

TEŞHİS

Her tümöral işlevde olduğu gibi DMPM'da da tanı tümörden alınan örneklerin patolojik incelemesine dayanır (71-74). Kuşkusuz patolojik tanı için doku örneklemesine gerek vardır. Tümör dokusundan alınan örneğin küçük olması veya tümörün üzerinden tam alınamaması bu güçlüğü iyice arttırır (13,51,56,68,70,72-75). Bu noktada tümör doku örneği edinilmesinde kullanılan yöntemler tartışmada ön plana çıkmaktadır.

Doku - parça temininde kullanılan yöntemler:

DMPM patolojik tanısı için hücre veya doku örneği alımında kullanılan dört yöntem vardır: Plevral sıvı sitolojik (mikroskopik) incelemesi, kapalı plevra iğne biopsisi (KPİB), torakoskopi, torakotomi. Plevra sıvı örneğinde sitolojik inceleme ile tanı şansı son derece düşüktür, yaygın kanaat bu yöntem duyarlılığının % 10' un altında olduğudur. Sitolojideki yeni gelişmeler henüz tanı etkinliğini yeterince arttırmamıştır. Bu nedenle sitolojik inceleme ayrı bir başlık altında konu edilmemiştir. Diğer üçünü sırasıyla ele alacağız:

KPİB:

Plevral patolojilerin tanısı için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Kliniklerde esas olarak Abrams, Cope veya Ramel iğneleri ile yapılır (Şekil 21).



Şekil 21 İğne hasta tarafa dışarıdan sokularak kesici ucu ile parça alınır.

DMPM için tanı duyarlılığı serilere göre % 7 ila % 71 arasında rapor edilmiş olmakla birlikte, yaygın kanaate göre % 40' ın altındadır (72,73). KPİB için kontrendikasyonların göreceli olması, komplikasyon oranının düşüklüğü, hastaneye yatışı gerektirmemesi, tekrar edilebilme kolaylığı ile oldukça ekonomik oluşu bu yöntemin avantajlarıdır. Ancak alınan örnek küçüklüğü ve işlemin kör yapılması da en önemli ve belirleyici dezavantajlarıdır. Bu dezavantajlar DMPM tanısında o kadar önem kazanır ki, hemen çoğu klinik KPİB'ni DMPM kaygısı olan hastalarda kullanmaz. Fakat hemen her konuda olduğu gibi hasta idaresinde de yaşanan ülke

gerçeği göz ardı edilmemelidir; DMPM, ülkemiz için esasen bir kırsal alan sorunudur ve ülkemiz sosyal yapısına bağlı olarak çoğu kırsal alandan gelen hastaların sosyal güvencesi yoktur; dolayısıyla bu hastaların tanı, tedavi ve takip çalışmalarında sıklıkla önemli ve aşılması güç engellerle karşılaşmaktadır. Ayrıca kırsal alanın kendine özgü sosyal-kültürel özellikleri de dikkate alındığında, söz konusu invaziv yöntemle ait etkinliğin arttırılmasının bizim kliniklerimiz için ne denli önem taşıdığı açıkça ortaya çıkar. Bu amaçla KPİB' nin, DMPM ön tanılı olgularda BTT rehberliğinde yapılması tam lezyon üzerinden örnek almaya imkan verebilir. Bu işlem sırasında da çok sayıda (en az 5) örnek alınması ile tanı şansı artabilir. Nitekim bu görüşü esas alan bir çalışmada doğru tanı oranı % 85' e kadar çıkmıştır (Şekil 18) (64).

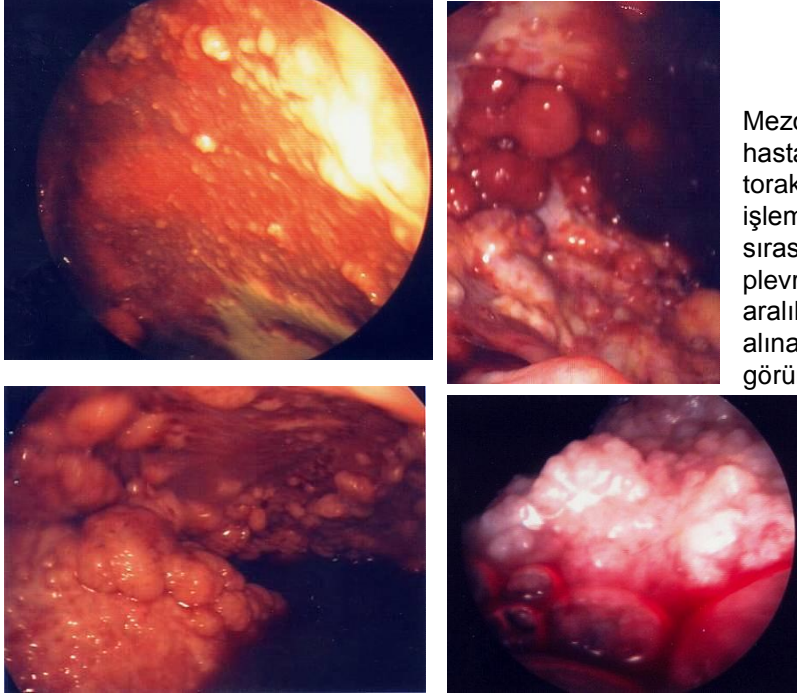
Torakoskopi:

Torakoskopi, göğüs duvarını delerek akciğer zarları arasına bir endoskop (görüş aleti) yerleştirilmesi işlemidir. Hasta bayılmadan lokal anestezi altında yapılır. Ortalama 30-60 dakika arası sürer ve hasta işlem odasını ayakta terk edebilir (75). Son zamanlarda gerçekleştirilen geniş olgu serileri sonrası plevral patolojilerin tanısında etkinliğinin oldukça yüksek, DMPM tanısında duyarlılığın % 80 civarında olduğu kabul ediliyor (56,70,72). Tanı amaçlı kullanılan bu yöntem kolay, çabuk uygulanabilir, nispeten ucuz ve komplikasyon oranı düşük bir tanı yöntemidir (Şekil 22).

Şekil 22 Torakoskopi işlemi



Torakoskopi' nin en önemli avantajı da plevral yüzeylerin - patolojik değişikliklerin görülebilmeye imkân vermesidir. DMPM için patolojik yapının makroskopik görünümünün karakteristik; birleşme eğilimi gösteren, gri-açık sarı-beyaz renkte, parlak, değişik büyüklüklerde nodüllerden oluştuğu belirtilmektedir (Şekil 23). Bu görünümün alınabildiği olgu oranı yaklaşık olarak % 80' dir. Yine bu lezyonların DMPM seyrine uyar biçimde visseral plevra ve akciğer alanlarında gözlenmesi de önemlidir (73,76).



Şekil 23

Mezotelyomalı hastaların torakoskopi işlemi sırasında plevral aralıktan alınan görüntüler.

Doğal olarak torakoskopi aracılığıyla söz konusu bu lezyonlardan görerek, yeterli büyüklükte ve çok sayıda doku örneği alınabilir (76). Torakoskopi' nin diğer avantajları plevral aralıkta tümörün yayımını değerlendirmeye imkân vermesi, yani hastalığın şiddetinin evrenmesindeki etkinliği (74) ve işlem sırasında bazı özel tedavi girişimlerine de imkân vermesidir. Torakoskopi' nin bazı dezavantajları da vardır; komplikasyon oranı KPBI'ye göre daha yüksektir, hastaneye yatırılan hastalarda uygulanır, sıvısı olmayan veya plevral yapışıklıkları çok olan hastalarda kullanılamaz. Öte yandan, torakoskopi serilerinde işlem yerinden, daha önce de bahsedildiği şekilde tümöral yayım oranı (Şekil 15) % 30 civarında bildirilmekte ve hastalara, işlem yerine koruyucu lokal radyoterapi önerilmektedir (35,72).

Torakotomi:

Diğer yöntemlerle tanı konulmadığı takdirde kullanılan bu yöntem, esasen göğüs duvarının açılarak içeri müdahale edilmesidir. Torakotomi sırasında patolojik değişiklikler rahat görülebilir, görülemeyen bölgeler elle muayene edilebilir, lezyonlu yerlerden çok sayıda ve arzu edilen şekilde doku örneği alınabilir;

dolayısıyla kesin tanı oranının % 90 ila 100 arasında olduğu bildirilmektedir. Tanı değerinin yanısıra evrelemeye de tam olarak imkan verebilmektedir (13,57,77). Bütün bu avantajları, ısrarla savunulmasındaki gerekçeleri oluşturur. Ancak, m¼dahale yerinden tümör¼n lokal göę¼s duvarı yayımı oranının yüksekliği, anestezi ve cerrahi işlem yoğunluğuna bağlı komplikasyon oranının diğer yöntemlere göre belirgin olarak daha yüksek olması, hastanede kalma süresinin uzunluğu ve nihayet, en azından bizim için önem arz eden, ekonomik maliyetinin diğer yöntemlere göre oldukça fazla olması olumsuz yönleridir. Bu olumsuzlukları çoğu hastanın sadece tanı amacıyla yükleniyor olması da, DMPM takibi yapan klinikler tarafından dikkate alınması gereken önemli bir husus olmalıdır.

Evre:

DMPM'da tanı sonrası yapılacak işlem hastalığın yaygınlığını belirlemek olmaktadır. Yani hastalık göę¼s kafesi içinde ve akciğerde ne kadar yayılmış, nereleri tutmuş, göę¼s dışına çıkmış mı bunları belirlemek önemlidir. Çünkü tedavinin belirlenmesinde en önemli özellik tümör¼n bu yayım durumudur. Radyoloji ve teşhisde artan yeni uygulamalar ve elde edilen bilgilerden sonra tümör¼n yerleşim ve yayımı kolaylıkla belirlenebilir (88).