

PERKUTAN KARACİĞER BİOPSİSİ SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞİMŞEK, İ., KUBİLAY, G., AKIN, M., ZİLELİ, N., KOŞAY, S.

ÖZET: Menghini yöntemi ile yapılan perkutan karaciğer iğne biopsisi günümüzde diğer laboratuvar yöntemlerinin yanında yardımcıyla diffüz karaciğer hastalıklarının tanısında en değerli yöntemlerden birisidir. Biz bu çalışmamızda 7 senelik bir süreyi kapsayan 375 perkutan karaciğer iğne biopsisi sonuçlarını değerlendirdik. Kaynak verileri ile kendi bulgularımızı karşılaştırdık.

ABSTRACT: İlkay ŞİMŞEK, Gürkan KUBİLAY, Mustafa AKIN, Nusret ZİLELİ, Sadun KOŞAY, Departments of Internal Medicine and Pathology, Faculty of Medicine, Dokuz Eylül University, İzmir. Evaluation of 375 Percutaneous Liver Biopsy Results.

Percutaneous liver biopsy in which Menghini needle is used, is one of the most valuable methods that are used to diagnose diffuse liver diseases with other confirmatory laboratory examinations. We evaluated the results of 375 percutaneous liver biopsy for 17 years period and compared our results with other literature data.

Anahtar sözcükler: Karaciğer biopsisi, Diffüz karaciğer hastalıkları
Key words: Liver Biopsy, Diffuse liver disease

GİRİŞ: Diffüz karaciğer hastalıklarının tanısında bilinen ve yeni geliştirilen yöntemlere rağmen tanıda güçlükler halen sürmektedir. Karaciğer parankimini diffüz tutan hastalıklarda ve gerektiğinde yardımcı aletlerle alınabildiğinde fokal olaylarda, karaciğer iğne biopsisi tanıda en değerli yöntemlerden birisidir (1,2).

Bilindiği gibi karaciğer biopsisi endikasyonları şunlardır (3):

- 1.Akut veya kronik sarılık
- 2.Akut hepatit ve onun sekeli
- 3.Siroz ve portal hipertansiyon

Doç.Dr.İlkay ŞİMŞEK, Araş.Gör.Gürkan KUBİLAY,Araş.Gör.Nusret ZİLELİ,
Prof.Dr.Sadun KOŞAY, Dokuz Eylül Üniv.Tıp Fak. İç hastalıkları Anabilim
Dalı. M. AKIN, Dokuz Eylül Üniv.Tıp Fak. Patoloji ABD.

4. İlaça bağlı karaciğer hastalığı
5. Alkolizme bağlı karaciğer hastalığı
6. Açıklanmayan hepatomegali ve karaciğer fonksiyon testleri bozukluğu
7. Depo hastalığı
8. Familial hastalığı olanlarda akraba taraması
9. Yer kaplayan oluşumlar.

Bugün için karaciğer iğne biopsisinde kullanılan 2 tip iğne vardır: 1) Menghini tipi, 2) Vim Silverman tipi. Biz kliniğimizde Menghini tipi iğne ile uygun endikasyonlarda karaciğer biopsisi uygulamaktayız. 7 yıldır Menghini tipi iğne ile yaptığımız karaciğer biopsilerinin sonuçlarını toplu değerlendirdik ve koyduğumuz endikasyonlarla sonuç ilişkisini tekrar değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: 1981 yılından bu yana kliniğimizde yaptığımız 375 biopsinin sonuçları değerlendirildi. Bu amaçla olgulara önce USG çektilerik kistik lezyon olma olasılığı ekarte edildi. Daha sonra lokal anestezi altında Menghini iğnesi ile aspirasyon biopsisi yapıldı. Bu çalışmayı ultrasonografi önderliğinde yapılan biopsiler dahil edilmedi. Biopsiler Fakültemizin Patoloji Anabilim Dalında değerlendirildi.

BULGULAR: Kliniğimizde son 7 yıldır yapılan karaciğer iğne biopsilerinin sayısı 375 olup, bunların 159'u kadın, 216'sı erkektir. Bu hastalarda yaş ortalaması 49.33 olup, en genç hasta 16, en yaşlı hasta 96 yaşındadır.

Tablo 1'de giriş bölümünde verilen endikasyonlara uygun olarak saptadığımız endikasyonlar ve bu duruma uyan sonuçlar görülmektedir.

Tablo 1. Karaciğer biyopsisi endikasyonlarının dağılımı.

ENDİKASYON	OLGU SAYISI
1. Hepatomegali	130
2. Hepatosplenomegali	16
3. Transaminaz Yüksekliği	38
4. Alkalin Fosfataz Yüksekliği	6
5. Albumin/Globulin Oranı Patolojik Sapması.	4
6. Sarılık	25
7. Tıkanma Sarılığı Bulguları	9
8. Asit	37
9. Safra Kesesi Taşı	82
10. Fazla Alkol Kullanımı	9
11. HB Ag (+) Olgular	8
12. Yer tutan oluşumlar	11
TOPLAM	375

Tablo 2'de endikasyon koyarak yaptığımız biopsilerin histolojik dökümleri görülmektedir. Burada dikkatimizi çeken özellik karaciğeri diffüz olarak tutan lezyonlardan akut viral hepatitin küçük bir yüzde ile yer almasıdır (%2.4). Bunun nedeni klinikte diğer yardımcı laboratuvar teknikleri yardımıyla çok açık tanı koyulabilen hastalıkta biopsinin fazladan yapılmış olmaması, ya da hastanın bu tanı yöntemine itiraz etmiş olmasıdır. Buradaki sıralamada diğer lezyonlar karaciğer lezyonlarının hasar derecesi gözönüne alınarak yapılmıştır.

Tablo 2. Olguların histolojik dökümü.

OLGU ADI	KADIN	ERKEK	TOPLAM	%	ORT.YAŞ
Normal	20	20	40	10.6	43.5
Albuminöz Dejeneresans	40	24	64	17.06	49.09
Parankimatöz Dejeneresans	4	5	9	2.4	40.0
Hidropik Dejeneresans	16	37	53	14.1	47.5
Yağlı Dejeneresans	35	71	106	28.2	55.4
Vakuoler Dejeneresans	4	1	5	1.3	41.6
Hepatit (Lobuler, Alkolik,Fulminant)	4	6	10	2.6	45.7
Granulomatöz Hepatit	2	4	6	1.6	40.5
Akut viral Hepatit	4	5	9	2.4	48.6
Kronik Persistan Hepatit	6	7	13	3.4	48.7
Kronik Aktif Hepatit	2	4	6	1.6	31.6
Siroz	8	8	16	4.2	57.6
Portal Siroz	1	16	7	1.8	55.4
Biller Siroz	-	2	2	0.5	56.5
Kronik Pasif Konjesyon	4	3	7	1.8	56.4
Kolestas	6	4	10	2.6	42.0
Hepatosellüler Ca.	-	5	5	1.3	48.4
Kolanjiokarsinom	-	2	2	0.5	64.5
Karaciğere Metastaz	3	2	5	1.3	50.4
Toplam	159	216	375	100.0	49.33

Tablo 3'te SGOT ve SGPT değerlerindeki 500 Uniteye kadar olan yükseklik hafif ve orta, 500 Unitenin üzerinde olan yükseklik ise ileri derecede transaminaz yüksekliği olarak değerlendirilmiştir. Burada dikkatimizi çeken bulgu orta derecedeki transaminaz yüksekliğinde yağ dejenerasyonunun sık görülmesidir (%18.5). Burada ikinci sırayı alan akut viral hepatit de orta derecede transaminaz yüksekliği olmasına karşın, biopsinin bu tanıyı doğrulamada daha kesin ve yararlı bir yöntem olduğu dikkati çekmekte ve biopsinin yararını göstermektedir. İleri derecede transaminaz yüksekliği yapan olgularda büyük sıklığın akut viral hepatit tarafından oluşturulması da sürpriz sayılamayacak bir sonuçtur ve kaynakla uyumludur.

Tablo 4 incelendiğinde; hepatomegalisi olan olgulardaki sonuçlarda yağ dejenerasyonunun en yüksek seviyede olduğunu göstermekteyiz. Yağ dejenerasyonu da kendi içinde incelendiğinde bu olguların çoğunun kadın (%71.4) olduğu görülmektedir. Kadınlarda oral kontraseptiflerin fazla kullanılması ve gebelik gibi olayların etkisi nedeniyle bu oran üstünlüğü de literatür bilgileriyle uyumlu bulunmuştur. Bunun yanında 24 olgunun (% 18.4) normal sonuç vermesi bize ilginç gelmektedir.

Tablo 5 incelendiğinde; hepatosplenomegalisi olan olguların dağılımında hidropik dejeneresansın sıklığa göre ilk sırayı alması yine ilginç bir sonuçtur. Burada portal hipertansiyon yaparak buna neden olabilecek sirozun ikinci sırada yer alması yine dikkat çekicidir. Ancak bu tabloya giren olguların sayıca fazla olmaması sınıflandırmanın değerini bir ölçüde gölgelemektedir.

Tablo 6 incelendiğinde; olgu sayısı fazla olmamakla birlikte maddeler arasında dengeli bir dağılım izlenmektedir. Bu da kolestat sendromunda karaciğer biopsisinin tanı yönünden ne kadar avantajlı olduğunun göstergesidir.

Tablo 7'de Albumin/Globulin oranındaki tersleşme ölçü alınarak yapılan sıralamada sirozun ikinci sıklıkla görülmesi bir sürpriz sayılsa da olgu sayısının az olması durumu açıklayabilir.

Tablo 8 incelendiğinde; ikterli olguların dağılımında yağ dejenerasyonunun ilk sırada olduğu görülmektedir. Bu durum bir sebep değil, ikteri yapan nedenlerin karaciğer parankimine yaptıkları etki sonucunda oluşan bir sonuçtur. Bu tablonun çeşitliliğinden, uygun endikasyonda her ikterli olguda karaciğer biopsisinin tanı koydurucu değerinin ne kadar yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 9 incelendiğinde; karındaki asit biopsi için teknik açıdan bir engel taşımamasına rağmen, asit azaltıldıktan sonra yapılan girişimler

Tablo 3. Transaminaz yüksekliği nedeniyle biopsi yapılan olgular

OLGU ADI	HAFİF VE ORTA DERECEDE TRANS. YÜKSEKLİĞİ	İLERİ DERECEDE	TOPLAM	YÜZDE
Normal	3	1	4	10.5
Albuminöz Dejeneresans	3	-	3	7.8
Hidropik Dejeneresans	3	-	3	7.8
Yağlı Dejeneresans	5	1	6	15.7
Hepatit (Toksik)	1	3	4	10.5
Granüloamatöz Hepatit	1	-	1	2.6
Akut Viral Hepatit	4	4	8	21.0
Kronik Persistan Hepatit	4	1	5	13.1
Kronik Aktif Hepatit	2	1	3	7.8
Portal Siroz	1	-	1	2.6
TOPLAM	27	11	38	100.0

Tablo 4. Hepatomegali nedeniyle biopsi yapılan olguların dağılımı

OLGU ADI	OLGU SAYISI	KADIN	ERKEK
Normal	24	10	14
Albuminöz Dejeneresans	19	11	8
Parankimatöz Dejeneresans	1	-	1
Hidropik Dejeneresans	23	17	6
Yağlı Dejeneresans	42	30	12
Hepatit (Toksik)	1	-	1
Granulomatöz Hepatit	1	-	1
Kronik Persistan Hepatit	1	-	1
Kronik Aktif Hepatit	1	-	1
Siroz	6	4	2
Portal Siroz	2	-	2
Kronik Pasif Konjesyon	6	3	3
Kolestaz	3	2	1
TOPLAM	130	77(%59.2)	53(%40.8)

Tablo 5: Hepatosplenomegali nedeniyle biopsi yapılan olguların dağılımı

OLGU ADI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Normal	1	6.2
Hidropik Dejeneresans	8	50.0
Yağlı Dejeneresans	1	6.2
Granulomatöz Hepatit	1	6.2
Kronik Aktif Hepatit	1	6.2
Siroz	2	12.5
Kronik Pasif Konjesyon	1	6.2
Metastatik Lezyon	1	6.2
TOPLAM	16	100

Tablo 6. Alkalen fosfataz yüksekliği olan olguların dağılımı

OLGU ADI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Albuminöz Dejeneresans	1	16.6
Yağlı Dejeneresans	1	16.6
Kronik Persistan Hepatit	1	16.6
Kolestaz	1	16.6
Kolanjiokarsinom	1	16.6
Hepatosellüler Ca.	1	16.6
TOPLAM	6	100

Tablo 7. Albumin/Globulin 1 olan olgular

OLGU ADI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Albuminöz Dejeneresans	1	25
Yağlı Dejeneresans	2	50
Siroz	1	25
TOPLAM	4	100

Tablo 8. İkterli olguların dağılımı

OLGU ADI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Normal	3	12
Albuminöz Dejeneresans	1	4
Parankimatöz Dejeneresans	3	12
Hidropik Dejeneresans	3	12
Yağlı Dejeneresans	8	32
Hepatit (Toksik)	2	8
Granülomatöz hepatit	1	4
Kronik Persistan Hepatit	2	8
Siroz	1	4
Kolestaz	1	4
TOPLAM	25	100

Tablo 9. Asitli olguların dağılımı

OLGU ADI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Normal	4	10.8
Albuminöz Dejeneresans	8	21.6
Parankimatöz Dejeneresans	1	2.7
Hidropik Dejeneresans	2	5.4
Vakuoler Dejeneresans	1	2.7
Yağlı Dejeneresans	9	24.4
Hepatit (Toksik)	1	2.7
Kronik Persistan Hepatit	1	2.7
Siroz	7	18.9
Portal Siroz	3	8.1
TOPLAM	37	100

elde edilen sonuçta, ~~görüldüğü~~ gibi siroz ilk planda görülmektedir. Bizim için enteresan olan bir başka bulgu, yağ dejeneresansı ve albuminöz dejeneresansa gibi karaciğerde reversibl ve daha hafif değişiklikler yapan olguların da azımsanmayacak sıklıkta olmasıdır.

Tablo 10 altında grubumuz tarafından yapılan bir çalışmanın devamıdır (4). Burada safra kesesi taşlarının karaciğer parankiminde yaptığı olumsuz değişiklikler görülmektedir. Burada dikkati çeken en önemli bulgu sadece 3 olguda (%3.6) karaciğer biopsisinin normal olmasıdır. Buna karşın 79 olguda (%96.4) albuminöz dejeneresandan, granülomatöz hepatite uzanan patolojik bulgular saptanmıştır. Bu bulgular günümüzde süren safra kesesi taşlarının saptandığı anda operasyona gönderilip gönderilmemesi tartışmasına bize göre bir yanıt getirmektedir.

Tablo 11'de olgu sayısı az olmasına rağmen aldığımız sonuçlar literatür bulgularıyla uyumluluk göstermekte ve ona uyan bir tablo ortaya çıkmaktadır.

Tablo 10. Kolelitiazisli olguların dağılımı:

OLGU ADI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Normal	3	3.6
Albuminöz Dejeneresans	29	35.3
Parankimatöz Dejeneresans	4	4.8
Hidropik Dejeneresans	13	15.8
Vakuoller Dejeneresans	4	4.8
Yağlı Dejeneresans	27	32.9
Granülomatöz Hepatit	1	1.2
Kolesistaz	1	1.2
TOPLAM	82	100.0

Tablo 11. Ağır alkol alması olan olguların dağılımı:

*Ağır alkol kullanımı 10 veya daha fazla günde 60 cc'den fazla alkol kullanımı olarak alınmıştır.

OLGU ADI	OLGU SAYISI	YÜZDE
Albuminöz Dejeneresans	2	22.2
Hidropik Dejeneresans	1	11.1
Yağlı Dejeneresans	5	55.5
Portaj Siroz	1	11.1
TOPLAM	9	100.0

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu çalışmada 375 karaciğer iğne biopsisi histolojik sonuçlarına göre değerlendirilmiştir. Olguların tümü körleme yapılan, ultrasonografi önderliği kullanılmayan perkutan iğne biopsileridir. Her ne kadar ultrasonografi önderliğindeki biopsinin, körleme Menghini iğne biopsisine üstünlüğünü bildiren yayınlar varsa da (5), bu bizim başka bir çalışma konumuzdur. Bu yüzden ayrıca tartışılacaktır. Ancak bu yayınlarda da belirtildiği gibi ultrasonografi önderliğindeki biopsi ile Menghini iğne yöntemi arasında komplikasyon sayısı bakımından hiçbir fark bulunamamıştır.

Bilindiği gibi karaciğer biopsisi karaciğer hastalıklarının tanısında hala yeri doldurulması çok güç bir tanı yöntemidir. Bunlar arasında özellikle Menghini yöntemi, daha az travmatizan olması ve elde ettiği sonuçlar yönünden alternatifi Vim Silverman'dan aşağı kalmaması nedeniyle pekçok klinikçe benimsenir duruma gelmiştir. Bir çalışmada 20016 biopside mortalitenin %0.17 olması (6,7), yöntemin ne kadar güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu oran 23 382 olguluk bir seride %0.17 (8) olarak bulunmuştur. Bu da bu yöntemin ne kadar güvenilir ve hasta yönünden külfetsiz olduğunu göstermektedir. Ayrıca yine 79 382 olguluk çok büyük bir başka seride bu oran %0.15 olarak bulunmuştur (9). Tüm bu rakamlar hep yöntemin güvenilirliğinin kanıtıdır.

Bizim çalışmamız her ne kadar bu denli yüksek olgu sayısına ulaşmamışsada mortalitenin olmaması bu verileri bir ölçüde desteklemektedir. Bunun yanında hastalarda plörezi, perihepatit, hemobilia, hemoraji, intrahepatik hematom gibi olası komplikasyonlar da çalışmamızda görülmemiştir.

Biz çok sınırlı sayıda hastada analjezikle geçen ağrı dışında bulgu saptamadık.

Yukarıdan beri süregeldiği gibi tablolarımız incelenip tartışıldığında sonuç olarak kaynaklara uygun bulgular elde etmiş bulunuyoruz. Hepatomegalisi olan hastaların incelenmesinde kadınlarda görülen hepatomegali fazlalığı, onların doğaları gereği (hormonal, fonksiyonel, gebelik, oral kontraseptif kullanımı) olabileceği gibi, ülkemiz içinde araştırılmaya değer bir konu gibi gözükmektedir.

Ayrıca ikterli olgularda karaciğer biopsisi sonunda aldığımız sonuçlar bu işlemin uygun hastalıklarda ne kadar değerli bir tanı koyma aracı olduğunu bir kez daha açıklamaktadır.

Sonuç olarak perkutan karaciğer biopsisinin uygun endikasyonlarda ve teknik koşullarda yapıldığında, hasta için külfetsiz, ancak tanı için son derece değerli bilgiler veren bir yöntem olduğunu bu çalışmada birkez daha gördük. Bu yöntemin diğer laboratuvar ve tanı tetkikleri ile

birleştirildiğinde tanı doğruluğu yüzde yüzlere varan bir oran gösterdiği düşüncesindeyiz. Çalışmamızı bu verilerin ışığında devam ettiriyor ve ileride çok daha büyük olgu sayılarıyla bulduğumuz sonuçları tartışacağımızı umuyoruz.

KAYNAKLAR

- 1.Ockner Robert, K. Approaches to the diagnosis of jaundice. Cecil Text book of medicine. 16. baskı, 778.
- 2.Ellot Alpert, K.J. Isselbacher; Tumors of the liver. Harrison's principle of internal medicine. 1976; 7. baskı. 1552.
- 3.Sherlock Sheila; Disease of the liver and biliar system. 1986;7. baskı. 3. kısım. 34-35.
- 4.Şerifoğlu, Ş. Koşay, S. Şimşek, İ. Canda, Ş. Canda, T.: Taşlı kese olgularında karaciğerdeki histopatolojik değişiklikler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Sayı 1. 1987; 56-62.
- 5.Anastassakos, C. Alexander, GJM; Voltencroft, RA.: Ultrason guided biopsy in liver disease. Gastroenterology, 1988; 94, 4, 1099-1104.
- 6.Zamcheck, N. Sidman, RL; Needle biopsy of the liver; its use of in clinical and invastigative medicine; N. Eng. J. Med. 1953; 249, 1020.
- 7.Zamcheck,N. Klausenstock, O; Liver biopsy 2, The risk of needle biopsy N. Eng. J. Med. 1953; 249, 1062.
- 8.Thaler, A. Uber vorteil und risiko der leber biopsie methode nach Menghini Wien Klin. Wchschr. 1962; 29, 533.
- 9.Linder, H; Grenzen und cafahren der perkutanen leber biopsie wit der Menghini nadel. Erfahrungen bei 80.000 leber biopsien Dtsch Med Wachr, 1987; 92, 1751.