

**Bölüm Editörü:** Yücel ÜSTÜNDAĞ

## Yeni 22G kor iğnenin etkinliği ve kullanılabilirliğinin araştırılması: Bir prospektif karşılaştırma çalışması

**Hucl T, Wee E, Anuradha S, Gupta R, Ramchandani M, Rakesh K, Shrestha R, Reddy DN, Lakhtakia S.**

**Feasibility and efficiency of a new 22G core needle: a prospective comparison study. Endoscopy 2013;45:792-8.**

Endoskopik ultrasonografi (EUS) eşliğinde yapılan örneklemelerin tanısal doğruluğu %60'lara kadar inebilmekte, on site sitopatolog yoksa bu oran %10-15 kadar daha azalabilmektedir. Sitolojide nükleer değişiklikler (büyüme, anisonükleosis) inflamatuvar, rejeneratif ve reaktif değişikliklerden etkilenebilmektedir. EUS ince iğne aspirasyonu (FNA) ile %5-7 arasında değişen oranlarda yanlış negatiflikler de bildirilebilmektedir. Lenfoma, stromal tümörler ve nöroendokrin tümörlerde immün histokimyasal incelemelerin ayrı bir önemi vardır ve EUS FNA örnekleme bu olgularda ayrıca yeter- siz kalabilmektedir. Mevcut 19G Trucut-Quick kor iğnelerin transduodenal kullanımı oldukça zor olmaktadır.

Bu çalışmada solid pankreatik kitleler ve peri-intestinal lenf nodlarının tanısal örneklemede EUS klavuzluğunda ve yeni 22G prokor iğne yapılan doku biyopsisinin uygulanabilirliği, etkinliği ve güvenilirliği araştırılmış ve sonuçlar standart 22G iğne ile yapılan EUS FNA verileri ile karşılaştırılmış.

Toplam 144 hastada (ortalama 48 yaş, 80 Erkek) 145 lezyona (39+-15 mm, range 15-99 mm) (69 pankreatik kitle, 64 mediastinal lenf nodları, 12 abdominal lenf nodu) bilgisayar ile yapılmış olan randomizasyon ile EUS FNA veya EUS ince iğne biyopsisi (FNB) ardışık olarak yapılmış. Biyopsiler duodenum, mide ve özofagustan yapılmış. EUS FNA (1 pass: 10 giriş) endoskopistin beyaz solid doku parçasının varlığını görünceye kadar tekrarlanmış. EUS FNA yapıldıktan sonra iğnenin stile geçirilmiş ve ardından iğne SF ile yıkanarak gelen parçalar formalin içine atılmış. Ardından diğer iğneyle de örnekleme-EUS FNB- gerçekleştirilmiş. Bu çalışmada primer olarak olguların yüzde kaçında yeterli doku elde edilebildiği ve doğru teşhis yüzdesinin ne olduğu araştırılmış. Kaç pass yapıldığı, kanın varlığı, histopatolojik kalite, örneklemenin yeterliliği, patolojik tanı, iğne örnekleme sıralaması tüm olgularda kayıt edilmiş. Olguların 139'unda takip yapılabilmemiş. Malign-benign tanıları şu kriterlere göre konulmuş; 1-Cerrahi rezeksiyon örneği 2-Histopatolojide kesin malini-

te bulguları ile beraber, uygun EUS görünümü ve klinik takip bulgularının varlığı 3-Sitolojik-histolojik olarak malinite bulgusu olmayan olgularda 6 aylık takip sonucu elde olunan veriler. Sonuçta 61 olgu malign, 78 olgu benign olarak kabul edilmiş. Pankreatik kitle olgularının 38'inde adeno Ca, 9 nöroendokrin tümör, 3 seröz kistadenom, 2 solid pseudo-papiller tümör, 1 lenfoma, 1 spinosellüler kanser, 14 kronik pankreatit saptanmış. Lenf nodu grubunda 50 olgu tüberküloz (TBC), 13 malign lenfadenopati (LAP), 8 benign reaktif LAP olarak bulunmuş. 6 olguda nihai tanı cerrahi spesimende, 56 olguda sitoloji-histoloji ile malinite, 76 olguda 6 aylık takip ve sitoloji-histoloji verileri ile benign tanı konulmuş. 6 olguda biyopsi veya daha ileri klinik takipte kesin tanı konulamamış. 73 olguda önce FNB, 72 olguda önce FNA yapılmış. Her iki iğne de rahatlıkla endoskopun biyopsi kanalından girilip, uçtan çıkartılabilmemiş ve ultrasonografi (USG) ile kolaylıkla görünür yapıdaymış. Stile her iki iğneden rahatlıkla çıkartılabilmemiş ve herhangi bir komplikasyon olmadan kullanılabilmemişler. Yeterli doku alınması FNB için 1.2±0.47, FNA için 2.47±0.93 girişle mümkün olabilmemiş. FNB için 115 olguda sadece 1 pass, 27 olguda 2 pass, 3 olguda 3 pass ile giriş yapılmış. FNA için 20 olguda 1 pass, 60 olguda 2 pass, 43 olgu 3 pass, 21 olgu 4 pass, 1 olgu 5 pass gerektirmiş. Pankreatik kitle ve lenf nod örneklemelerinde pass sayısı farklı değilmiş. Ayrıca, transözofageal, transgastrik ve transduodenal giriş açısından FNA ve FNB açısından fark bulunmamış. Yeterli doku elde edilme oranları FNB için %86 ve FNA için %87 olarak raporlanmış (p:0.72). Tanısal doğruluk FNB için %79 ve FNA için %80 olarak bildirilmiş. Pankreatik kitle lezyonlarında yeterli doku FNB için %92.8 olguda, FNA için %87 olguda elde olunmuş ve tanısal doğruluk %86.8 FNB için, %75 FNA (p:0.046) olarak raporlanmış. Lenfadenopati için %80.3 FNB ile %88.2 FNA ile yeterli doku sağlanırken, tanısal doğruluk bu olgularda 71.8% FNB ile 85.9 FNA (p:0.02) ile gerçekleşmiş.

Üstündağ Y. Feasibility and efficiency of a new 22G core needle: a prospective comparison study. Endoscopy Gastrointestinal 2015;23:64-65.

İletişim Yücel ÜSTÜNDAĞ  
 Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,  
 Gastroenteroloji Kliniği, Zonguldak,  
 Tel: +90 372 261 01 69 • E-mail: yucelustundag@yahoo.com.tr  
 Geliş Tarihi: 11.11.2013 Kabul Tarihi: 15.11.2013

## YORUM

Bu çalışmada primer hedef 22G Quick-kor iğne ile yapılan FNB ve standart 22G FNA örneklemelerinde elde edilen optimal histolojik doku örneklemelerinin karşılaştırılmasıdır. Yani FNA ile elde olunan sitolojinin ek katkısı değerlendirme dışı tutulmuştur. Bu yönde bakıldığında Hucl T ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada, optimal doku içeren örneklem FNB ile %69 olguda, FNA ile %66 olguda gerçekleştirilmektedir. Yazarlar bu verilerin iğne sıralaması ve örneklemin kanlılığı ile ilişkisi olmadığını savunmaktadırlar. Bu çalışmada FNA olgularında sitolojik incelemenin göz ardı edilmesi nedeni ile kanlı örneklemin bu çalışmanın sonuçlarını etkilememesi çıkarımı mantıklı gözükmemektedir. Diğer bir nokta ise burada belirtilen FNB ile %69'luk optimal doku örnekleme oranı daha önce Bang JY ve ark tarafından belirtilen %80 oranından çok daha düşük olması düşündürücüdür (Bang JY, et al. GIE 2012).

Bu araştırmada, 22G kor iğne %86 olguda yeterli doku elde olunabilmiş, %79 olguda doğru teşhis edilebilmiş. Bu değerler FNA ile elde edilen sonuçlara yakın olarak kabul edilebilirler. FNA için 'on site sitopatolog' varlığına ihtiyaç duyulması, kor dokunun olmaması, hücreler dışında doku yapısının görülmemesi dezavantajlarıdır. FNB özellikle duodenumda pankreas baş lezyonları için kullanıldığında iğnenin sertliği ve angulasyon nedeni ile zorluklar olmaktadır. Ancak, literatürde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, Quick-kor iğne ile FNA'ya göre daha yüksek tanısal oranları bildiren yazarlar mevcuttur (%85 vs %60 Levy M, et al. GIE 2003). Bununla beraber pankreatik kitle lezyonları için FNA ile %100

doku örneği elde edilebildiğini gösteren yayın da vardır (Bang JY, et al. GIE 2012).

Bu çalışmada özellikle pankreatik lezyonlar için FNB ile elde olunan tanısal doğruluk FNA'dan daha yüksek olarak bulunmuş (%86.8 FNB için, %75 FNA). Bu iğne ile 144 olguda herhangi bir komplikasyon olmadığı da ifade edilmektedir. Yani Quick-kor iğne kullanımının güvenli ve etkin bir örnekleme sağladığı anlaşılmaktadır. Bununla beraber FNA'nın lenf nodları için FNB'den daha yüksek doğruluk oranları olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmadaki en önemli eksikler şöyle sıralanabilir; 1-lezyonların örnekleme sonuçlarını konfirme edici doku patoloji verileri yoktur. 2- sadece transduodenal olarak pankreasdan, transözofageal olarak mediastenden örnekleme yapılmış, transgastrik veya transrektal örnekleme bu çalışmada yer almamıştır. 3- Hem endoskopist hemde patoloğun hangi iğne kullanıldığına ait bilgiye kör olmaması söz konusudur. Diğer bir husus ise bu çalışmanın primer hedefi doku elde edilebilirliğinin karşılaştırılması olmakla beraber, 144 olguda FNA'da sitolojik incelemede yapılsaydı, elde olunan teşhis başarı oranının çok daha fazla olabileceğidir.

Sonuç olarak %86 alınan dokunun yeterliliği, %79 teşhis doğruluğu ile 22G Quick-kor iğnenin etkin ve güvenli bir örnekleme sağladığı gözükmemektedir. Bu iğne ile yapılan FNB'de daha az sayıda iğne geçişi, daha kısa süreli işlem zamanı, daha az anestezi süresi sağladığı gözükmemektedir. Bu iğne duodenumda da rahatlıkla kullanılabilen ve işlemin komplikasyon riskini arttırmamaktadır.

Yücel ÜSTÜNDAĞ

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıklar Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Zonguldak