

Endobronşiyal Kitle Lezyonu Yapan Sarkoidoz

A Case of Sarcoidosis That Cause Endobronchial Mass

Dr. Serdar AKPINAR,^a
Dr. Nazire UÇAR,^a
Dr. İrem ŞERİFOĞLU,^a
Dr. Zafer AKTAŞ,^a
Dr. Tuğrul ŞİPİT^a

^aGöğüs Hastalıkları Kliniği,
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve
Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 21.12.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 27.05.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Nazire UÇAR
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve
Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
nazireucar@hotmail.com

ÖZET Sarkoidoz en sık akciğerler ve intratorasik lenf nodlarını tutan, nedeni bilinmeyen, multi-sistem granümatöz bir hastalıktır. Sarkoidozda sıklıkla parankimal akciğer hastalığı görülür ancak hava yolları da tutulabilir. Endobronşiyal kitle lezyonu şeklinde tutulum ise çok nadir olarak görülmektedir. 32 yaşında bayan hasta son bir yıldır giderek artan öksürük şikayetiyle başvurdu. Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk gözlemlendi. Solunum fonksiyon testinde hafif obstrüksiyonu vardı. Bronkoskopisinde, sağ akciğer alt lob lateral segment girişinde lümeni daraltan endobronşiyal kitle lezyonundan biyopsi alındı. Ayrıca subkarinal lenfnodundan transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Endobronşiyal kitleye ait lezyonun histopatolojik incelemesinde bronş mukozasında epitelioid histiyositler ve langhans tipi dev hücrelerin etrafını lenfositlerin çevrelediği nonkazeifiye granülom yapıları gözlenirken transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisine ait yaymalarda granümatöz iltihap lehine bulgular izlendi. BAL analizinde T lenfositlerin ağırlıklı olduğu ve CD4/CD8 oranı 3.5 olarak görüldü. Sarkoidozis tanısıyla hastaya kortikosteroid tedavi 6 ay süreyle verildi. Tedavi sonrası yapılan bronkoskopide lezyonun kaybolduğu, tomografisinde lenf nodlarının küçüldüğü saptandı. Endobronşiyal kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında çok nadiren de olsa sarkoidozisin de yer aldığını vurgulamak amacıyla vaka sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz; bronkoskopi

ABSTRACT Sarcoidosis is a multisystemic disorder with unknown etiology which affect mostly lungs and mediastinal lymph nodes. Parenchymal lung disease is common in sarcoidosis, but airways also may be affected. Endobronchial mass lesion is very rare in clinical course of the disease. A female patient with 32 age attempted with complaint of progressive cough for 1 year. Chest X-ray revealed bilateral hiler enlargement. Spirometry showed mild obstruction. There was endobronchial mass in entrance of right lower lobe on bronchoscopy, bronchoscopic biopsy was taken. Transbronchial fine needle aspiration biopsy was taken from subcarinal lymph nodes. Hystopathological examination of biopsy which was taken from endobronchial mass showed epithelioid hystiocytes and Langhan's type giant cells, non-ceseating granulomas surrounded with lymphocytes. Transbronchial biopsy revealed granulomatous inflammation. Bronchoalvolar lavage (BAL) fluid analysis showed T-lymphocyte predominance and CD4/CD8 ratio was 3.5. The patient treated with systemic corticosteroid with the diagnosis of sarcoidosis for 6 months. Endobronchial mass had disappeared on subsequent bronchoscopy. Mediastinal lymph nodes were smaller on control tomography. This case was presented to emphasize that sarcoidosis should be taken into account in differential diagnosis of endobronchial mass lesions.

Key Words: Sarcoidosis; bronchoscopy

Türkiye Klinikleri Arch Lung 2010;11(2):77-80

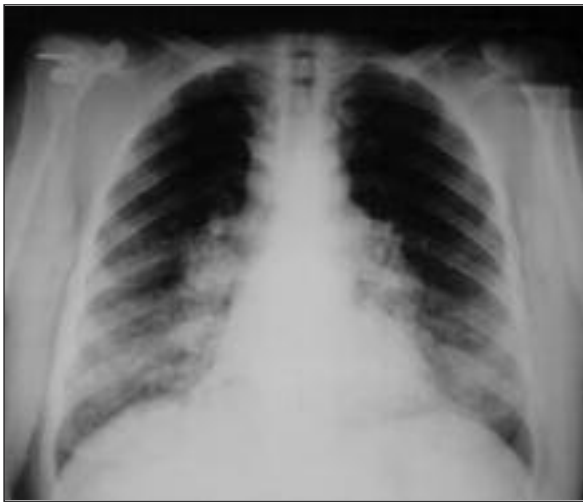
Sarkoidoz lenfatik sistem ve akciğerleri öncelikli olarak etkileyen sistemik granümatöz bir hastalıktır. Parankimal akciğer hastalığı çok sık olarak görülürken, endobronşiyal tutulum da görülebilmektedir.¹ Ha-

va yollarında bronşiyal mukoza sıklıkla tutulumun olduğu yerlerdir. Endobronşiyal tutulum, karakteristik olarak mukozalarda kaldırımtaş manzarası veya çakıltaş şeklinde nodüler lezyonlar şeklindedir. Ancak endobronşiyal kitle oldukça nadirdir.^{2,3} Endobronşiyal kitle lezyonlarının ayırıcı tanısında çok nadiren de olsa sarkoidozisin de yer aldığını vurgulamak amacıyla hastanın da onayı alınarak olgu sunuldu.

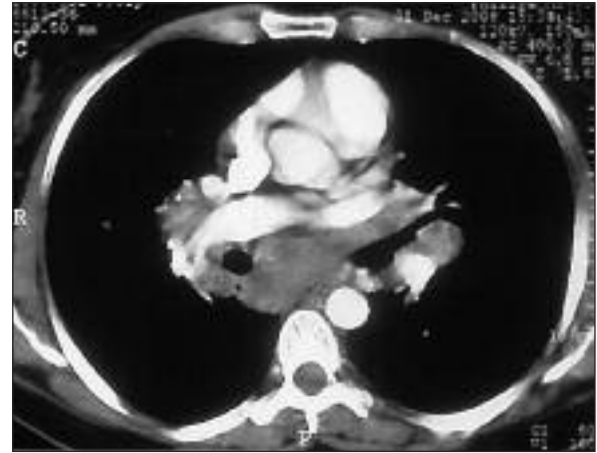
OLGU SUNUMU

32 yaşında bayan hasta son bir yıldır giderek artan öksürük şikayetiyle başvurdu. Öksürük dışında bir semptomu yoktu. Fizik muayenesi tamamen normaldi. Tam kan sayımı, idrar analizi, kan biyokimyası normaldi.

Akciğer grafisinde, bilateral hiler dolgunluk gözlemlendi (Resim 1). Solunum fonksiyon testinde, hafif obstrüksiyonu vardı. FVC:%92, FEV1:%77, FEV1/FVC:%73. Arteriyel kan gazında, PCO₂: 34 mmHg, PO₂: 94 mmHg ve P(A-a)O₂: 13,4 olarak bulundu. Torakal yüksek rezolüsyonlu ve spiral tomografide, mediastende yaygın konglomere lenfadenopatiler, bilateral hiler lenfadenopati ve perihiler düzeyde belirginleşen yaygın nodüler ağırlıkta interstisyel infiltrasyonlar, buzlu cam infiltrasyonları ve peribronşiyal kalınlaşmalar gözlemlendi (Resim 2). Serum ACE düzeyi: 160 IU/L olarak yüksek bulundu. Tüberkülin testi, negatifti.

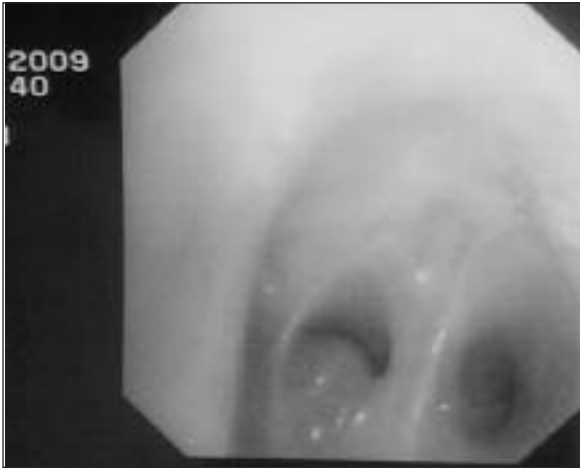


RESİM 1: Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk ve perihiler infiltrasyon.



RESİM 2: Toraks yüksek rezolüsyonlu ve spiral bilgisayarlı tomografide bilateral hiler ve mediastinal konglomere lenfadenopatiler, perihiler buzlu cam manzarası ve interstisyel infiltrasyonlar.

Hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. FOB'da, sağ akciğer alt lob lateral segment girişinde lümeni daraltan endobronşiyal kitle lezyonundan biyopsi alındı (Resim 3). Sağ akciğer alt lobdan bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. BAL sıvısında T lenfosit alt grupları, hücre yüzey antijenlerine karşı monoklonal antikolar kullanılarak, flow sitometrik yöntemle belirlendi. Ayrıca subkral lenf nodundan transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Endobronşiyal kitleye ait lezyonun histopatolojik incelemesinde bronş mukozasında epitelooid histiyositler ve langhans tipi dev hücrelerin etrafını lenfositlerin çevrelediği nonkazeifiye granülom yapıları gözlenirken transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisine ait yaymalarda granümatöz iltihap lehine bulgular izlendi. BAL analizinde ağırlıklı olarak T lenfosit



RESİM 3: Fiberoptik bronkoskopiye endobronşiyal lezyonun görünümü.

hakimiyeti görüldü ve CD4/CD8 oranı 3.5 olarak bildirildi.

Olgu evre 2 sarkoidoz kabul edilerek 60 mg/gün deflazokort ile tedaviye başlandı. Tedavinin altıncı ayında yapılan bronkoskopiye endobronşiyal kitle lezyonun kaybolduğu ve BAL analizinde CD4/CD8 oranının düştüğü gözlemlendi (Tablo 1, Resim 4).

TARTIŞMA

Sarkoidoz öncelikle akciğer ve vücudun lenfatik sistemlerini etkileyen sistemik granümatöz bir hastalıktır.³ Tanıyı koymada fiberoptik bronkoskopi, transbronşiyal biyopsi, transbronşiyal ince iğne aspirasyonu ile lenf nodu biyopsisi ve bronkoalveolar lavaj yapılan girişimsel işlemlerdir.^{4,5}

Fiberoptik bronkoskopiye, bronşiyal mukozanın tutulumu sıklıkla görülür ancak endobronşiyal kitle lezyonları çok nadirdir.^{6,7} Endobronşiyal tutulum, karakteristik olarak mukozalarda kaldırım taşı manzarası veya çakıl taşı şeklinde nodüler lezyonlar şeklindedir. Fiberoptik bronkoskopiye görülebilen diğer anormallikler ise lokalize mukozal eritem, plaklar (beyaz yada sarı) ve nodüllerdir (1-5 mm boyutta).^{2,8} Bizim olgumuzda ise çok nadir olarak görülen endobronşiyal kitle lezyonu şeklinde bir tutulum mevcuttu. Kumbasar ve ark.nın bildirdiği vakada da benzer şekilde multipl endobronşiyal kitle lezyonları saptanmış olup yapılan biyopsi sonucu

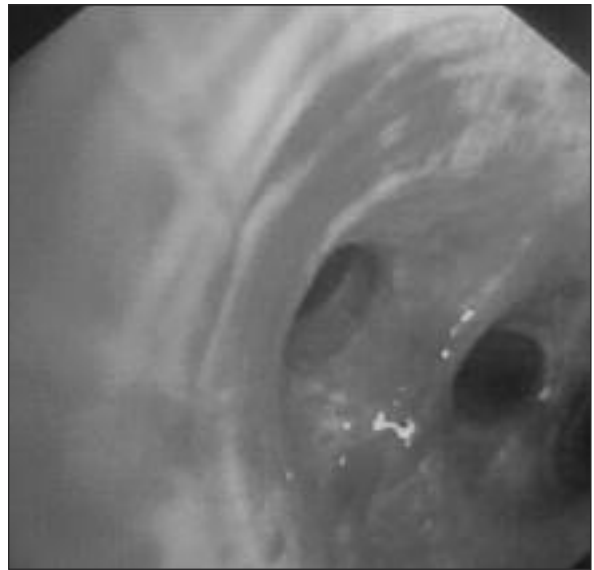
sarkoidosis tanısı konulmuştur.³ Bizim vakamızda, endobronşiyal biyopsi ve lenf nodu aspirasyon biyopsisi örnekleri nonkazeifiye granüloma olarak raporlandı.

Sarkoidosis tanısı almış 34 vakalık bir seride, tanıda mukozal biyopsinin önemli olduğu vurgulanırken vakaların hiçbirisinde endobronşiyal kitle şeklinde tutulum saptanmamıştır.²

Sarkoidosis'in, 1940'lı yıllarda çok nadir olarak bronkostenoze neden olabileceği tanımlanmıştır.⁹ Daha sonra 1963'te Friedman sarkoidoziste

TABLO 1: Olgunun tedavi öncesi ve sonrası SFT, difüzyon testi, serum ACE düzeyi, oksijen gradienti, BAL'da CD4, CD8, CD4/CD8 oranı.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası
FVC	3.03 lt (%92)	2.94 lt (%89)
FEV1	2.20 lt (%77)	2.39 lt (%83)
FEV1/FVC	%73	%89
DLCO	%71	%73
DLCO/VA	%82	%86
P(A-a)O ₂	13.4	7
ACE (IU/lt) (8-52)	160	45
BAL'da CD4	%65.2	%44.3
BAL'da CD8	%18.4	%37.4
BAL'da CD4/CD8	3.54	1.18
BAL'da CD45	%87.2	%83.5



RESİM 4: Tedavi sonrası endobronşiyal lezyon kayboldu.

bronşiyal mukozal anomalileri bildirmiş olup, endobronşiyal kitle lezyonu şeklinde tutulumdan bahsetmemiştir.¹⁰

Sharma ve ark. bronşiyal lümeni daraltan mekanizmaları araştırmışlar ve üç ana mekanizmanın olduğunu vurgulamışlardır. Bunlardan ilki büyümüş lenf nodlarının yaptığı basıya bağlı olarak endobronşiyal lümenin daralması gösterilirken, diğer bir mekanizma ise sarkoid granülomlarının submukozal yayılımına bağlanmıştır. Bu iki mekanizma endobronşiyal anormalliklerde sıklıkla karşılan mekanizmalardır. Endobronşiyal kitle oluşumu üçüncü mekanizma olarak bildirilmiş ve nadir bir durum olduğu bildirilmiştir.¹¹

Sarkoidozda endobronşiyal tutulumun hastalığın spesifik bir formunu yoksa hastalığın akciğerdeki yaygınlığının olağan bir göstergesi mi olduğu hala tam olarak anlaşılamamıştır.

Bjemer ve ark. endobronşiyal biyopsi ile granülom gösterilen olgularda, endobronşiyal biyopsi negatif olgulara göre BAL'daki inflamatuvar akti-

vitenin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.⁷ Olgumuzda da endobronşiyal kitle şeklinde tutulum ve lenf nodu tutulumuyla birlikte BAL analizinde CD4/CD8 oranının 3,5 olduğu gözlemlendi. Costabel'e göre CD4/CD8 oranının 3.5 üzerinde olması durumunda duyarlılık %53, özgüllük %93'tür.¹² Tokahashi ve ark.nın çalışmasında, olguların %60'ında, Yalnız ve ark.nın 73 olguluk serisinde olguların %70'inde CD4/CD8 oranının 3.5 ve üzerinde bulunmuştur.^{13,14}

Bybee ve ark.nın çalışmasında ise endobronşiyal biyopsi ile olguların %24'ünde endobronşiyal anormallik tespit edildiğini ve bu olguların kortikosteroid tedavisi sonrası lezyonlarının kaybolduğu bildirilmiştir.² Bizim olgumuzda da kortikosteroid tedavisinin ardından kitle kayboldu ve BAL CD4/CD8 oranı 1.18'e düştü.

Sonuç olarak, sarkoidozda endobronşiyal tutulum oldukça siktir. Ancak endobronşiyal kitle ise oldukça nadirdir. Endobronşiyal kiteli olgularda sarkoidoz ayırıcı tanıda yer almalıdır.

KAYNAKLAR

- Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, Baughman R, Cordier JF, du Bois R, et al. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis 1999;16(2):149-73.
- Shorr AF, Torrington KG, Hnatiuk OW. Endobronchial biopsy for sarcoidosis: a prospective study. Chest 2001;120(1):109-14.
- Kumbasar ÖÖ, Kaya A, Ülger F, Alper D. [Multiple endobronchial mass lesions due to sarcoidosis]. Tüberk Toraks 2003;51(2):190-2.
- Corsello BF, Lohaus GH, Funahashi A. Endobronchial mass lesion due to sarcoidosis: Complete resolution with corticosteroids. Thorax 1983;38(2):157-8.
- Ece T. [Invasive diagnosis of sarcoidosis]. Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics 2009;2(1):68-71.
- Lynch JP 3rd, Kazerooni EA, Gay SE. Pulmonary sarcoidosis. Clin Chest Med 1997; 18(4):755-85.
- Yamada G, Aketa K, Takahashi H, Satoh M, Abe S. Endobronchial lesions of sarcoidosis. Intern Med 2005;44(8):909-10.
- Chapman JT, Mehta AC. Bronchoscopy in sarcoidosis: diagnostic and therapeutic interventions. Curr Opin Pulm Med 2003;9(5):402-7.
- Benedict EH, Castleman B. Sarcoidosis with bronchial involvement. N Engl J Med 1941; 224(5):186-9.
- Friedman OH, Blaugrund SM, Siltzbach LE. Biopsy of the bronchial wall as an aid in diagnosis of sarcoidosis. JAMA 1963;183:646-50.
- Chambellan A, Turbie P, Nunes H, Brauner M, Battesti JP, Valeyre D. Endoluminal stenosis of proximal bronchi in sarcoidosis. Chest 2005;127(2):472-81.
- Costabel U. Sensitivity and specificity of BAL findings in sarcoidosis. Sarcoidosis 1992;9 (Suppl 1):211-4.
- Takahashi T, Azuma A, Abe S, Kawanami O, Ohara K, Kudoh S. Significance of lymphocytosis in bronchoalveolar lavage in suspected ocular sarcoidosis. Eur Respir J 2001;18(3):515-21.
- Yalnız E, Kömürçüoğlu A, Erbay Polat G, Utkaner G, Yüksel M.[Clinical, radiological, laboratory parameters and diagnostic procedures in sarcoidosis]. Turkish Respiratory Journal 2003;4(1):48-52.