

TURM materyali patolojiye nasıl gönderilmelidir? Patoloğun yaşadığı sorunlar ve çözümleri

Dr. Kemal Behzatoğlu

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Doğru, içinde tüm parametreleri içeren, hastalığı en iyi tanımlayan bir patoloji raporunun klinisyene ulaşması, klinisyen ve patoloğun çok iyi iletişimiyle mümkündür. Özellikle patolojik incelemenin ön inceleme döneminde biyopsi materyalinin gönderilme şekli ve klinik bilginin eksiksiz olması önemlidir. Bu yazıda daha çok patolojik incelemenin ön inceleme döneminde, mesanede kitle nedeniyle transüretal rezeksiyon (TURM) yapılarak gönderilmiş mesane biyopsi materyalinin alınış şekli, gönderilmesi ve yetersiz klinik bilginin patoloğun değerlendirmesindeki problemlerden kısaca bahsedilecektir.

Tüm ürolojik tümör piyesleri için Dr Kutsal Yörükoğlu ve Dr Burçin Tuna'nın hazırladığı "Ürolojik tümörlerin patolojik değerlendirme standartları kılavuzu", patolojik materyalin nasıl gönderileceği ve değerlendirileceği konusunda bir başucu kılavuzu niteliğindedir (1). Bu kılavuzda yazarlar, hem patoloğlara ve hem de üroloğlara çok ayrıntılı tavsiyelerde bulunmaktadır. Kılavuz, ayrıca tüm diğer patoloji seksiyonları içinde örnek teşkil etmektedir. Ayrıca kaynak olarak literatürümüzde 2 güzel çalışma daha bulunmaktadır (2,3). TURM biyopsi materyali patoloji laboratuvarına gönderilirken dikkat edilmesi gereken ana özellikler aşağıdadır:

1. Materyal ağzı geniş, sıvı sızdırmaz ve biyopsi materyalinin en az 10 katı büyüklüğünde bir kapta gönderilmelidir (son yıllarda sıkça kullanılan naylon torbalarda yırtılma ve sıvı sızdırma riski oldukça yüksektir) ve biyopsi kabına biyopsinin 10 katı hacminde %10'luk tamponlu formalin konmalıdır. Frozen, genetik inceleme ve/veya elektron mikroskopisi için gönderilecek biyopsi materyalleri fiksatifsiz veya ilgili doktorla görüşülerek gönderilmelidir.
2. Biyopsi kabının üzerinde hastanın kimliğini, yaşını, cinsiyetini ve protokol numaralarını içeren bir etiket bulunmalıdır (hemen hemen tüm hastanelerdeki otomasyondan dolayı bu konuda pek sorun kalmamakta olup genellikle biyopsiler yeterli bir etiketleme ile gelmektedir).
3. Ana kitle dışında, tümör tabanı ve/veya gönderilecek diğer tüm farklı odak biyopsilerinin hepsi etiketlenmiş ve üzerinde alındığı bölge mutlaka yazılmış olmalıdır.
4. Biyopsi materyaliyle beraber gönderilen biyopsi istem kağıdında hasta ile ilgili tüm gerekli bilgiler bulunmalıdır. Bu bilgiler, hastanın adı ve soyadı, yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, işi, başvuru şikayetleri, semptomları, fizik muayene bulguları, diğer radyoloji ve laboratuvar sonuçları, ön tanısı, biyopsinin hangi amaçla yapıldığı, varsa önceki biyopsi sonuçları, şimdiye kadar uygulanmış tedavi protokolleri ve sistoskopi bulgularını içermelidir. Sistoskopi gözlem bulguları, patolog için en önemli klinik bilgiyi içermektedir.

Kitlenin çapı, lokalizasyonu, makroskopik özellikleri (papiller, solid, düz, ülserasyon, renk özellikleri v.b.), kaç odak olduğu ve özellikleri, in situ ürotelyal karsinom şüphesi odak var mı? geride kitle kaldı mı, mesane boynu ve prostatik üretranın durumu ayrıntılı olarak belirtilmelidir.

Hastanın biyopsi materyali hepimize verilmiş bir emanettir, bunun tıbbi ve hukuki sorumluluğu hepimizindir. Bundan dolayı ürolog ve patoloğun çok iyi iletişimle çalışması gerekmektedir. Biyopsi alınışından, en son raporlama dahil tüm süreç büyük bir dikkat istemekle olup tüm aşamalar aynı önemde ele alınmalıdır. En basit örnek, hastaya ait kimlik bilgileridir. Bu bilgi bize dökümantasyonda, ileride yapılacak bilimsel çalışmalarda ve en önemlisi karışıklıklara yol açılmaması için hukuki açıdan da oldukça gereklidir. Ayrıca, hastanın cinsiyeti ve yaşının eksik veya yetersiz olması yapacağımız tüm bilimsel çalışmalarını boşa çıkaracaktır.

Hastaya ait klinik bilgiler patoloğun biyopsiyi değerlendirmesi için oldukça önemlidir. Her bir klinik bilgi ve sistoskopik gözlemlerin ayrıntılı dökümantasyonu, yeterli bir patoloji raporlaması için şarttır. Örneğin re-TURM biyopsi ve intravezikal Bacillus Calmette Guerin tedavisi sonrasında, mesanede birbirine oldukça benzer histopatolojik bulgular görülmektedir. Bu tür bir klinik bilgi ayırıcı tanıda oldukça önemli olmaktadır. Hastanın varsa önceki biyopsileri bildirilmelidir, çünkü eski biyopsi preparatları ile birlikte değerlendirmek patolog için hem kolaylık, hem de tümörün progresyonunu belirtmesi içinde gereklidir. Yukarıda da belirtildiği gibi sistoskopi bulguları, patolog için en önemli bilgidir. Patolog, bu bilgi sayesinde, özellikle fotoğraf da varsa, lezyonu değerlendirirken üç boyutlu bir bakış açısı kazanmakta ve hata yapma oranı da oldukça düşmektedir. Hastanın tedavisini, dolayısıyla prognozunu etkileyen sistoskopideki in situ ürotelyal karsinom alanı şüphesinde patolog bilgilendirilmeli ve in situ karsinom şüpheli alan, ana tümörden ayrı etiketlenip gönderilmelidir. Bu tür örnekleri çoğaltmak mümkündür. Sonuçta en az hatayı sağlamak için ürolog ve patolog arasındaki iletişim çok iyi olmalı, her iki klinik arasındaki biyopsi ile ilgili ve diğer tüm iletişimler belirli protokollerle somutlaştırılmalıdır. Böyle bir iletişimde hata payı en aza inecektir.

Biyopsi materyalinin fiksatifsiz veya az fiksatifle gönderildiği durumlarda patoloğun fazla yapacağı bir şey yoktur. Bu durumu tespit ettiği anda dokuyu, yeterli fiksatifin içine koyup ertesi gün takibe almaktır. Raporlamada, değerlendirmenin yetersiz şartlarda yapıldığı belirtilmeli, görülebilen dokulardan mikroskopik tanımlama yapılmalı ve ek notta mümkün olduğunca hastanın tedavisi için verilebilecek parametreler söylenmeye çalışılmalıdır. Bununla birlikte, bu tür durumlarda yorumda aşırıya kaçmayıp gerçekçi davranmalıyız.

Fiksatifle ilgili problemlerin telafisi mümkün olmadığı için, özellikle yardımcı sağlık personelinin iyi eğitilmesi ve sonuçları hakkında personelimizi tekrar bilgilendirilmeliyiz. Biyopsi materyalinin klinikten, patoloji laboratuvarı makroskopi ünitesine gelişine kadarki süreç, en az bir doktor tarafından da kontrol edilmesi gerekir.

Patoloğun sık karşılaştığı, bir diğer ciddi problemde termal artefaktıdır. Tecrübeli ürologlardan ziyade, TURM işlemini yeni yapan asistan ve uzmanların aldığı biyopsi materyallerinde daha sık rastlanmaktadır. Yoğun termal-elektrik akımından dolayı epitelin polaritesi ve nüvesel özellikleri değişime uğramaktadır. Sitoplazmada vakuolizasyon, aşırı boyanma, nükleusda piknotik değişiklikler, stromal dokularda homojenizasyon gibi istenmeyen bulgular görülmektedir. Tecrübeli bir patolog, raporlamada pek problem yaşamamakla beraber yeni uzman patoloğlar için ciddi bir sıkıntı oluşturmaktadır. Özellikle küçük biyopsilerde bazen hiçbir epitelyal

hücre, mukozal yüzeyde seçilmemektedir. Bu durumun en uç noktası epitelin hiç seçilmediği, soyulmuş bir mukoza ve arada epitelsiz gerçek papiller yapılarla karakterize tipik bir görüntüdür. Patoloğun bu tür raporlamada, ürologla çok iyi bir iletişim içinde ve ortak bir dil oluşturmaları gerekir. Biz bu tür durumlarda, eğer lamina propriada invazyon da yoksa mikroskopik tanımlama yapıp, ek notla histolojik derece belirtmeksizin olgunun papiller ürotelyal karsinom olarak izlenmesini önermekteyiz. Termal artefaktı, ayrıca submukozal alandaki fibröz bağ dokunun görünümünü değiştirerek muskularis propriaya ait bir doku görüntüsü verebilir. Bu tür durumlarda biyopsiye iyi odaklanmak lazım, gerekirse konvansiyonel ve immun-histokimyasal boyamalar yapmak gerekmektedir. Sonuçta termal artefaktla, belli bir süre karşılaşmak zorunda kalacağız gibi gözükmemektedir. Bu işlemde tecrübeli olmak için bu eğitim sürecinden geçmek zorunluluğu bulunmaktadır. Yakın gelecekte termal

artefaktını minimale indirecek yöntemler geliştirilecektir.

Ürolog, patolog ve diğer branş doktorları arasındaki disiplinler arası çalışmanın gerekliliği ve olumlu sonuçları Üroonkoloji Derneği çalışmalarında da açıkça vurgulanmıştır. Yukarıda tanımlanan problemlerin büyük çoğunluğunu basit bir ortak çalışmayla düzeltmek mümkündür. Bu yüzden tüm hastanelerde ürologlar ve patoloğlar biyopsi ile ilgili tüm aşamaları aralarında belli protokollerle standardize etmelidir.

Kaynaklar

1. Yorukoglu K, Tuna B. Patoloji Dernekleri Federasyonu Üropatoloji Çalışma Grubu. Ürolojik tümörlerin patolojik değerlendirme standartları kılavuzu. <http://www.uroonkoloji.org/files/uroonkoloji.pdf>
2. Yorukoglu K. Patoloji laboratuvarında toplam kalite. 2005;2:86-97.
3. Dogan O. Histopatolojik tanı sürecinde standardizasyon. Aegean Pathology Society, 2005;2:8-28