

بررسی یافته‌های ۱۲۹ مورد بیوپسی توده‌های گردنی با FNA

دکتر عبدالرحیم کوشا*

* استادیار گروه گوش، حلق و بینی - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

FNA یک روش ساده، ارزان قیمت، قابل دسترس و تقریباً بی‌خطر در تشخیص توده‌های گردنی می‌باشد. هدف از این تحقیق بررسی نتایج FNA در تشخیص این بیماران بوده است. بدین منظور از ۱۲۹ بیمار که با شکایت اصلی یک یا چند توده گردنی یا ناحیه پاروتید در طی ۳ سال به بیمارستان توتونکاران رشت مراجعه نموده‌اند، مورد مطالعه قرار گرفتند پس از اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی کامل و انجام مطالعات پاراکلینیک مورد لزوم، از این توده‌ها آسپیراسیون سوزنی (FNA) انجام گردید و نتایج حاصل از آن با تشخیص نهایی که توسط بیوپسی باز (Open Biopsy) بدست آمده بود مقایسه گردید. در ۲۲ مورد چرک (PUS) خارج گردید و تشخیص آبه نهایتاً توسط نتایج بررسی میکروبیولوژی نمونه بدست آمده از بیوپسی و سیر بیماری تأیید گردید.

در بقیه موارد نتایج FNA به سه صورت ۱- خوش خیم (benign) ۲- بدخیم (Malignant) ۳- مشکوک (Suspicious) ذکر گردید که از ۶۲ مورد خوش خیم میزان منفی کاذب ۶/۴٪ و در ۱۲ مورد بدخیم میزان مثبت کاذب صفر درصد بدست آمد (البته منظور از خوش خیم در متن فوق کلیه ضایعات التهابی، مادرزادی و نئوپلاستیک با سیر خوش خیم می‌باشد و منظور از بدخیم ضایعات نئوپلاستیک بدخیم می‌باشد).

۳۳ مورد مشکوک گزارش شد که از میان آنها نهایتاً ۴۹٪ ضایعات خوش خیم و ۵۱٪ ضایعات بدخیم بوده است. دقت تشخیصی بدون احتساب موارد مشکوک ۹۵٪ و در مجموع ۷۱٪ بوده است.

نتیجه گیری: گرچه در این مطالعه دقت تشخیص FNA بیوپسی نسبت به منابع مرجع تا حدی کمتر می‌باشد ولی بدلیل سادگی، مقرون بصره بودن و بی‌خطر بودن آن، می‌توان آنرا بعنوان اولین تست تشخیصی در برخورد با چنین بیمارانی مورد استفاده قرار داد.

کلید واژه‌ها: آسیب‌های گردن / بافت برداری

مقدمه

می‌گشاید و با توجه به محدودیت وسایل تشخیصی گران قیمت مثل C.T اسکن و MRI اهمیت کاربرد و استفاده بیشتر از ابزار ساده‌تر مثل FNA کمک زیادی به ما خواهد کرد.

از آنجا که تشخیص و درمان توده‌های سر و گردن یکی از وظایف مهم متخصصین ENT می‌باشد برای اینکار روشهای مختلفی توصیه شده و ابزار گوناگونی نیز وجود دارد که در درجه اول شرح حال و معاینه فیزیکی کامل و

توده‌های گردنی یکی از شایعترین علل مراجعه به متخصص گوش و حلق و بینی بوده که شایعترین علت آن را در مجموع لانسفادنوپاتی خوش خیم تشکیل می‌دهد (۱۱ و ۱۰ و ۲۰ و ۱۱) ولی در بسیاری از موارد طرز برخورد با این توده‌ها ایجاد چالشهای متعدد تشخیصی و درمانی می‌کند دانستن اطلاعات آماری در مورد این بیماران و همچنین بررسی کاربرد بهترین ابزار جهت تشخیص و نهایتاً درمان موضعی است که روز بروز افقهای جدیدی را بر روی ما

نئوپلاستیک در گروه خوش خیم و ضایعات بدخیم نئوپلاستیک در گروه بدخیم جای داده شده‌اند.

نتایج

نتیجه FNA ۱۲۹ بیمار با توده گردنی یا غده پاروتید که با تشخیص نهایی حاصل از بیوپسی باز مقایسه گردید، بدین شرح بوده است.

در ۲۲ مورد چرک (PUS) خارج شد و تشخیص آبسه نهایتاً توسط نتایج بررسی میکروبیولوژی نمونه بدست آمده از بیوپسی و سیر بیماری تأیید گردید. در بقیه موارد نتایج FNA به سه صورت ۱- خوش خیم (benign) ۲- بدخیم (Malignant) ۳- مشکوک (Suspicious) ذکر گردید.

از ۶۲ مورد خوش خیم میزان منفی کاذب ۶/۴٪ و در ۱۲ مورد بدخیم میزان مثبت کاذب صفر درصد بدست آمد که در نمودار ضمیمه بصورت ستونی نشان داده شده است. در ۳۳ مورد مشکوک گزارش شده نیز نهایتاً ۴۹٪ ضایعات خوش خیم و ۵۱٪ ضایعات بدخیم بوده است. دقت تشخیصی بدون احتساب موارد مشکوک ۹۵٪ و در مجموع ۷۱٪ بوده است. که در نمودار ضمیمه نشان داده شده است.

بحث و نتیجه گیری

مطابق این مطالعه انجام شده اگر جواب پاتولوژی در مورد FNA از ضایعه‌ای مشکوک گزارش شود پزشک باید بیش از ۵۰٪ برای وجود یک بدخیمی حساب باز کند در حالیکه این احتمال در کتب و گزارشات خارجی حدود ۲۰٪ می‌باشد (۳ و ۴ و ۵ و ۱۱ و ۱۰) و در این مراجع دقت تشخیصی FNA برای ضایعات سرگردن بیش از ۹۰٪ و برای غدد بزاقی ۸۰-۶۰٪ در نظر گرفته شده است (۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱۱ و ۱۰) که در بررسی ما در مورد کل ضایعات بدون در نظر گرفتن موارد مشکوک ۹۴٪ و با احتساب موارد مشکوک ۷۱٪ بوده است و در مورد ضایعات خوش خیم و بدخیم تشخیص داده شده توسط FNA (بدون موارد مشکوک) در تیروئید و غدد بزاقی ۱۰۰-۹۰٪ و با احتساب موارد مشکوک بعنوان عدم تشخیص قطعی ۶۰-۵۰٪ بوده است.

این میزان کاهش قدرت تشخیص ممکن است ۱- در اثر عدم انجام اصولی و روش صحیح FNA در این مرکز باشد

سپس روشهای مختلف پاراکلینیک (از جمله CTS و MRI) و نهایتاً تشخیص پاتولوژیک می‌باشد (۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱۰ و ۱۱) انجام FNA یکی از روشهای ساده، ارزان و سریع و با نتیجه قابل قبول جهت تشخیص پاتولوژیک بسیاری از توده‌های سر و گردن بوده (۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۱۰ و ۱۱) که مطابق با آخرین تحقیقات انجام گرفته دارای حساسیت، ویژگی و دقت بالایی نیز می‌باشد (۳ و ۴ و ۵) علی‌رغم این مزایای فراوان، متأسفانه هنوز این متد تشخیصی ارزشمند در استان ما جایگاه واقعی و ویژه خود را پیدا نکرده است. هدف از این مطالعه علاوه بر بررسی کارایی ما و توانایی این روش، (با در نظر گرفتن طریقه صحیح انجام آن و بررسی سیتوپاتولوژیک دقیق) شناساندن آن بعنوان یک ابزار تشخیصی متناسب در توده‌های سر و گردن می‌باشد

مواد و روش‌ها

روش تحقیق، توصیفی و جهت جمع‌آوری اطلاعات بصورت آینده‌نگر (Prospective) از ۱۲۹ بیماریکه با شکایت توده گردنی یا ناحیه پاروتید طی ۳ سال (۱۳۷۵-۱۳۷۲) به بیمارستان توتونکاران مراجعه نموده‌اند، استفاده شد. در این بیماران پس از گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی کامل و بررسی‌های پاراکلینیکی مورد لزوم، FNA انجام شد. انجام FNA توسط سرنگ ۱۰^{cc} (سی سی) با سوزن شماره ۲۱ توسط یک فرد و با روش ثابت و تحت شرایط استریل بوده است و در تمام موارد نمونه کافی جهت انجام سیتوپاتولوژی (در موارد خروج چرک (PUS) همزمان بررسی میکروبیولوژی) بدست آمد و حداکثر طی ۱۲ ساعت به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال گردید. تمام نمونه‌های ارسالی توسط یک مرکز پاتولوژی خاص مورد بررسی قرار گرفته‌اند

گزارشات سیتوپاتولوژی FNA به ۴ دسته تقسیم گردید ۱- خروج چرک (PUS) ۲- خوش خیم ۳- مشکوک ۴- بدخیم

در تمامی بیماران نهایتاً تشخیص منظم و دقیقی با انجام بیوپسی باز (Excisional یا Incisional) و با بررسی‌های میکروبیولوژی حاصل گردید و با نتایج FNA مقایسه گردید.

لازم به ذکر است که جهت سهولت کار و انجام مقایسه در نتایج نهایی ضایعات التهابی مادرزادی و خوش خیم

بصورت متداول مورد استفاده قرار گیرد و آموزش صحیح آن بعنوان یک روش مفید که بسیار ساده و نیاز به ابزار پیچیده‌ای ندارد، صورت گیرد. همچنین تلاش شود تا از امکاناتی نظیر سونوگرافی برای FNA در توده‌های کوچک بهره‌گیری شود (۹) و همکاری هرچه بیشتر متخصصین محترم پاتولوژیست جهت کمک به این امر تشخیص جلب شود.

۲- انجام نشدن FNA تحت سونوگرافی یا سی تی اسکن
 ۳- متداول نبودن FNA و درخواست نتایج سیتوپاتولوژی در رابطه با توده‌های سرورگردن و در نتیجه عدم مهارت پاتولوژیست لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر گسترش و ادامه مطالعات بر روی توده‌های گردنی مراجعه کننده، همزمان روش FNA (در مواردیکه اندیکاسیون مناسب دارد)

منابع

- Emery MT, Newbury JA, Waters RC. Evaluation of the Neck Mass. J S C Med Assoc 1998; 94(12): 548-52.
- Bosch Princep R, Castelano Megias VM, Alvaro Naranjo T. Fine Needle Aspiration Cytology of a Cervical Lymph Node. Acta cytol 1999; 43(3):44206.
- Carrol CM, Najeer U, Trimon CI. The Accuracy of Fine Needle Aspiration Biopsy in the Diagnosis of Head and Neck Mass. Iran J Med Sci 1998; 163(3): 146-51.
- Stewart CJ, Mackenzie K, Mc Garry GW, Mowat A. Fine Needle Aspiration Cytology of Salivary Gland: a Review of 341 Cases. Diagn cytopathol 2000; 22(3): 139-46.
- Mulcahy MM, Cohen JI, Anderson PE, Ditamasso J, Schmidt W. Relative Accuracy of Fine Needle Aspiration and Frozen Section in the Diagnosis of well Differentiated Thyroid Cancer. Laryngoscope 1998; 108 (4pt1):494-6.
- Khanien KO C, Vielh P. Fine Needle Sampling of Salivary Gland Lesions Cytology and Hystology Correlation of 412 Cases of Polymorphic Adenoma. Diagn Cytopathol 1996; 14(3): 195- 200.
- Kumar Singhe P. An Analysis of 5194 Fine Needle Aspiration Biopsy Samples. Ceylon Med 1996; 41(2): 57-6.
- Crosby JH. The Role of Fine Needle Aspiration Biopsy in the Diagnosis and Management of Palpable Masses. J Med Liban 1995; 42(4): 212-15.
- Sack MJ, Weber RS, Weinstein GS, Chalion AA, Nisenbarm HI. Image-guides Fine- Needle Aspiration of the Head and Neck: Five years Experience. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 124(10): 1155-61.
- MC Guirt WF. Differtial Diagnosis of Neck Mass. In: Cammings CW, etal. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 3vol. 3rd ed. ST. Louis: Mosby, 1998: 1686-99.
- Hibbert J. Metastatic Neck Disease. In: Kerr AG. Scott- Brown's Otolaryngology. 6vol. 6th ed. Oxford: Butter worth Heinemann, 1997: 5/17/1-15.

Finding of Neck Mass Biopsy with FNA in 129 Patients

Koosha A

ABSTRACT

The FNA is simple, inexpensive, available and almost safe method for diagnosis of neck mass. The aim of this Research was to assess the result of FNA for diagnosis of this patients. For this purpose 129 patients who had Referred to Tutunkaran Hospital over a period of three years with complaints of one or more tumors in the neck or parotid region was selected. Full medical history was taken, complete physical examination was made and necessary para clinical studies were conducted and FNA was performed. Results were compared with those who had open incision biopsies. In 22 patients pus was drained out and diagnoses of abscess was made and duration of disease was established often pathological studies in remaining cases results of FNA were divided into three main group : I- Benign II- Malignant and III- Suspicious.

In 62 Benign cases 6.4% was false negative and in 12 malignant cases false positive was zero percent (of course, what is meant by benign in this study is inflammatory, congenital and neoplastic lesions with benign progress and what is meant by malignant lessions is neoplastic lesions with malignant progress) 33 patients were reported to be suspicious, among them 49% had benign changes and 51% had malignant changes. Accuracy was calculatively without suspicious cases 95% and 71% at all.

Although the accuracy of FNA biopsy in this study was less than textbooks but because of simplicity, cheapness and safety of this method, use of FNA as the first diagnostic test for neck mass is recommended.

Keyword: Biopsy/ Neck Injuries