

Sarkoidozda transbronşial biyopsinin yeri ve önemi

Birsen OCAKLI (*), Zuhâl KARAKURT (*), Ebru SULU (*), Nur GÜNGÖR (**), Müyesser ERTUĞRUL (*), Mehmet D. YAVŞAN (**), Hatice TÜRKER (***)

ÖZET

Çalışmamızda pulmoner sarkoidozlu hastalarda mediastinoskopiye göre daha az invaziv tanı metodu olan fiberoptik bronkoskopinin (FOB) değerini araştırmak istedik. Kliniğimizde sarkoidoz tanısı konulan 63 olgu incelemeye alındı. Olguların 37'si kadın olup, yaşları 17 ile 66 arasında değişmekte, yaş ortalamaları 45 ± 11 yıl; 26 erkek olgunun yaşları 16 ile 53 arasında değişmekte, yaş ortalamaları 36 ± 10 yıl idi. Sarkoidoz tanısı olguların 27'sinde FOB, 23'ünde mediastinoskopi, 4'ünde cilt biyopsisi, 1'inde dişeti biyopsisi, 1'inde skalen biyopsi, 7 olguda klinik radyolojik olarak konuldu. 63 olgudan FOB uygulanan 60 olgunun 27 (% 45)'sinde transbronşial iğne aspirasyon biyopsisi (TBİAB) ile tanıya varıldı. Radyolojik olarak Evre I 25 olgunun 5 (% 20)'inde, Evre II 35 olgunun 20 (% 57)'sinde, Evre III 3 olgunun 2 (% 67)'sinde TBİAB ile tanı konuldu.

Sonuç olarak; özellikle parankimal tutulumu yaygın olan Evre II ve Evre III olgularda TBİAB sarkoidozun morfolojik tanısında etkili ve güvenli bir metod olduğu ve bu sonuçların literatürle uyumlu olduğu bulundu.

Anahtar kelimeler: Sarkoidoz, fiberoptik bronkoskopi

Sarkoidoz, kazeifikasyon nekrozu içermeyen granülomlarla karakterize ve etiyolojisi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır (1). Genellikle, orta yaştaki genç erişkinlerde görülür, sıklıkla intratorasik lenf nodları, akciğer, göz ve deri tutulumu ile karşımıza çıkar. Karaciğer, dalak, lenf nodları, tükrük bezleri, kalp, santral sinir sistemi, kaslar, kemikler ve diğer organlar da tutulabilir (2-4). Tanı, klinik, radyolojik bulgular ile birlikte histopatolojik olarak nekrotizan olmayan granülomların gösterilmesi ile konulur (1,4).

SUMMARY

The role and diagnostic yield of transbronchial lung biopsy in pulmonary sarcoidosis

In this study, we aimed to assess the diagnostic value of fiberoptic bronchoscopy (FOB) as a less invasive method than mediastinoscopy in patients with pulmonary sarcoidosis. 63 patients with pulmonary sarcoidosis were enrolled into study from our clinic. Out of 63, 37 were females, and their ages ranging from 17 to 66 year, with a mean age 45 ± 11 year and 26 male patients had an age ranging from 16 to 53 year with a mean age 36 ± 10 year. 27 of the patients diagnosis is obtained with FOB, 23 of them with mediastinoscopy, 4 of them with skin biopsy, 1 of them with buccal biopsy, 1 of them with scalen biopsy and 7 of the patients accepted as sarcoidosis clinically and radiologically. We made FOB 60 patients of 63, and out of 60, 27 patients (% 45) transbronchial lung biopsies (TBLB) results were revealed the diagnosis. In stage 1: out of 25, 5 cases (% 20), in stage 2: out of 35, 20 cases (% 57), in stage 3: out of 3.2 cases (% 2) diagnosis is obtained with TBLB.

As a conclusion; TBLB is an effective and safer method in diagnosis of pulmonary sarcoidosis especially with parenchymal involvement. We found that, our results coincide with the literatures, recently.

Key words: Sarcoidosis, fiberoptic bronchoscopy

Multisistemik bir hastalık olan sarkoidozda organ tutulumuna göre çeşitli tanı yöntemleri uygulanır. Akciğer tutulumu gösteren sarkoidozlularda fiberoptik bronkoskopi (FOB) ile uygulanan transbronşial iğne aspirasyon biyopsisi (TBİAB) tanı yöntemleri arasındadır (4).

Bu çalışmamızda son bir yıl içinde kliniğimizde pulmoner sarkoidoz tanısı alan olgular retrospektif olarak tekrar incelenerek tanı yöntemleri arasında FOB'un değerini incelemeyi amaçladık.

MATERYAL ve METOD

SSK Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi I. Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniğinde; Aralık 2000-2001 tarihleri arasında sarkoidoz tanısı alan 63 olgu tanı yöntemleri için tekrar incelendi. Olguların dosyalarından rutin muayene bulguları, akciğer grafileri görüldükten sonra, interstisyel tutulum veya hiler, mediastinal adenopati gösteren hastalar, ayrıca interstisyel akciğer hastalıkları izleme formunda bulunan standart şikayetleri (öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı, ateş, eklem şikayeti, deri döküntüsü, göz şikayeti vs.) kayıt edildi. Sarkoidozun sistemik tutulumu olabilecek eklem, göz, kalp ve nörolojik tutulumu için uzman hekimlerce yapılan muayene bulguları yazıldı.

Tüm hastalarda rutin biyokimya ve hemogram tetkikleri yanında, serum anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE), Ca⁺⁺ düzeyleri kaydedildi. Ayrıca, cilde 5TU purifiye protein derivesi (PPD) ile yapılan tüberkülin testi 48. saat endürasyon sonuçları 10 mm üzerindeki endürasyon değerleri pozitif kabul edilerek değerleri kayıt edildi. Akciğer fonksiyon testleri (Spirolab-II, MIR) ve karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) testleri (Sensor Medics MVX 22 seri) kayıt edildi. Sarkoidoz tanısı; klinik radyolojik uygunluk ve/veya başka nedenlere bağlanamayan kazeöz olmayan granülomların tespiti ile konuldu. Histopatolojik tanı hastalara invaziv olmayan metottan invaziv metoda doğru olacak şekilde uygulanmış olduğundan fizik muayenelerinin doğrultusunda skalen biyopsi, cilt biyopsisi, bukkal biyopsi, fiberoptik bronkoskopi ve mediastinoskopi yöntemleri kullanılarak yapılmıştı.

Hastaların radyolojik evrelemesi DeRemee sınıflamasına göre yapıldı (6). Evre I bilateral hiler lenfadenopati (BHL), Evre II BHL ve parenkimal infiltrasyon ve Evre III BHL olmaksızın parenkimal infiltrasyon olarak sınıflandırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya sarkoidoz tanısı almış 63 hasta alındı. Olguların 37'si kadın, 26'sı erkekti. Kadın olguların yaşları 17 ile 66 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 45±11 yıl idi. Erkek olguların yaşları 16 ile 53 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 35±10 yıl idi. DeRemee sınıflamasına göre 25 (% 40) olgu Evre I, 35 olgu (% 56) Evre II, 3 (% 4) olgu Evre III idi. Çalışmaya alınan hastaların ortalama FEV1 değeri 2648±824 ml, FVC değeri ise 3195±1138 ml idi. DLCO % ise ortalama % 74±26 bulundu. Serum ACE 70±38 ve Ca⁺⁺ 9.9±1.1 mg/dl olarak bulundu. Sistemik tutulum; 4 (% 71) olguda cilt tutulumu, 1 (% 15) olguda nörolojik tutulum, 2 (% 3) olguda cilt ve gözün beraber tutulumu, 1 (% 1.5) olguda eklem ve cilt ile birlikte olmak üzere toplam 8 (% 12.6) olguda sistemik tutulum mevcuttu.

Sarkoidoz tanısı almış 63 olgunun 60'ına fiberoptik bronkoskopi (FOB) ile transbronşiyal akciğer biyopsisi

(TBİAB) uygulandı. Bu hasta grubunda 27 olguda transbronşiyal ile sarkoidoz tanısı konuldu. FOB ile tanı konulamayan 23 olguya mediastinoskopi yapıldı, olguların % 100'üne sarkoidoz tanısı konuldu. Bukkal biyopsi 5 olguya uygulandı, ancak birinde sarkoidoz rapor edildi. Boynunda baskı hissinden yakınan bir olguya skalen lenf biyopsisi uygulanarak sarkoidoz tanısı konuldu, 4 olguya sarkoidoz tanısı cilt biyopsisi ile konulmuştu, 7 olgu ise invaziv girişimleri kabul etmeyecek klinik ve radyolojik bulgularla sarkoidoz kabul edilmişti.

Radyolojik olarak Evre I 25 olgunun 5'inde, Evre II 35 olgunun 20'sinde, Evre III 3 olgunun 2'sinde TBİAB ile tanı konulmuştu.

TARTIŞMA

Sarkoidoz tanısı; klinik, radyolojik ve histopatolojik olarak kazeifikasyon içermeyen granülomların tespiti ile konulmaktadır (1-4). Ayrıca PPD deri testi, serum ACE düzeyi yardımcı tanı yöntemleridir. Sarkoidoz tanısı sadece klinik-radyolojik bulgularla konulabilse de, aynı bulguları gösteren diğer hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Serimizde invaziv girişimleri kabul etmeyen 7 olguda tanı klinik-radyolojik olarak konulmuştu. Sarkoidozda yardımcı tanı yöntemlerinde kullanılabilen ACE seviyesi, birçok ilişkisiz hastalıkta da (milier tbc. Hodgkin, vs) yükseklenmektedir (7). Bu nedenle, 1999 ATS ve ERS konsensusunda sarkoidoz tanısı için nekrozitan olmayan granülomların histolojik olarak demonstrasyonuna dayanması gerektiği bildirilmektedir (1).

Genellikle sarkoidozun doku tanısını koymada biyopsinin en kolay ulaşılabilen yerden yapılması önerilmektedir (1-5). Hastanın dikkatli yapılan fizik muayenesi ile deri, dil, yüzeysel lenf nodu, skalen lenf bezi biyopsisi gibi uygun biyopsi yeri araştırılabilir (4).

Sarkoidoz multisistemik bir hastalık olup en sık olarak (% 80) akciğerleri tutar (4). Tanı için FOB uygulanması rahat, ulaşılabılır, ucuz, güvenli ve cerrahiye göre daha az invaziv bir yöntemdir. Birçok olguda FOB sırasında TBİAB en çok tercih edilen örnek alma yoludur. Literatürde TBİAB'in tanısız katkısı % 40-90 arasında bildirilmektedir (8-10). Gilman (8) ve Poe'nun (10) yaptığı çalışmada, TBİAB'nin katkısını incelenmiş ve % 50 ile % 80 oranında değiştiği görülmüştür. Bizim çalışmamızda

bu oran % 45 bulunmuş ve bu çalışmalar ile paralellik göstermiştir. TBİAB nadiren pnömotoraks ve pulmoner hemorajiye neden olmaktadır (11). Çalışmamızda TBİAB sonrası komplikasyon gelişmemiştir.

TBİAB sonuçları negatif kalan hastalara açık akciğer biyopsisi ve mediastinoskopi uygulanabilir. Her ikisi de daha invaziv yöntemler olup, mortalite ve komplikasyon oranı daha yüksektir (1).

TBİAB'in sarkoidozda tanı değeri % 90'a kadar ulaşabilmekte iken; heterojen gruplar arasında yapılan ve parenkim tutulum derecesi değişken birçok olguda bu oran % 70 civarındadır (8-10). Morales (12) ve ark.'nın TBİAB sonuçları 51 sarkoidoz şüpheli hastanın 34'ünde TBİAB ile olumlu sonuçtur. Evre I hastalarda ise % 60 olguda; tanı TBİAB ile konulmuştur. Benzer şekilde Puar (14) ve ark. da akciğer radyolojik evresine göre TBİAB tanı değerinin % 70 olduğunu bulmuşlardır. Korner (9) ve ark.'nın yaptığı sarkoidozda TBİAB'in tanı değerini araştıran orjinal çalışmada ise histolojik tanı % 90'ın üzerinde olumlu bulunmuştur. Çalışmamızda TBİAB ile % 45 gibi nispeten daha düşük değer elde etmemizi aldığımız örnek sayılarının 3'ün üzerine çıkmamasından kaynaklanabileceği yorumunu yapabiliriz. Çünkü, TBİAB alınan örneklerin sayısı arttıkça tanı yüzdesi de artmaktadır (1-5).

Akciğer parenkim tutulumu ile birlikte bilateral hiler lenfadenopatisi olan Evre II sarkoidoz olgularında biyopsi ile birlikte tanı koyma oranı % 90 iken, Evre I; diğer bir deyişle parenkim tutulumu radyografik olarak gösterilemeyen hastalarda % 50, yoğun fibrozisin olduğu ile evre olgularda ise tanı değerinin düşük olduğu bildirilmiştir (3). Bizim çalışmamızda özellikle Evre II hastalıkla elde edilen oranlar literatürle uyumlu bulundu. Evre III ise olgu azlığı nedeniyle net olarak değerlendirilemedi.

SONUÇ

Sarkoidoz tanısı sadece klinik ve radyolojik tutulumu

dayandırılabilceği gibi, birçok farklı yaklaşım da vardır. Sarkoidoz tanısında biyopsi için öncelikle en kolay ulaşılabilecek ve tanı duyarlılığı en yüksek dokular seçilmelidir. Yüzeysel lenfadenopati veya cilt tutulumu olmayan olgularda tanı duyarlılığı yüksek bir yöntem olan transbronşiyal biyopsi uygulanabilir. Bizim de çalışma sonunda elde ettiğimiz ve literatürle uyumlu veriler, özellikle parenkimal tutulumun yaygın olduğu Evre II hastalarda transbronşiyal biyopsinin sarkoidozun morfolojik tanısında etkili ve güvenli bir metod olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, et al: ATS/ERS/WA-SOG statement on Sarcoidosis. Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis 16:149-173, 1999.
2. Loddenkemper R, Kloppenberg A, Schoenfeld N, et al: Clinical findings in 715 patients with newly detected pulmonary sarcoidosis. Results of a cooperative study in former West Germany and Diffuse Lung Disease 15:178-182, 1998.
3. Moller DR: Systemic Sarcoidosis. In: Fischmann AP. Fischmann; Pulmonary Diseases&Disorder, 3rd ed. New York: MCGraw-Hill, 1055-1068, 1998.
4. Alper D, Özdemir Kumbasar Ö: Güncel Bilgiler Işığında Sarkoidoz. Türk Tüberküloz ve Toraks Derneği, Ankara, 1999.
5. Edmonstone WM, Wilson AG: Sarcoidosis in Caucasians, Blaks and Asians in London. Br J Dis Chest 79:27-36, 1983.
6. De Reme RA: The roentgenographic staging of sarcoidosis. Historic and contemporary perspectives. Chest 1:128-133, 1983.
7. Studdy PR, James DG: The sensitivity and specificity of serum angiotensin converting enzyme in sarcoidosis and other diseases. In: Chretien J, Marsac J, Salbel J.C eds. Sarcoidosis. Paris, France: Pergamon Press, 332-344, 1983.
8. Gilman MJ, Wang KP: Transbronchial lung biopsy in sarcoidosis: an approach to determine the optimal number of biopsies. Am Rev Resp Dis 122:721-724, 1998.
9. Koerner SK, Sakowitz AJ, Appelman RI, et al: Transbronchial lung biopsy for the diagnosis of sarcoidosis. N Engl J Med 293:268-270, 1975.
10. Poe RH, Israel RH, Utell MJ, et al: Probability of a positive transbronchial biopsy result in sarcoidosis. Arch Intern Med 139:761-763, 1979.
11. Anders GT, Johnson JE, Bush BA, et al: Transbronchial biopsy without fluoroscopy. A seven-year perspective. Chest 94(3):557-60, 1988.
12. Morales CF, Patefield AJ, Strollo PJ: Flexible transbronchial needle aspiration in the diagnosis of sarcoidosis. Chest 106:709-711, 1997.
13. Puar HS, Young RC, Armstrong EM: Bronchial and transbronchial lung biopsy without fluoroscopy in sarcoidosis. Chest 87:303-306, 1985.