

# Radyolojik olarak aortu invaze eden solid kitle görünümlü sarkoidoz

Okan SOLAK<sup>1</sup>, Hıdır ESME<sup>1</sup>, Murat SEZER<sup>2</sup>, Fatma FİDAN<sup>2</sup>, Mehmet ÜNLÜ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kocatepe Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Afyon

<sup>2</sup> Kocatepe Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon

## ÖZET

Sarkoidoz hastaların %90'ında akciğerleri tutar, ancak akciğerde soliter kitle görünümü ile prezente olması çok nadirdir. En sık görülen radyolojik bulgusu, kalsifikasyon içeren veya içermeyen bilateral hiler ve mediastinal lenfadenopatidir. Altmış beş yaşında kadın hastada, akciğer manyetik rezonans görüntüleme aortu invaze etmiş görünümü veren soliter kitle lezyonu ve eşlik eden mediastinal lenfadenopatiler bulunması nedeniyle ön planda akciğer karsinomu düşünüldü. Ancak mediastinoskopi ve eksploratif torakotomi ile alınan biyopsi sonuçları sarkoidoz ile uyumlu gelen hasta, nadir görülmesi ve ilginç radyolojik görünümü nedeniyle sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** akciğer kanseri, mediasten invazyonu, sarkoidoz

## SUMMARY

### A case of sarcoidosis with a radiological image of a solid mass invading the aorta

Sarcoidosis involves the lungs in 90% of the cases, but its presentation with a solitary mass lesion is rare. The most common radiologic finding is bilateral hilar or mediastinal lymphadenopathy with or without calcification. A 65 years old female patient presented with a solitary mass lesion invading the aorta and mediastinal lymphadenopathies in magnetic resonance imaging, and malignancy was considered as the diagnosis. However, mediastinoscopy and explorative thoracotomy findings revealed sarcoidosis. We presented the case as it is a rare and a radiologically interesting entity.

**Key words:** lung carcinoma, mediastinal invasion, sarcoidosis

## GİRİŞ

Sarkoidoz nedeni bilinmeyen, çoğunlukla genç erişkinleri etkileyen ve özellikle akciğer ve lenfatik sistem olmak üzere tüm sistemleri etkileyen, kalsifikasyon nekrozu içermeyen granümatöz bir hastalıktır. Sarkoidoz yaklaşık yüzyıldır bilinmesine rağmen klinisyenler ve araştırmacılar için hala bilinmeyenler ile doludur<sup>(1)</sup>. Bu olgu klinisyenlerin, sarkoidozda çok farklı görüntüler

ile karşılaşabileceklerini ve akciğerde soliter, invazif kitle ayırıcı tanısında dahi akılda tutulması gerektiğini vurgulamak için sunuldu.

## OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında kadın hasta, üç aydır devam eden kuru öksürük yakınmasıyla hastanemize başvurdu. Hastanın terleme, kilo

---

### Yazışma adresi (Address for correspondence)

Yard. Doç. Dr. Okan Solak. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Ali Çetinkaya Kampüsü, 03200 Afyon

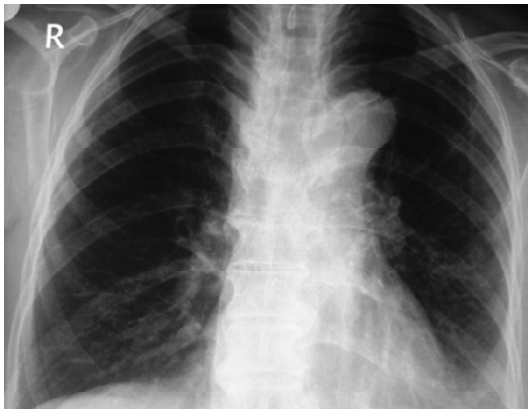
Tel.: (0272) 213 89 08-1123

e-posta: okansolak@yahoo.com

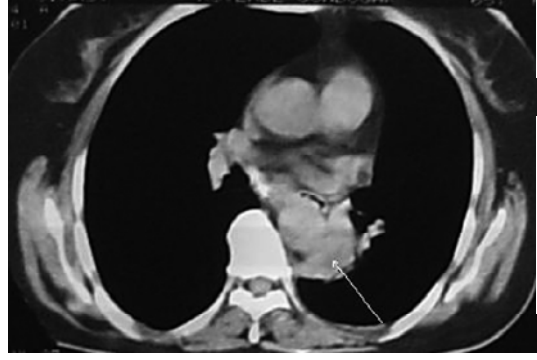
Alındığı tarih: 24.08.2006, revizyon sonrası alınma: 14.12.2006, kabul tarihi: 01.12.2007

kaybı ve iştahsızlık şikayeti yoktu. Sigara öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Hemogram ve biyokimyasal parametrelerinde sedimentasyon yüksekliği (75 mm/saat) dışında patolojik bir bulgu yoktu. Akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüste küntlük ve sol hiler genişleme gözlemlendi (Resim 1). Tüberkülin deri testi (PPD) 5 mm ve balgamda aside-rezistan basil (ARB) ardışık üç defa negatif bulundu. Hiler genişleme için çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT), sol alt lob süperior segmentte 7,5x3x2 cm boyutunda inen aorta komşuluğunda kitle ve mediastinal lenfadenopati (paratrakeal, subkarinal, paraözofajial) tespit edildi (Resim 2). Radyoloji bölümü tarafından, ön tanıda tümör düşünülen lezyonun inen aorta ile ilişkisini değerlendirmek için magnetik rezonans görüntüleme (MRG) önerildi. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon izlenmedi. Endobronşial biyopsi ve lavaj sonucu, skuamöz metaplazi ve respiratuar hücreler olarak raporlandı. Bronkoskopik lavajın ARB incelemesi negatifti.

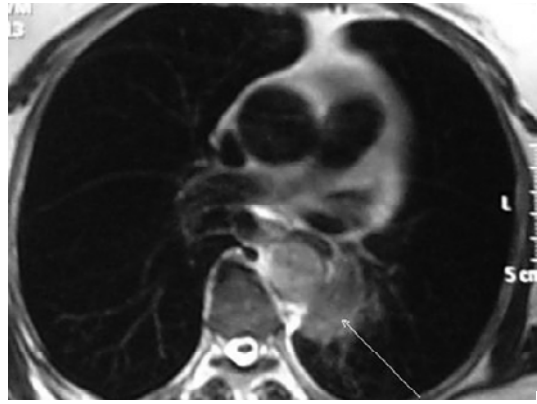
Toraks MRG incelemesinde, sol akciğer alt lob süperior segmentte 7,5x3x2 cm boyutunda kitle lezyonu izlendi. İnen aorta komşuluğunda lezyon ile aorta arasında uzun ekseninde 5 cm ve transvers planda 2 cm boyunca yağlı planlar silinmişti. Görünüm duvar invazyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 3). Hastaya tanı ve evreleme amaçlı mediastinoskopi yapıldı. 2R, 4R, 7 ve 4L no'lu lenf nodu istasyonları örnekledi. Patolojik inceleme, nonkazeifiye granülamatöz lenfadenit olarak raporlandı.



**Resim 1:** Akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüste küntleşme ve sol hiler genişleme.



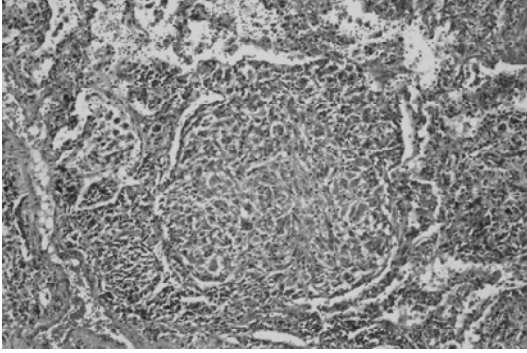
**Resim 2:** Toraks BT kesitinde alt lob superior segment lokalizasyonunda, inen aorta ile yakın ilişkili 7,5x3x2 cm boyutunda kitle lezyonu.



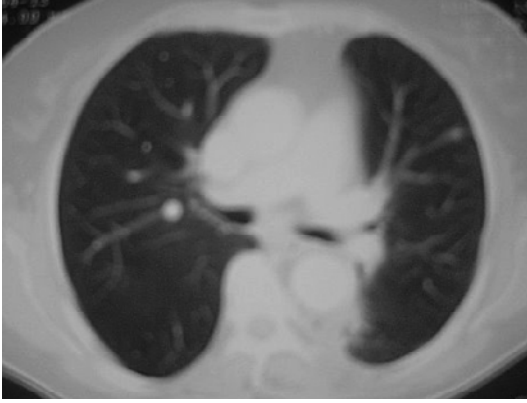
**Resim 3:** Toraks MRG kesitinde inen aorta komşuluğunda lezyon ile aorta arasında uzun ekseninde 5 cm ve transvers planda 2 cm boyunca yağlı planlar silinmiştir. Görünüm duvar invazyonu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Hastanın radyolojik görünümü akciğer kanserini düşündürdüğünden eksploratris torakotomi yapıldı. Torakotomide alt lob süperior segmentte atelektazi ve bu atelektatik alanın aort adventisyasına yapışık olduğu gözlemlendi. Kitle tespit edilmedi. Atelektatik alan wedge rezeksiyonla çıkarıldı. Frozen incelemesi benign idi. Histopatolojik incelemede interstisyumda çevreden iyi sınırlı, çoğu küçük boyutlu granülom yapıları izlendi. Granülom yapıları kompakt epiteloid histiyosit gruplarından oluşuyordu Granülomların periferinde az miktarda lenfosit infiltrasyonu görülmekte idi. Kazeifikasyon nekrozu izlenmedi (Resim 4). Kitlenin spesifik ve nonspesifik mikrobiyolojik incelemelerinde patoloji saptanmadı. Hastanın postoperatif göz muayenesinde üveit saptandı. Hastanın klinik, mikrobiyolojik ve histopatolojik bulguları göz önüne alınarak sarkoidoz tanısı konuldu. Hastanın postoperatif dördüncü

ayda çekilen kontrol BT'sinde yeni bir patolojiye rastlanılmadı ve tedavisiz 1 yıldır takip edilen hastanın öksürük dışında yakınması olmadı (Resim 5).



**Resim 4:** Alveoller komşuluğunda, epitelioid histiositlerden oluşan çevreden iyi sınırlı küçük boyutlu granülom yapısı (HE, X10).



**Resim 5:** Postoperatif dördüncü ayda çekilen kontrol bilgisayarlı tomografi.

## TARTIŞMA

Sarkoidoz, farklı intratorasik bulgularla seyreden multisistemik bir hastalıktır. Toraks BT bulguları, genellikle tipik ve atipik özellikler olarak sınıflandırılabilir<sup>(2)</sup>. Tipik özellikleri, kalsifikasyon içeren veya içermeyen bilateral hiler ve mediastinal lenfadenopati gözlenmesidir. Bazen periferik 'egg-shell' kalsifikasyon içeren nodül gözlenebilir ve sarkoidoz için karakteristiktir<sup>(2)</sup>. Plevra ile ilişkili perilenfatik dağılım içinde iyi sınırlı küçük nodüller veya nodüler peribronkovasküler interstisyel düzensizlik şeklinde interstisyel anormal görünümle prezente olabilir. Ancak miliyer nodüller şeklinde de gözlenebilir. İnterstisyel tutulum genellikle orta ve üst loblarda olur. İleri evrede septal kalınlaşma,

traksiyon bronşektazisi ve bal peteği görünümü geliştirebilir. Büyük nodüller ve parankimal konsolidasyon çok nadirdir<sup>(2,3)</sup>. Evre 4 olgularda hiler bölge komşuluğunda konglomere kitle lezyonu görülebilir. Bu lezyonun nedeni komplike masif fibrozisdir<sup>(3)</sup>. Hastamızda mediastinal lenfadenopati dışında, atipik olarak inen aort etrafında yağlı planları silen alt lob superior segment lokalizasyonlu solid kitle lezyonu izlendi.

Sarkoidoz tanısı uygun klinik ve/veya radyolojik görünüm, nonkazeifiye granülomların histopatolojik olarak gösterilmesi ve benzer histolojik veya klinik tablo yapan diğer hastalıkların ekarte edilmesi ile konur<sup>(1)</sup>. Birçok hastalığın sarkoidoz benzeri histolojik görüntü verebileceği bilinmektedir. Biyopsi ile saptanan granülomların yarısından fazlasının, en sık mantar veya mikobakteriler olmak üzere infeksiyonlar tarafından oluşturulduğu bildirilmiştir<sup>(4)</sup>. Tek nekrotizan granülomların %35'ine mikobakteriler ve mantarlar neden olurken sarkoidoz genellikle tek lezyon şeklinde görülmez<sup>(4)</sup>.

Malignite veya diğer hastalıklarda lokalize sarkoid benzeri reaksiyonlar görülebilmektedir<sup>(5)</sup>. Tipik olarak granülatöz inflamatuvar bulgular gösteren bazı tümörler olsa da (Hodgkin hastalığı, malign lenfoma ve seminoma), bu bulgu primer akciğer karsinomlarında da görülebilir<sup>(5)</sup>. Ayrıca, tümör yayılımına bağlı olarak bölgesel lenf nodlarında da nekrotizan olmayan granülomlar oluşabilir. Bu durum mediastinoskopi, video destekli torakoskopi veya transtorasik iğne biyopsileriyle elde edilen küçük dokularda tanı sorununa yol açabilir<sup>(3,5)</sup>. Hastamızın mediastinoskopi sonucu alınan tüm lenf nodlarının histopatolojik incelemesi nekrotizan olmayan granülatöz lenfadenit olarak bildirilmişti. Bu sonuç mediasten invazyonu ile seyreden kitlenin tanısını kesinleştiremedi. Eksploratris torakotomide atelektatik fibrotik kitle lezyonundan alınan frozen incelemesinde tümör saptanmadı. Alt lob superior segment wedge rezeksiyon sonucu parankim histopatolojik incelemesi nekrotizan olmayan granülatöz iltihap olarak bildirildi. Hastada malignite ekarte edilmiş oldu. Kültür sonuçlarında aside dirençli organizma gözlenmedi.

Hastamızda aortu invaze etmiş görünümü veren kitle lezyonu ve eşlik eden lenfadenopatiler

Okan Solak ve ark.

bulunması nedeniyle ön planda akciğer karsinomu düşünöldü. Mediastinoskopi ve eksploratris torakotomi ile alınan biyopsi sonuçları sarkoidoz ile uyumlu gelen hasta, nadir görölmese ve ilginç radyolojisi nedeniyle sunuldu.

#### **KAYNAKLAR**

1. Fangburg BL, Villa O. Sarcoidosis. In: Murray JF, Nadel JA (eds). Textbook of respiratory medicine. 3rd ed. London: W.B. Saunders Company; 2000; 1717- 33.
2. Sudhakar P, David J. Imaging of interstitial lung disease. Radiol Clin N Am 2005; 43: 589- 99.
3. Gal AA, Koss MN. Pathology of sarcoidosis. Curr Opin Pulm Med 2002; 8: 413- 9.
4. Williams WJ. All that glitters is not sarcoidosis. Sarcoidosis 1984; 1: 16- 23.
5. Tambouret R, Geisinger KR, Powers CN, et al. The clinical application and cost analysis of fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of mass lessions in sarcoidosis. Chest 2000;117: 1004- 11.