

Trakeobronkopati Osteokondroplastika Olgusu

A Case of Tracheobronchopatia Osteocondroplastica

Derya Aydın¹, Nesrin Yaman¹, Öznur Tiryaki Aydoğan¹, Erdoğan Bülbül², İsmail Engin Uzgören³, Gökhan Aydın⁴

Özet

Trakeobronkopatia osteokondroplastika, trakea ve major bronşları tutan ve nadir görülen benign bir bozukluktur. Bu yazıda trakeobronkopatia osteokondroplastika tanılı bir olgu sunulmuştur. Atipik göğüs ve sırt ağrısı ile başvuran hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografide trakea ve her iki ana bronşta mukozada düzensizlik ve polipoid lezyon izlendi. Yapılan fleksibl bronkoskopide, sert ve vaskülaritesi artmış polipoid lezyonlar yoğun şekilde izlendi. Alınan biyopsi sonucu trakeobronkopati osteokondroplastika olarak geldi.

Anahtar Sözcükler: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika, Fiberoptik Bronkoskopi, Patoloji.

Abstract

Tracheobronchopatia osteocondroplastica is rare benign disorder at trachea and major bronchi. Herein, we present a case of tracheobronchopatia osteocondroplastica. Physical examination revealed atypical chest and back pain. Thoracic computed tomography of the trachea and both of main bronchi showed bronchial mucosal irregularity and polypoid lesions. Increased vascularity hard and polypoid lesions were observed intensively in fiberoptic bronchoscopy. Biopsy results were reported as tracheobronchopatia osteocondroplastica.

Key words: Tracheobronchopatia Osteocondroplastica, Fiberoptic Bronchoscopy, Patology.

Trakeobronkopatia osteokondroplastika (TO), büyük havayollarını tutan trakeobronşiyal ağacın lümenine uzanan etiyojisi tam olarak bilinmeyen, yavaş ilerleyen, submukozal yerleşimli çok sayıda kemik ve kıkırdak dokusu içeren nodüllerle karakterize nadir görülen bir bozukluktur (1). Trakeanın

posterior membranöz kısmı tipik olarak tutulmaz (2).

Amacımız, atipik şikâyetler ile rastlantısal olarak radyolojik, patolojik ve bronkoskopik incelemeler ile tanı koyduğumuz bir trakeobronkopatia osteokondroplastika olgusunu sunmaktır.

¹Balıkesir Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Balıkesir

²Balıkesir Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Balıkesir

³Özel Patoloji Laboratuvarı, Balıkesir

⁴Balıkesir Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Balıkesir

¹Department of Chest Diseases, Balıkesir Chest Disease Hospital, Balıkesir, Turkey

²Department of Radiology, Balıkesir State Hospital, Balıkesir, Turkey

³Patology Laboratory, Balıkesir, Turkey

⁴Department of Cardiology, Balıkesir State Hospital, Balıkesir, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 19.02.2016 **Kabul tarihi (Accepted):** 06.04.2016

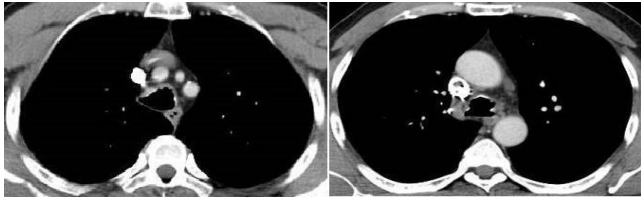
İletişim (Correspondence): Derya Aydın, Balıkesir Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Balıkesir

e-mail: drderyacelebi@gmail.com

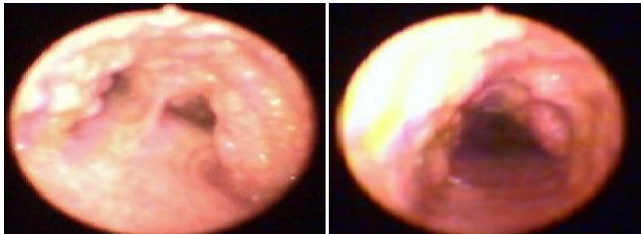


OLGU

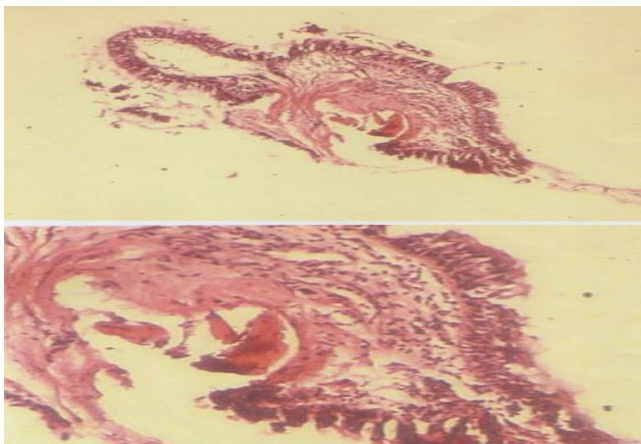
Elli iki yaşında erkek hasta, iki yıldır olan atipik göğüs ağrısı ve sırt ağrısı nedeni ile poliklinikte değerlendirildi. Özgeçmişinde 20 yıl demir işinde çalışma ve 5 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Fiziki muayenesinde, akciğer ve diğer sistem muayeneleri normal idi. Laboratuvar tetkikleri normal olarak saptandı. Solunum fonksiyon testinde hafif düzeyde obstrüksiyon vardı ve reverzibilite pozitif idi. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde trakea ve her iki ana bronşta belirgin düzensizlik ve polipoid lezyonlar izlendi (Şekil 1). Bronkoskopik incelemesinde, kord vokallerden hemen sonra trakea ön ve yan duvarlarında karınaya kadar devam eden çok sayıda beyaz renkte düzensiz nodüler lezyonlar saptandı (Şekil 2). Alınan biyopside düzenli mukoza, submukozada düzenli kalsifiye olmamış matür kemik adacıkları izlendi. Hastaya radyolojik ve bronkoskopik bulgular eşliğinde histopatolojik olarak TO tanısı kondu (Şekil 3).



Şekil 1: Toraks BT mediasten kesitinde, trakea duvarında yaygın kondral kalsifikasyonlar.



Şekil 2: Fiberoptik bronkoskopik incelemede, lateral ve anterior trakeal duvarda multipl, mukozadan kabarıklık, nodüler lezyonlar.



Şekil 3: Düzenli mukoza ve submukozada kemik dokusu (H&E, üstteki X100, alttaki X400).

TARTIŞMA

İlk kez 1855'te Rokitsansky, 1856'da Luschka ve 1857'de Wilks tarafından otopsi yapılan bir hastada görülmesi üzerine tanımlanmıştır (1). Olguların çoğunda spesifik yakınma olmadığı için tanı önceleri, otopsi ve bronkoskopi ile konulurken bilgisayarlı tomografi ile birlikte rastlantısal tanı koyma artmıştı (3). TO, bronkoskopide 1:125 ile 1:6000, otopside 1:400 ile 3:1000 oranında saptanmıştır (1,3). Ülkemizde Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yapılan 20 bin üzerindeki bronkoskopide üç olgu, İzmir Dr. Suat Eren Göğüs hastalıkları hastanesinde yapılan 30 binin üzerindeki bronkoskopide toplam beş olgu saptandığı bildirilmiştir (4). Bizim merkezimizde de yıllık ortalama 300 bronkoskopi yapılmakta ve olgumuz son üç yıl içinde görülen tek TO olgusuydu.

Genellikle 50 yaşın üzerindeki erkeklerde, kadınlara göre üç kat daha sık görülür. TO'nun etiyolojisi tam olarak belli değildir. Hastalarda kalsiyum metabolizması normaldir ve hastalığın tanısız veya takip amaçlı bir biyolojik belirteci bulunmamaktadır (5). Konjenital deformite, kronik infeksiyon, kimyasal veya mekanik irritasyon, metabolik ve dejeneratif bozukluklar, primer trakeobronşiyal amiloidoz neden olarak gösterilmiş, fakat hiçbiri kesin olarak ispatlanamamıştır (6). Bizim olgumuz da 50 yaşın üzerinde ve etyolojik olarak düşünülebilecek uzun süreli demir tozuna maruziyeti mevcuttu. Ayrıca kalsiyum metabolizması ile ilgili bozukluk da saptanmadı.

Olgular genellikle asemptomatiktir fakat semptomatik olduğunda en sık nefes darlığı, ses kısıklığı, prodüktif öksürük, tekrarlayan pulmoner infeksiyonlar ve hemoptizi görülür (7). Olgumuzda da semptomlar atipik olarak gözlenmişti.

Olguların çoğu pulmoner patolojilerin değerlendirilmesi için yapılan bilgisayarlı tomografi ve bronkoskopi gibi tetkikler sırasında tesadüfen tanı alırlar. Bronkoskopi ile elde edilen biyopsi materyalinin histopatolojik olarak incelenmesiyle kesin tanı konur. Akciğer grafisi çoğunlukla normal izlenir. Tomografide trakea arka duvarını tutmayan lümeneye doğru uzanan submukozal nodüler lezyonlar izlenir. Bronkoskopide trakeanın 2/3 alt bölümünde arka duvarı tutmayan, ön ve yan duvarları tutan, beyaz renkli, düzensiz, oldukça sert, çok sayıda nodüller görülmektedir (6). Bizim olgumuzda da akciğer grafisi normal olup çekilen bilgisayarlı tomografide trakea ve her iki ana bronşta belirgin düzensizlik ve polipoid lezyonlar izlendi. Bronkoskopide kord vokallerden hemen sonra trakea ön ve yan duvarlarında karınaya kadar devam eden çok sayıda beyaz renkte düzensiz nodüler lezyonlar saptandı.

Ayırıcı tanıda, amiloidoz, endobronşial sarkoidoz, kalsifik tüberküloz, papillomatozis, tekrarlayan polikondrit ve Wegener granülomatozisi gibi hastalıklar düşünülebilir (4). TO olgularında yakınmalara yönelik konservatif tedavi yöntemleri uygulanır. Hava yolu obstrüksiyonu gelişen olgularda stent yerleştirme, lazer ve kriyoterapi gibi bronkoskopik tedavi yöntemleri, radyoterapi ve cerrahi rezeksiyon gibi yöntemler önerilmektedir. Hastalığın spesifik bir tedavisi yoktur (7-9).

Sonuç olarak, TO nadir görülen bir hastalık olup, karakteristik BT bulgularının ve bronkoskopik görünümünün bilinmesi, trakeobronşiyal ağaçta, kalsifikasyon ve stenoz oluşturacak amiloidoz, sarkoidoz, Wegener granülomatozisi gibi hastalıkların ayırıcı tanısında yararlı olacaktır. Giderek yaygınlaşan fiberoptik bronkoskopi ve BT'nin kullanımının artması, rastlantısal tanıya ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. BT ile her zaman tanı konulamayabilir fakat bronkoskopi ve patoloji bu tür şikâyetleri olan hastalarda tanı koydurucudur.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - D.A., N.Y., Ö.T.A., E.B., İ.E.U., G.A.; Tasarım ve Dizayn - D.A., N.Y., Ö.T.A., E.B., İ.E.U., G.A.; Denetleme - D.A., N.Y., Ö.T.A., E.B., İ.E.U., G.A.; Kaynaklar - D.A., G.A.; Malzemeler - D.A., G.A.; Veri Toplama ve/veya İşleme - D.A., G.A.; Analiz ve/veya Yorum - D.A., G.A.; Literatür Taraması - D.A., G.A.; Yazıyı Yazan - D.A.; Eleştirel İnceleme - D.A.

KAYNAKLAR

1. Baha A, Körlü T, Köktürk N, Türктаş H. Tracheobronchopatia osteochondroplastica: two cases studies. *Respir Case Rep* 2014; 3:1-5. [\[CrossRef\]](#)
2. Leske V, Lazor R, Coetmeur D, Crestani B, Chatté G, Cordier JF. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: a study of 41 patients. *Medicine (Baltimore)* 2001; 80:378-90. [\[CrossRef\]](#)
3. Öztürk E, Çeven Z, Çakmak V, Karabulut N. Trakeobronkopatia osteokondroplastika: Bilgisayarlı tomografi ve sanal endoskopi bulguları. *Pam Tıp Derg* 2009; 2:143-5.
4. Göçmen R, Yeşilkaya Y, Topçuoğlu M. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: MDCT Findings. *J Clin Anal Med* 2013; 4:168-9.
5. Gürsu S, Tarcan O, Küpeli E, Bulut Ş. Açık kalp ameliyatı sonrası beklenmedik bir ateletaksi olgusu: Trakeobronkopati osteokondroplastika. *Yeni Tıp Dergisi* 2008; 25:43-5.
6. Baran A, Güngör S, Ünver E, Yılmaz A. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: A case report. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52:183-5.
7. Ekinci HG, Kavas M, Öngel E, Hacıömeroğlu Ö, Burunsuzoğlu B, Özel Y ve ark. Tracheobronchopathia osteochondroplastica. *Respir Case Rep* 2012; 1:33-6. [\[CrossRef\]](#)
8. Tuncer LY, Saltürk C, Damadoğlu E, Sulu E, Öz E, Köroğlu E ve ark. Trakeobronkopatia osteokondroplastika: bir olgu nedeniyle. *Akciğer* 2007; 13:104-8.
9. Ortaköylü G, Gençoğlu A, Tuncay E, Akbulut S, Çağlar E, Yılmazbayhan D ve ark. Bir olgu nedeniyle trakeobronkopatia osteokondroplastika. *Solunum Hastalıkları* 2001; 12:154-7.