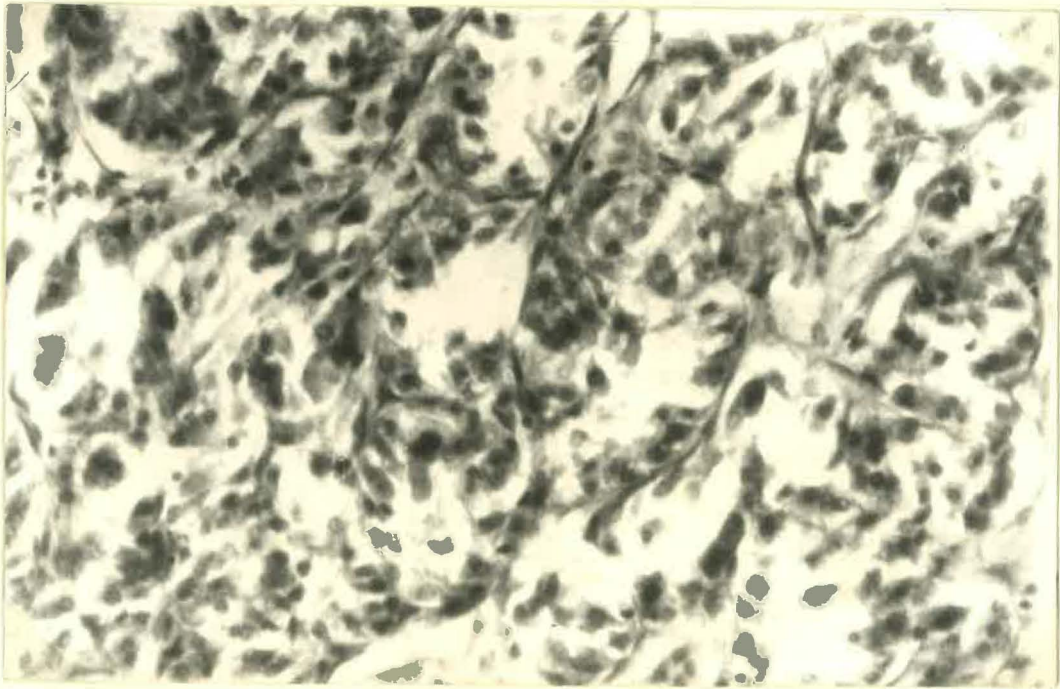
12.Tabloda belirtildiği gibi Silverman iğne biyopsisi ile kolloidal guvatr teşhisi konan 12 vakanın 10 unda subtotal tiroidektomi sonucu teşhis aynı olmuştur.Ameliyattan sonra 1 vakada fötal adenoma tesbit edilmiş olup,diğer 1 hastamızda larinks karsinomu bulunması nedeniyle cerrahi girişim yapılmamıştır.

13.Tablonun tetkikinden anlaşılacağı gibi Silverman iğne biyopsisi ile fötal adenoma tesbit edilen 2 vakanın 1 inde post-operatuvar mikroskopik inceleme ile bu teşhis doğrulanmış,diğer hastada ise ameliyat sonucu histopatolojik bulgu follikü-

ler karsinoma teşhisi göstermiştir (Resim-9 ve 10; Tablo-9;18. vaka).



(Resim-9):Biyopsi,Foliküler karsinoma,10X16.



(Resim-10):Rezeksiyon,Foliküler karsinoma,10X16.

Yapılan biyopsiye rağmen, alınan materyelin yetersizliği nedeniyle 2 vakada teşhis ameliyattan sonra sağlanmıştır ve bu hastalarda da kolloidal guvatr söz konusu olmuştur.

T A R T I Ş M A

Tiroid hastalıklarının histopatolojik teşhisi genellikle güçlük arzetmektedir. Özellikle hiperfonksiyon hali varsa zorunluk daha da artar. Nodüler guvatrlarda mikroskopik inceleme için yapılan kesitlerin çeşitli kısımlarında farklı histolojik görünümeler mevcut olabilir. Bundan başka tiroid dokusunda bulunan patolojik değişikliğin saptanması kolay değildir. Bu yüzden son zamanlarda ince iğne ve Vim-Silverman iğnesi ile yapılan tiroid ponksiyon metodu çok kullanılmaktadır.

Saito'nun bildirdiğine göre (26), tiroid iğne biyopsisi ilk defa 1940 yılında denenmiş ve daha sonra başka yazarlarda bu usulden söz etmişlerdir (3,4,7,8,9,11,12,14,15,18,19,20,22, 23,25,29).

İki gurub halinde toplam 40 hastada uyguladığımız tiroid iğne biyopsisinden çıkardığımız neticeyi iki maddede sunmayı uygun bulduk.

I. İnce iğne ile ponksiyon yaptığımız 20 vakanın ancak 1- inde (% 5) doğru histopatolojik teşhise varılabilmıştır. 19 vakada (% 95) ise bize bir fikir vermemiştir. İlk defa yapılan ince iğne biyopsisi de istenen neticeyi sağlamamıştır (26). Söderstrom ise daha sonra uygulanan ince iğne biyopsisinin olumlu bir sonuca ulaşamadığını ifade etmiştir (29). İnce iğne biyopsisi yapanlar arasında Boehme ve ark. (4) en yüksek teş-

his değeri vermişler ve bunun % 52 nisbetinde olduğunu söylemişlerdir. Halbuki bu oranın içine Silverman iğne biyopsisini dahil etmelerinden ileri gelmektedir. Bu nedenle ince iğne biyopsisinin tiroid hastalıklarının teşhisindeki öneminin şüpheli olduğu düşüncesindeyiz. Çünkü ince iğne ile daima tiroid dokusu alınamamakta, ancak toplu iğne başı büyüklüğünde parça tennin edilebilmekte ve bu da ekseriya kolloid materyel, epitel hücreleri veya kan elemanlarından oluşmaktadır. Tabîî ki buda bize kesin histopatolojik neticeyi sağlayamamaktadır.

II. Silverman iğnesi ile biyopsi yaptığımız 20 vakanın 15 inde (% 75) doğru histopatolojik teşhis konmuştur. Kalan 5 hastanın 1 inde biyopsi ile teşhise varılmış ancak bu şahıslarinks karsinomu bulunması nedeniyle ameliyat yapılmamıştır. 2 sinde yeterli materyel elde edilememiştir. Diğer 2 vakada da biyopsi ile postoperatuvar mikroskopik bulgu farklı olmuştur. Bunlardan birinde ponksiyonla fötal adenoma ve ameliyat sonucu tetkikte ise folliküler karsinoma tesbit edilmiştir. Fötal adenomanın prekanseröz bir lezyon olduğu ileri sürülmektedir (2).

1945 de Crile ve Hazard, Silverman iğne biyopsisini kullanmaya başlayarak yaygın hale gelmesini sağlamışlar ve 1951 de yaptıkları yayında ise % 95 olumlu netice aldıklarını bildirmişlerdir (8). Literatür incelendiğinde; Crile ve Vickery'nin % 75 (9), Hamlin ve Vickery'nin % 74 (18), Deely Thomas'ın % 38 (11), Beahrs ve ark.'nın % 62 (3), Saito'nun % 91,7 (26), Heilmann ve ark.'nın % 77 (20), Hawk ve ark.'nın % 93 (19), Gürkan'ın % 90 (15), Ling ve ark.'nın % 94 (22) müsbet sonuç elde et-

tikleri anlaşılmaktadır. Bizim bulgumuzunda diğer araştırmacıların vardığı sonuçlara uyduğunu ifade etmek isteriz.

Silverman iğnesi ile elde edilebilen tiroide ait parça 2 cm. uzunluğunda ve 2 mm. genişliğinde ve genellikle tek bir ponksiyon sayesinde ezilmeden doku alınabildiğinden patoloğun mikroskopik inceleme yapması mümkündür.

Yukardaki açıklamalardan anlaşılacağı gibi Silverman iğne biyopsisinin ince iğne biyopsisinden çok daha üstün bir metod ve tiroid hastalıklarının tanısında da bir değeri olduğu kabul edilebilir.

Tiroid ponksiyonu yapılırken kanama, enfeksiyon (14,18) ve tümör hücrelerini yayma (transplantasyon) (1,6,7,8,18,19) gibi komplikasyonlardan söz edilmiştir. Kanama olunca, nodül büyüme gösterir ve gittikçe artarsa solunum ve yutma güçlüğü meydana çıkabilir. Bu takdirde entübasyon veya gerekirse trakeostomi yapılabilir. Tiroid iğne biyopsisi uyguladığınız 40 vakanın 3 ünde cilt altında ve guvatr içerisinde önemsiz kanama gördük. Steril şartlar altında ponksiyon yapıldığından hiçbir vakamızda enfeksiyona rastlamadık. Yukarıda zikrettiğimiz gibi kanser hücrelerinin iğne yolu boyunca yayılabileceğini söyleyenler olduğu gibi, ponksiyonun kesin teşhis sağladığını ve kanserlerde bir sakıncası olmadığını iddia edenler de vardır (5,9,10,13,14,15,16,17,25,27,29,30). Crile; gerek ponksiyon biyopsisi ve gerekse ameliyat esnasında malign hücrelerin yayılabileceğinden bahsetmiştir (6). Ameliyattan sonra bu şekilde yayılma meydana gelen bir vakaya rastladığımızı belirtmek isteriz (Tablo-9; no.6). Guvatrdan ameliyat olan bu hastamızda papiller karsinoma

tesbit edilmiş olup birbuçuk yıl sonra nüksetmişti.İkinci ameliyatında cilt-cilt altı ihtiva eden parçadan hazırlanan preparatta kapillerlerin lümenlerinde tümör hücreleri görülmüştür. Kanser hücrelerinin biyopsi sırasında yayılması konusu oldukça tartışmalıdır.Tiroid kanseri nedeniyle yapılan ameliyatlarda; konulan pensler ve manüplasyonların tümör hücrelerini dolaşma atacağını ve lokal implantasyon oluşacağını söyleyenlen bulunmaktadır;buna karşılık malignite teşhisi elde edilmeden yapılan total tiroidektomiden sonra görülen komplikasyonlar dikkate alınırsa iğne biyopsisinin çok sakıncalı olmadığı anlaşılmır.Böylece erken teşhis konur ve ameliyat plânlanır;ayrıca inoperabl vakalarda tanıya yardım ederek uygulanacak nonoperatif tedaviye yol gösterir;ponksiyon biyopsisi ameliyattan çok daha hafif bir müdahaledir.İğne biyopsisinin lokal implantasyon husuile getirme riski 1/20.000 olarak bildirilmiştir,bu tehlike anestezi riskinden daha az gibi gözükmektedir (7).

S O N U Ç

Elde ettiğiniz bulguları ve tartışmanın sonucunu değerlendirdiğinizde:

1.İnce iğne biyopsisi ile 20 vakanın 1 inde (% 5) müsbet sonuç alınmış olup bu usulün tiroid hastalıklarında mühim bir değeri olmadığı ortaya çıkmaktadır.

2.Vim-Silverman iğnesi ile biyopsi yapılan 20 hastanın 15 inde (% 75) doğru teşhis konulmuştur.Bu sonuç dünya literatüründe tesbit edilen neticelere uymaktadır.

3.Tekniğinizde herhangi bir mühim komplikasyon olmamıştır.

4.Silverman iğne biyopsisi tiroid hastalıklarının teşhisinde yardımcı ve faydalı bir usuldür.

Ö Z E T

1.Tiroid hastalıklarında preoperatif devrede kesin teşhis koyabilme gayesi ile 20 hastada ince iğne biyopsisi ve diğer 20 vakada ise Vim-Silverman iğnesi ile biyopsi yapılmış ve bunlardan elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

2.İnce iğne ile % 5 ve Silverman iğnesi ile % 75 doğru teşhis konulmuştur.

Buna göre Silverman iğne biyopsisi;basit,pratik,ekonomik olup,süratle ve her yerde yapılabilen komplikasyonu olmayan ve hastaya en az zararlı olan güvenilir bir metod olduğundan bu tekniği tavsiye ederiz.

L İ T E R A T Ü R

- 1.ABAOĞLU,C., ALEKSANYAN,V.:Semptomdan teşhise.İst.Univ.Tıp Fak. yayınlarından.Sernet Matbaası,5.baskı,1970,256.
- 2.ANDERSON,W.A.D.:Pathology.Fifth edition.The Most Company, V:2,1081-1099,1966.
- 3.BEAHRS,O.H. WOOLNER,L.B., ENGEL,S.,and McCONAHEY,W.:Needle biopsy of thyroid gland and management of lymphoid thyroiditis. Surg. Gynec. Obstet. 114:636-639,1962.
- 4.BOEHME,E.J., WINSHIP,T., LINDSAY,S.,and KYPRIDAKIS,G.:Evaluation of needle biopsy of thyroid gland. Surg. Gynec. Obstet. 119:831-834,1964.
- 5.BORÇBAKAN,C.:Beyun Hast.Ank.Tıp.Fak.Yayın.1969,192.

6. CRILE, G. Jr.: Danger of surgical dissemination of papillary carcinoma of thyroid. Surg. Gynec. Obstet. 102:161-165, 1956.
7. CRILE, G.: Treatment of thyroid cysts by aspiration. Surgery, 59:210-212, 1966.
8. CRILE, G. Jr., HAZARD, J. B.: Classification of thyroid with special reference to use of needle biopsy. J. Clin. Endocr. 11:1123-1127, 1951.
9. CRILE, G. Jr., VICKERY, A. L.: Special uses of Silverman biopsy needle in office practice and operation. Am. J. Surgery 83:83-85, 1952.
10. DAVIS, L.: Cristopher's textbook of surgery. W. B. Saunders Company, Philadelphia, Eight Edition, 1964, 334.
11. DEELY THOMAS, J.: Prill biopsy result with a high speed pneumatic drill. Acta Un. Int. Cancr, 16:338-340, 1960.
12. EINHORN, J., FRANZEN, S.: Thin needle biopsy in the diagnosis of thyroid disease. Acta Radiol., 58:321-336, 1962.
13. ESER, S.: Tiroid ve Hastalıkları (Fizyopatoloji), Kader Basım evi, İst., 1953, 67-69.
14. GALVAN, G.: Feinnadelpunktion und Zytodiagnostik kalter Strumaknoten im Struma-Endemiegebiet. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 32:1631-1635, 1970.
15. GÜRKAN, K. İ.: La valeur de la ponction-biopsie pour le diagnostic des maladies de la glande thyroïde. Rev. Méd. Moy. Or. 22:245-252, 1965.
16. GÜRKAN, K. İ.: Pratik Cerrahi. İst. Üniv. Yayınlarından. İsmail Akgün Matbaası, 2. Cilt, 1958, 182.
17. GÖRPE, A.: Klinik Endokrinoloji, İst. Üniv. Tıp Fak. Yayınların-

- dan, 1st. Matbaası, 1964, 169-312.
18. HAMLIN, E., VICKERY, A. L.: Needle biopsy of thyroid gland. The New England J. of Med. 254:16, 742-746, 1956.
 19. HAWK, W. A., CRILE, G., HAZARD, J. B., BARRET, D. L.: Needle biopsy of the thyroid. Postgrad. Med. 38:579-584, 1965.
 20. HEINMANN, P., SCHNURER, L. B.: Needle biopsy of thyroid gland. A report of 117 cases with special reference to the diagnostic accuracy of the method in benign thyroid disorders. Acta. Chir. Scand. 128:85-93, 1964.
 21. KOLOĞLU, S.: Endokrinoloji. Ank. Üniv. Tıp Fak. Yayınlarından. Balkanoğlu Mat. Ltd. Şti. 1961, 247-375.
 22. LING, S. M., KAPLAN, S. A., WEITZMAN, J. J.: Euthyroid goitres in children: Correlation of needle biopsy with other clinical and laboratory findings in chronic lymphocytic thyroiditis and simple goitres. Pediatrics. 44/5(I):695-708, 1969.
 23. MYREN, J., SIVERTSEN, E.: Thin-needle biopsy of the thyroid gland in diagnosis of thyrotoxicosis. Acta Endocr. 39:431-438, 1962.
 24. ÖKTEM, K., TOSYALI, N., ÖZİNAN, E.: Diyarbakır ve dolaylarında guvatr. Tiroid bezi ve hastalıkları simpozyumu. Diyarbakır Tıp Fak. Yayınlarından. No. 4, 1971, 96-109.
 25. PETER, O. K., WALTER, L. F., and Wynn, J.: Indication for thyroid needle biopsy: Suppurative thyroiditis. Southern Med. J. 59:182-184, 1966.
 26. SAITO, S.: Needle biopsy of thyroid, specially in thyroiditis. Gunn. J. Med. Sci., 12(4):304-316, 1963.
 27. SCHWARTZ, S. I.: Principles of surgery, Mc Graw-Hill Book Comp.

New York, 1969, 1295.

28. SILVERMAN, I.: New biopsy needle. Am. J. Surgery. 40:671-672, 1938.

29. SÖDERSTROM, N.: Puncture of goitres for aspiration biopsy. Acta Med. Scand. 144:237-244, 1952.

30. Tıbbî Cerrahi El Kitabı. İst. Üniv. Tıp Fak. El Kitapları serisi No. I, cilt: 3, Birinci Baskı, Özışık Matbaası, 1967, 420.
