

Akciğer Patolojisinde Biyopsi Gönderme Formlarının Önemi, Materyalin Gönderilme ve Patolojik İncelemesindeki Özellikler

Dilek Yılmazbayhan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Pulmoner patolojik inceleme tıbbi konsültasyonun bir parçasıdır. Bu nedenle, doğru tanıya ulaşılabilmesi için biyopsi gönderme formlarının gerekli ve yeterli bilgiyi içermesi gerekir. Biyopsi formlarının ve patoloji raporlarının standardizasyonu doğru tanıya ulaşmanın yanı sıra, istatistiksel bilgilerin toplanması için de gereklidir.

Anahtar kelimeler: Akciğer, patoloji, biyopsi formu

Toraks Dergisi, 2000;1(3):87-93

ABSTRACT

Importance of Request Forms, Features of Examination and Reporting in Pulmonary Pathology

Pathological investigation is a part of medical consultation. For this reason, pathologists need the whole clinical information written in request forms to achieve the correct diagnosis. Standardization of the request forms and pathology reports is also necessary to obtain adequate information for statistical studies.

Key words: Lung, pathology, request form

Pulmoner patolojide doğru tanıya ulaşmak klinik, radyolojik ve patolojik incelemelerin kuralına uygun ve eksiksiz yapılması ile mümkündür. Bu tanımlama patolojik açıdan hava yolları, pulmoner parenkim, vasküler sistem ve destek sistemin incelenmesi anlamını taşır. Sitoloji, biyopsi, rezeksiyon materyalinin incelenmesi ve otopsi bunun yöntemleridir. Alınan materyal rutin tekniklerle uygun bir biçimde incelenmelidir. Bazı özel durumlarda ise özel inceleme yöntemleri uygulanmalıdır.

Bu ilişkinin eksiksiz olarak kurulabilmesi için klinisyen, cerrah ve patoloğun uyum içerisinde çalışması gerekmektedir.

Biyopsinin alınma ve gönderilme şekli klinisyen ve patoloğ tarafından birlikte planlanmalıdır. Frozen kesi, mikrobiyolojik inceleme, bazı histokimyasal, immünohistokimyasal ve moleküler biyolojik incelemeler için taze; bazı incelemeler için -70 derecede veya uygun şekilde fikse edilerek gönderilmelidir.

Kitle varsa biyopsinin kitleden, diffüz interstisyel akciğer hastalıklarında lezyonların en yoğun olduğu bölgeden, bazı özel şartlarda sağlam dokuyu da içerecek şekilde alınması gerekir. Genellikle, teknik olarak kolay olduğu için seçilen lingula veya sağ orta lob ucundan biyopsi alınması, bu bölgelerin interstisyel inflamasyon, fibrozis, vasküler anomalileri daha çok içermesi yönünden elverişli değildir.

MATERYALİN GÖNDERME FORMLARI AŞAĞIDAKİ BİLGİLERİ İÇERMELİDİR:

Hastaya ait bilgiler:

- Hastanın açık adı-soyadı, klinik protokolü, servis ve yatak numarası
- İşi, memleketi, yaşı ve cinsi
- Şikayeti, öyküsü
- Kısa muayene bulguları
- Laboratuvar, radyolojik ve bronkoskopik bulguları

Yazışma adresi: Dr. Dilek Yılmazbayhan
İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, 34390, Çapa- İstanbul
Telefon: 0 212 635 11 71
Faks: 0 212 560 38 29
E-posta: bayhand@superonline.com.

- Klinik tanı
- Önceki biyopsi ve sitoloji tanı ve protokol numaraları
- Daha önce tedavi görmüş ise tedavinin tipi ve dozu
- Alınan materyalin cinsi ve yeri
- Materyalin alınma tarihi

Doktora ait bilgiler:

- Gönderenin açık adı-soyadı
- Telefon numarası

UNUTULMAMALI Kİ, PATOLOJİK TANI TIBBİ KONSÜLTASYONUN BİR PARÇASIDIR!

Yukarıda belirtilen özelliklerin belirtilmesi ayırıcı tanı gerektiren pek çok lezyonun incelenmesinde anahtar rolü oynayacaktır.

AÇIK AKCİĞER BİYOPSİSİ GÖNDERİLİRKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN ÖZELLİKLER:

- Lezyondan kültüre materyal ayrılmalı, kültür steril şartlarda alınmalıdır. Eğer patoloğun kültür alması isteniyorsa parça laboratuvara steril şartlarda ulaştırılmalıdır.
- Ultrastürktürel inceleme için parça alınmalıdır (1 mm)
- Dondurmak için parça alınmalıdır (Genetik, immünohistokimyasal inceleme vs.)
- İncelemesi özellik gösteren hastalıklarda uygun fiksatifin belirlenmesi için önceden patolog ile temas kurulmalıdır.

İnterstisyel akciğer hastalıklarının değerlendirilmesinde patolog tarafından dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir.

- Parça şişirilerek fikse edilmelidir.
- Hava yolları ve damarların disseksiyon mikroskopi altında açılması idealdir.
- Şişirme işleminde formalin veya başka bir fiksatif kullanılabilir.

Fiksatif transplevral olarak, dokunun çeşitli yerlerinden enjekte edilir. Sonra fiksatife yatırılır ve en az 1 saat bekletilir.

- 1 cm'lik frontal perpendiküler dilimler yapılarak incelenir.
- **Makroskopik tanımlamada dikkat edilecek özellikler şunlardır:**
 - Büyüklük (3 boyut)
 - Ağırlık
 - Plevra (varlığı, özellikleri)
 - Parenkimin özellikleri (konsolide, fibrotik, diffüz ya da nodüler lezyon).
- **Örnekleme biçimi:**
 - Tüm biyopsi takibe alınmalıdır.

AKCİĞER REZEKSİYON MATERYALİNİN İNCELENMESİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN ÖZELLİKLER (TÜMÖR DIŞI):

- Materyalin tipi belirtilmelidir (pnömonektomi, lobektomi, segmentektomi, wedge vb.)
- Kültür için materyal alınmalıdır.
- Takip:

Kullanılabilecek bir yöntem bronşiyal sistemin makasla açılarak lezyon dahil akciğerin bıçakla kesilerek incelenmesidir.

Diğer bir yöntem ana bronştan fiksatif enjekte edilerek klemp konulması ve 24 saat bekletme yolu ile fikse olan materyalin 1 cm'lik frontal-perpendiküler yönde dilimler yapılarak incelenmesidir.

Tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklar için, materyal 48 saat fiksatifte bekletilmelidir. Kullanılan kabın da sterilize edilmesi gereklidir.

Asbestoz için kazıma materyal hazırlanır. Havada kurutup *toluidin blue* ile boyanarak veya boyasız kapatılarak asbest cisimleri açısından direkt incelenir.

AKCİĞER TÜMÖRLERİNE AİT REZEKSİYON MATERYALLERİNİN İNCELENMESİNDE DİKKAT EDİLECEK ÖZELLİKLER

Tümör olgularında en çok dikkat edilecek nokta rezeksiyon piyesinin bütün olarak gönderilmesidir. Mediasten ganglionları, çevreden alınacak cerrahi sınır örnekleri ise ayrı ayrı numaralandırılarak gönderilmelidir. Gönderme formu tüm materyali açıklayacak, klinik TNM'yi yansıtacak şekilde düzenlenmelidir.

Gönderme formlarına örnek olarak İstanbul Tıp Fakültesi rezeksiyon materyali gönderme formu verilmiştir (**Örnek form 1**).

Gönderme formunda eksiksiz belirtilen bulgulara paralel olarak, patoloji raporunun da lezyonun tüm özelliklerini kapsar nitelikte olması gerekmektedir. Bu bilgiler hastanın patolojik evrelemesinin eksiksiz yapılabilmesinin yanı sıra, ileri araştırmalara ve bilgi birikimine yönelik özelliklerin de gözden kaçmamasını sağlar. Aynı formatta olmasa bile aynı bilgileri içeren formatların kullanılması akciğer kanseri gibi az sayıda rezeke edilebilir evrede yakalanan tümörler için çokmerkezli çalışmaların da standardizasyonu açısından çok önemlidir.

Bu nedenle İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Raporu örnek olarak verilmiştir (**Örnek form 2**).

Materyalin gönderilmesi ve incelenmesinde yukarıda tanımlanan verilerin düzenli bir şekilde elde edilmesi her şeyden önce bu konuda çalışan hekim grubunun bilinçlenmesi ile gerçekleşecektir. Birçok çalışmada hâlâ dünya istatis-

tikleri kullanılmaktadır. Ülkemizde bu verilerin sağlıklı olarak ortaya konulması ve hasta hizmetinin üst düzeye çı-

karılmasında materyalin bilinçli değerlendirilmesinin çok büyük katkısı olacağı inancındayım.

ÖRNEK FORM 1

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI AKCİĞER REZEKSİYON MATERYALİ GÖNDERME FORMU

Gönderme tarihi

...../...../.....

Gönderen Anabilim / Bilim dalı veya Servis:

Klinik Prot. No. Servis ve yatak No.

Tel:

Hastanın Adı-Soyadı:

Yaşı ve Cinsi:

İşi:

Memleketi:

Materyalin alındığı tarih:

Şikayeti/Hikayesi:

Muayene bulguları:

Laboratuvar ve radyolojik bulgular:

Klinik tanı (Preoperatuar)

Klinik Evreleme:

Tanı Yöntemi:

Önceki Biyopsi Tanısı ve Prot. No.:

Önceki Sitoloji Tanısı ve Prot. No.:

Gönderenin Adı-Soyadı:

AMELİYAT BULGULARI:

Primer tümörün lokalizasyonu:

Sağ taraf () Sol taraf () Mediasten ()
Üst Lob () Orta Lob () Alt Lob () Segment No. () ()

Bronkoskopiye göre: Ana bronş () Trakea () Intermedyer Bronş ()
Diğer:

Rezeksiyon Tipi:

Segmental () Sleeve ile ()
Wedge rezeksiyon () Göğüs duvarı ile ()
Lobektomi () Ekstraplevral ()
Bilobektomi () Lenfatik örnekleme ()
Pnömonektomi () Lenfatik küraj ()

Rezeksiyon Sonucu:

Tümörün tamamı çıkarıldı mı ? Evet() Hayır ()
Plevra sıvısı var mı? Evet() Hayır ()

AKCİĞER REZEKSİYON MATERYALİ GÖNDERME FORMU, devam

Cerrahi Bulgular:

Tümörün Boyutu (mm)	()
Visseral plevra tutulumu	()
Ana Bronş tutulumu	()
Atelektazi var	()
Pnömoni var	()
Lob bronşu tutulumu	()
Ana karinaya 2 cm'den yakın	()
Toraks duvarı tutulumu	()
Diafragma tutulumu	()
Mediastinal plevra tutulumu	()
Perikard tutulumu	()
Kalp tutulumu	()
Damar tutulumu	()
Trakea tutulumu	()
Özofagus tutulumu	()
Vertebra tutulumu	()
Ana karina tutulumu	()

Lenf Ganglionları:

N 1	10 R	Sağ trakeo-bronşial	()
	10 L	Sol Peribronşial	()
	11	İntrapulmoner (İnterlobar, lobar, segmenter)	()
N 2	X	Supraklaviküler	()
	2 R	Sağ üst paratrakeal	()
	2 L	Sol üst paratrakeal	()
	4 R	Sağ alt paratrakeal	()
	4 L	Sol alt paratrakeal	()
	5	Aortopulmoner	()
	6	Anterio-mediastinal	()
	7	Subkarinal	()
	8	Paraözafajial	()
9	Inferior pulmoner ligaman	()	

Metastaz:

Akciğer içi yayılım	()
Diğer organlar	()

Frozen yapıldı mı? Evet () Hayır ()

Frozen Sonucu:

Cerrahi TNM:

ÖRNEK FORM 2

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PATOLOJİ ANABİLİM DALI
AKCİĞER REZEKSİYON PİYESİ PATOLOJİ RAPORU (TÜMORAL)**

PROTOKOL NO:
MAKROSKOPİ

HASTANIN ADI-SOYADI:

Taze () Fikse () Fiksasyonun tipi:
Büyüklik (3 boyut - cm):
Ağırlık (Taze piyes - gr):

Rezeksiyonun tipi:

Segmentektomi	()	Sleeve ile	()
Wedge rezeksiyon	()	Göğüs duvarı ile	()
Lobektomi	()	Ekstraplevral	()
Bilobektomi	()	Lenf nodları ile	()
Pnöminektomi	()		

Plevranın özellikleri:

Fibrozis ()
Fibrin ()
Visseral plevra tutulumu ()
Paryetal plevra tutulumu ()

Tümörün özellikleri:

Büyüklik (3 boyut - mm): ()
Lob ve segment lokalizasyonu: ()
(Sağ- sol; üst- orta -alt)
Bronşla ilişki: Ana bronş tutulmuş () Lob bronşu tutulmuş () Bronşla ilişkisi () Periferik ()
Kanama: ()
Nekroz: ()
Kavitasyon: ()
Büyük damar invazyonu: () Pulmoner arter CS: () Pulmoner ven CS: ()
İnterlobar fissüre yayılım:
Plevraya yayılım:
Bronş rezeksiyon hattına uzaklık (mm):
Plevraya uzaklık (mm):

Tümör dışı akciğer:

Tümör distali:
Çevre Akciğer:

Toraks duvarı:

Çıkarılan kot sayısı/uzunluk ve geniş çapı:
Makroskopik invazyon:
Tutulan kot sayısı ve numarası:
Kemik iliğinin görünümü:

AKCİĞER REZEKSİYON PİYESİ PATOLOJİ RAPORU (TÜMORAL), devam

Lenf Ganglionları (Makroskopik):

	Sayı	Boyut (Üç boyut-mm)	Kapsül (Var-yok)
10 R	()		
10 L	()		
11	()		
X	()		
2 R	()		
2 L	()		
4 R	()		
4 L	()		
5	()		
6	()		
7	()		
8	()		
9	()		

Mikroskopi

Tümörün Histopatolojik Tipi:

Histopatolojik Grade:

Patolojik Evre:

Nekroz:

Müsin içeriği:

Stromal desmoplazi:

Stromal lenfositik infiltrasyon:

Diğer özellikler:

Kan damarı invazyonu:

Lenfatik invazyon:

Perinöral invazyon.

Bronş rezeksiyon hattı tutulumu:

Pulmoner arter cerrahi sınır tutulumu:

Pulmoner ven cerrahi sınır tutulumu:

Parankimal cerrahi sınır:

Visseral plevra tutulumu:

Paryetal plevra tutulumu:

Perikard tutulumu:

Kalp tutulumu:

Trakea tutulumu:

Özofagus tutulumu:

Vertebra tutulumu:

Diafragma tutulumu:

AKCİĞER REZEKSİYON PİYESİ PATOLOJİ RAPORU (TÜMORAL), devam

Akciğer içi ikinci odak:

Büyüklik:

Sayı:

Lokalizasyon:

Tümör distali akc.:

Tümör dışı akc.:

Toraks duvarı tutulumu: Var () Yok ()

Tutulan kot sayı ve numarası:

Kemik iliği tutulumu:

Lenf ganglionları:	Tutulmuş	Sayı	Boyut (mm)	Kapsül invazyonu	Kapsül dışı invazyon
10 R					
10 L					
11					
X					
2 R					
2 L					
4 R					
4 L					
5					
6					
7					
8					
9					

Uygulanan Özel İncelemeler:

Histokimyasal:

İmmünohistokimyasal:

Ultrastruktürel:

Diğer:

KAYNAKLAR

1. Churg A. Lung biopsy handling and diagnostic limitations. In: Thurlbeck WM ed. Pathology of the lung. New York: Thieme Medical Publishers; 1988:69-78.
2. Dahlquen P, Oberholzer M. Lung biopsy: Methods, value, complications, timing and indications. Pathol Res Pract 1979; 164: 95-103.
3. Gaensler EA, Carrington CB. Open biopsy for chronic diffuse infiltrative lung disease. Clinical, roentgenographic, and physiological and radiological correlations in the pneumoconioses. Ann NY Acad Sci. 1972; 200:574-607.
3. Küpeliöglü A, Gökden N, Pabuççuoğlu U, Kargı A. Patolojide makroskopik yöntemler. İzmir: Saray Yayınevi, 1996:35.
5. Nash G, Hutter RVP, Henson DE. Practice protocol for the examination of specimens from patients with lung cancer. Cancer 1996; 77-6. Newman SL, Michel RP, Wang NS. Open lung biopsy: is the lingula representative? Lab Invest, 1985; 52:48.
7. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. 8th ed. New York: Mosby; 1996: 2677-80.
8. Whimster WF. Techniques in pulmonary pathology. In: Hasleton PS ed. Spencer's Pathology of the Lung. New York:Mc Graw Hill; 1996: 1211-1219.