



PROSTAT KANSERİ TANISINDA ASPİRASYON SİTOLOJİSİ (****)

Dr. Ruhi K. TÜRKYILMAZ (*), Dr. Reha ÖZKEÇELİ (),
Dr. Fuat ÖZBİLEN (***), Dr. Uğur ERKEN (****)**

Prostat kanserinin erken tanısı 40 yaşın üstünde yapılan dikkatli rektal muayeneye dayanır. Prostat üzerindeki sert sahaların kanser olasılığı % 50 olarak bildirilmiştir (¹⁻²).

Klinik olarak prostat kanserinden şüphe edildiği zaman hastalığı histolojik olarak tanımlamak amacıyla biyopsi yapmak gereklidir. Biyopsi materyeli Transuretral rezeksiyon, açık perineal biyopsi, perineal iğne biyopsileri gibi metodlarla yapılır (³).

Perianal aspirasyon biyopsisi prostatın sitolojik muayenesi için ilk kez 1930'da Ferguson tarafından yapılmış, prostatın aspirasyon biyopsisi ise ilk kez 1960'da Franzen ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (³).

Burada sunduğumuz çalışmamızda 54 - 87 yaş grubundaki 25 hastayı inceledik. Bu hastalarda klinik olarak prostat irileşmesi olup 4 tanesi kanser yönünden şüpheli idi. Transuretral rezeksiyon uygulamak için kliniğimize yatırılan bu hastalardan ameliyattan önce Franzén iğnesi ile transrektal aspirasyon biyopsisi aldık.

Biyopsi materyeli lama püskürtülerek fikse edildi, Papanicolaou tekniği ile boyandı. Sitolojik değerlendirmeler H. Ü. Tıp Fakültesi Sitoloji Bölümü, Patolojik değerlendirmeler ise Fakültemiz Patoloji Bölümü tarafından yapıldı.

-
- (*) Ç. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Profesörü.
(**) Ç. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Doçenti.
(***) Ç. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Başasistanı.
(****) Ç. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Asistanı.
(*****) V. Ulusal Üroloji Kongresi Kıbrıs 1979.

Vakaların sitolojik olarak 20 tanesi benign (negatif), 3 tanesi pozitif bulunmuştur. Sitolojik tanısı kanser şüphesi olan 1 vaka histopatolojik olarak adenokarsinoma rapor edilmiştir. 1 vakada yetersiz aspirasyon yapılmış, 1 vakada yanlış negatif sonuç alınmıştır.

1 vakamızda mesane boynunu infiltre eden mesane kanseri sistoskopik olarak görülmüş idi. Daha sonra alınan aspirasyon materyeli transisyonel hücreli kanser olarak bildirilmiştir.

Yaymalarda ayrıca; eritrositler, polimorf nükleer lökositler, monositler, histiyositler ve benign epitel hücrelerine rastlanılmıştır.

Birçok araştırmacıya göre prostat kanseri tedavisini belirlemek için tümörün biyolojik potansiyelini ortaya koymak gereklidir ve bu histopatolojik diferansiyasyon kriterleri ile yakından ilgilidir⁷⁻³. Esposti, Williams, Hedberg, Persson ve Ekman gibi araştırmacılar tümörün diferansiyasyon derecesini tayinde sitolojik çalışmanın değeri üzerinde durmuşlardır. Ancak tümörün sitolojik grade'ini tayin edebilecek alışkın göze sahip bir sitologa ihtiyaç olduğu bir gerçektir. Biz çalışmamızda bu yönde değil fakat tümörün sitolojik olarak tanımlanması ve bunun histolojik sonuçlara uygunluğunun araştırılması yönünden bir değerlendirme yaptık.

Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi vakaların 20 tanesi histopatolojik olarak benign prostat hiperplazisi, 5 tanesi kanser (4 ü adeno kanser, 1 tanesi transisyonel hücreli kanser) olarak tanımlandılar. Sitolojik olarak kanser şüphesi rapor edilen 1 vaka da bunlar arasındadır. Sitolojik sonuç malign (pozitif) olan vakaların histopatolojik tanıları da maligndir.

TABLO — I Sitolojik tanının doğruluk derecesi

Sitolojik tanı		Histolojik tanı		Sitolojik tanının doğruluk yüzdesi
Adedi	Cinsi	Adedi	Cinsi	
4	Ca	5	Ca	% 80
16	BPH	20	BPH	% 80

Yaymalarda benign glandüler hücre görülmeyen vakalar sitolojik olarak benign prostat hiperplazisi (BPH) olan vakalar arasına konulmamıştır. Bu sonuçlara göre kanserli vakalarda sitolojik tanının doğruluk derecesi 4/5 yani % 80; BPH'li vakalarda 16/20 yani % 80 dir.

Bütün vakaların dağılımı Tablo - II'de görülmektedir.

Ekman, Hedberg ve Persson yaptıkları çalışmada sitolojik ve histolojik tanıların % 76 uygunluk gösterdiğini saptamışlardır. Ferguson bu sonucu % 78 ve % 86 olarak bulmuştur. Bishop ve Oliver iki ayrı çalışmalarında uygunluk derecesini % 86 ve % 74 olarak bildirmişlerdir. Bu ya-

TABLO — II Bütün vak'aların dağılımı ve sitolojik - histolojik tanıların karşılaştırılması

Sitolojik Tanı	Histopatolojik Tanı				Toplam
	Kanser	Kanser Şüphesi	Benign	Prostat Dokusu Ø	
Kanser	3	—	—	—	3
Kanser şüphesi	1	—	—	—	1
Benign	1	—	16	—	17
Prostat hücresi Ø	—	—	4	—	4
Toplam	5	—	20	—	25

zarlar tümörün diferansiyasyon derecesini sitolojik ve histolojik olarak kıyaslamışlar her iki sonuç arasındaki yakın benzerliği göstermişlerdir ³⁻⁹.

Vakalarımızdan 1 tanesi sitolojik olarak kanser şüphesi rapor edilmiştir. Burada hücrelerde atipik durum vardır fakat diyagnostik hücre yoktur. Ekman, Hedberg ve Persson'a göre bu sonuç yaymalardaki hücre azlığı, teknik olarak uygun preparat olmayışı, ilâve olarak kronik prostatitin bulunuşu gibi nedenlere bağlıdır.

Teknikte karşılaşılan sorunlardan biride başarısız aspirasyonlardır. Yaymada hücresel materyel yoktur, ya da yayma işlemi, fiksasyon ve boyamadaki hatalar nedeni ile hücre görülememiştir. 1 vakamızda aspirasyon başarısız olmuştur. % 4. Başarısız aspirasyonlar aslında önemli bir sorun olmayıp, aspirasyonların tekrarı sorunu çözmeye yetecektir.

Vak'a klinik ve laboratuvar olarak benign olduğu halde sitolojik sonuç malign ise yalancı pozitiflik söz konusudur. Çalışmamızda bu tip vak'a görülmemiştir. Tersi durumda yalancı negatif sonuçtan söz edilir ki, 1 vakamız bu şekildedir. % 4. Bishop ve Oliver'in çalışmalarında bu oran %2, Hedberg, Persson ve Ekman'a göre ise % 4 dür. İyi diferansiye kanserlerin sitolojik tanıları güçtür. Hedberg ve Persson'a göre tecrübesi artan bir sitolog için yalancı negatif tanı sorun olmayacaktır ³⁻⁹.

Bizim yaymalarımızın 6 tanesinde benign ya da malign prostatik hücre görülememiştir. Aspirasyonların tekrarının bu sayıyı düşüreceği kesindir. Ancak olanaklarımız tekrar aspirasyonların yapılmasına elvermemiştir.

Yapılan araştırmalara göre transrektal aspirasyon biyopsisi ile kalın iğne biyopsi sonuçları arasında önemli bir fark görülmemektedir. Buna karşılık ince iğne aspirasyon biyopsisinin bir takım avantajları vardır. İnce iğne ile santral veya mesane tabanına yakın lezyonlara ulaşmak daha kolaydır. Apikal ve periüretral bölgedeki lezyonlara ulaşmak uretrayı ya-

alamak açısından tehlike taşımaz. Kalın iğnelerle üretra mukozası alındığı patoloji raporlarından anlaşılmıştır (3).

Prostatin kalın iğne biyopsileri kısa bir anesteziyi, hospitalizasyonu gerektirir. Hematüri, dizüri ve daha nadir olarak enfeksiyon gibi komplikasyonları vardır. Aspirasyon biyopsisi ile hiç bir komplikasyon rapor edilmemiştir. (Franzén, 1956; Esposti, 1960; Ekman, Hedberg, Persson, 1967; Bishop, Oliver, 1977). Bu araştırmacıların hiç biri anestezi kullanmamışlardır.

Bizim vak'alarımızda herhangi bir anestezi yöntemi kullanılmamış ve hiçbir komplikasyon olmamıştır.

Burada sunduğumuz çalışmanın ışığı altında, ileride transrektal aspirasyon biyopsisinin prostat kanseri tanısında önemini artıracığına inanıyor; hastayı incitmeyen, uygulaması kolay, sonuçları güvenilir, anestezi ve hospitalizasyon gerektirmeyen bu metodun prostat irileşmesi olan her hastaya uygulanmasını öneriyoruz.

SUMMARY

ASPIRATION CYTOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF PROSTATIC CARCINOMA

In the light of our experience, at future, we beleive that the aspiration biopsy of the prostate will become increasingly important in the diagnosis of prostatic carcinoma. We also demand to apply this to every patient who have prostatic enlargement, because this in an easier, reliable, noninvasive technique and doesn't require any anesthesia and hospitalizattion.

KAYNAKLAR

- 1 — Franzén, S., Giertz, G. and Zajicek, J.: Cytological diagnosis of prostatic tumors by transrectal aspiration biopsy: a preliminary report. Brit. J. Urol., 32 : 193, 1960.
- 2 — Hugh J. Jewett, M. D.: Significance of the palpable prostatic nodule. J. A. M. A., 169 : 838, 1956.
- 3 — Ekman, H., Hedberg, K. and Persson, P. S.: Cytological versus histological examination of needle biopsy specimens in the diagnosis of prostatic cancer. Brit. J. Urol., 39 : 544, 1967.
- 4 — Glenn, J. F.: Urologic Surgery. Harper and Row Publishers Inc., Hagerstown, Maryland, 542, 1975.
- 5 — Blandy, J.: Urology. William Clowes and Sons Limited, London. Vol: II, 937, 1976.

- 6—Bishop, D. and Oliver, J. A.. Study of transrectal aspiration biopsies of prostate, with particular regard to prognostic evaluation. J. Urol., 117: 313, 1977.
- 7—Correa, R. J., Jr., Anderson, R. G. Gibbons R. P. and Mason, , T.: Latent carcinoma of the prostate-why the controversy? J. Urol., III: 644, 1974.
- 8—Franks, L. M., Fergusson, J. D. and Murnaghan, G. F.: And assesment of factors influencing survival in prostatic cancer. Birt. J. Cancer., 12 : 321, 1958.
- 9—Campbell, M. F., Harrison, J. H.: Urology, W. B. Saunders Comp., Philadelphia, Vol: II, 1144, 1150, 1154, 1970.