

Endobronşiyal Kitle ile Seyreden Sarkoidoz: İki Olgu Sunumu

Sarcoidosis Presenting as Endobronchial Mass: Report of Two Cases

Sinem Güngör, Nagihan Durmuş Koçak, Pınar Atagün Güney, Pakize Sucu, Sibel Boğa

Özet

Sarkoidoz en sık akciğerler ve lenf nodlarını tutan, nedeni bilinmeyen ve multisistemik bir hastalıktır. Sarkoidozda akciğer tutulumu sıklıkla parankimal hastalık şeklindeyken, nadiren endobronşiyal kitle şeklinde tutulum görülebilir. Çalışmamızda, akciğer grafisinde bilateral hilar dolgunluk ve toraks bilgisayarlı tomografide mediastende multipl lenfadenopati ve subsegmental ateletazi nedeniyle bronkoskopi yapılan, bronkoskopide endobronşiyal lezyon görülüp sarkoidoz tanısı konan iki olguyu sunduk. Her iki olgu da ilaçsız takibe alındı. Literatürde de tedavisiz düzelen olgular bildirilmiştir. Endobronşiyal tutulum gözlenen iki sarkoidoz olgusunu endobronşiyal kitle lezyonların ayırıcı tanısında sarkoidozu vurgulamak için sunduk.

Anahtar Sözcükler: Sarkoidoz, bronkoskopi, endobronşiyal kitle.

Abstract

Sarcoidosis is a multi-system disorder with an unknown etiology, mostly affecting the lungs and lymph nodes. Lung involvement is mostly seen as parenchymal disease, while an endobronchial mass lesion is rarely seen. In this study, two cases with bilateral hilar enlargement on X-ray and mediastinal lymphadenopathy, bilateral millimetric parenchymal nodules and atelectasis on thoracic computed tomography were presented, which an endobronchial mass lesion was seen during bronchoscopy. The lesion was diagnosed as sarcoidosis after histopathological examination. Both were followed with no medication. Cases with complete clinical resolution have been reported in the literature. We present these two cases of endobronchial sarcoidosis to highlight, that sarcoidosis should be kept in mind in the differential diagnosis of endobronchial mass lesions.

Key words: Sarcoidosis, bronchoscopy, endobronchial mass.

Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen, nonkazeifiye granülomlar ile karakterize, multisistemik bir hastalıktır. Sarkoidozda %90 oranında akciğer tutulumu görülmekle beraber göz, cilt, karaciğer, kemik, eklem, kalp ve beyin tutulumu da olabilir (1). Akciğer tutulumu sıklıkla parankimal hastalık şeklinde

görülürken, bronş mukozasında nodüler tarzda tutulum görülebilir. Fakat endobronşiyal kitle şeklinde tutulum çok nadirdir (2). Kliniğinizde takip ettiğimiz iki endobronşiyal sarkoidoz olgusunu endobronşiyal kitle lezyonların ayırıcı tanısında sarkoidozu da vurgulamak için sunduk.

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Clinic of Chest Diseases, Süreyyapaşa Chest Diseases and Chest Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 29.06.2015 **Kabul tarihi (Accepted):** 16.11.2015

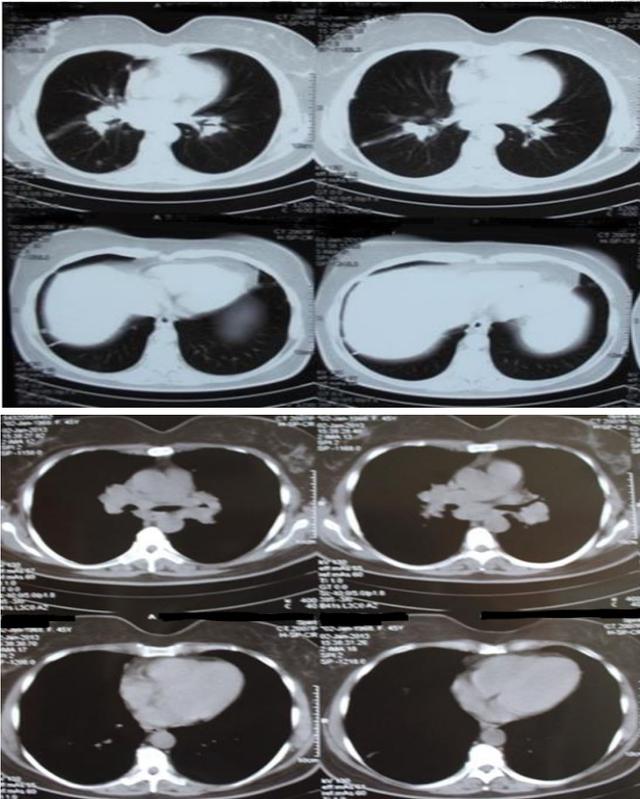
İletişim (Correspondence): Pınar Atagün Güney, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

e-mail: atagunpnar@yahoo.com

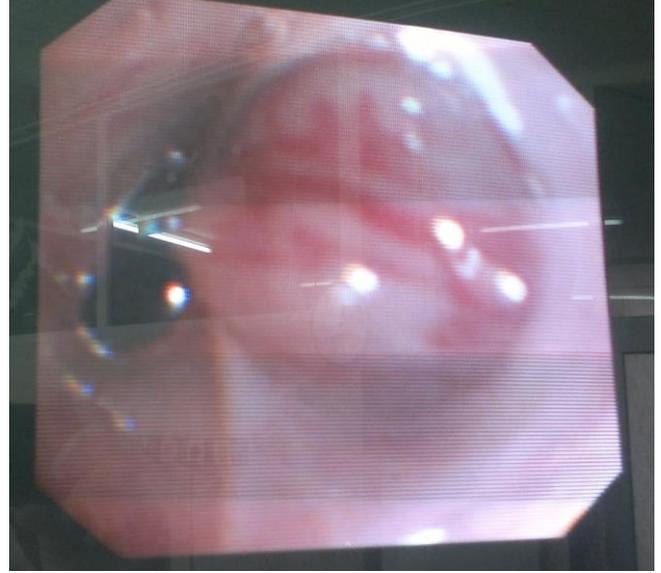


OLGU

Olgu 1: Kırk dört yaşında kadın hasta, son iki aydır olan öksürük ve nefes darlığı yakınmaları ile başvurdu. Ek hastalık ve sigara hikâyesi yoktu. Fizik muayenesi normal idi. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı normal, anjiotensin converting enzim (ACE): 74 U/L, Ca: 9,9 mg/dl, 24 saatlik idrarda Ca ve solunum fonksiyon testi (SFT) normal idi. Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk ve sağ alt parakardiyak infiltrasyon gözlemlendi. Toraks BT'sinde mediastende ve her iki hilusta multipl lenfadenopati, akciğer parankiminde bilateral milimetrik pulmoner nodüller ve sağ akciğer alt lobda subsegmenter ateletazik alan mevcuttu (Şekil 1). Fiberoptik bronkoskopi-sinde (FOB), sağ alt lob lateral segment girişine tıkayan, düzgün yüzeyli kitle görüldü ve kitleden biyopsi alındı (Şekil 2). Endobronşiyal lezyonun histopatolojik incelemesi bronş mukozasında fibrozis ve fokal granülomatöz iltihap olarak rapor edildi. Olguya kesin tanı amacıyla mediastinoskopi uygulandı. Lenf nodu biyopsi sonucu kronik granülomatöz inflamasyon olarak değerlendirildi. Olgu sarkoidoz tanısıyla ilaçsız takibe alındı ve 6. ayda yapılan kontrollerinde ACE: 30 U/L, Ca: 9,80 mg/dl, SFT: Normal, PA akciğer grafisi: Normaldi. Yapılan FOB'unda endobronşiyal lezyon gözlenmedi (Şekil 3). Hasta halen şikâyetsiz olup takipleri devam etmektedir.



Şekil 1: İlk olgunun Toraks BT kesitleri: Akciğer parankiminde bilateral milimetrik pulmoner nodüller ve sağ akciğer alt lobda subsegmenter ateletazik alan.

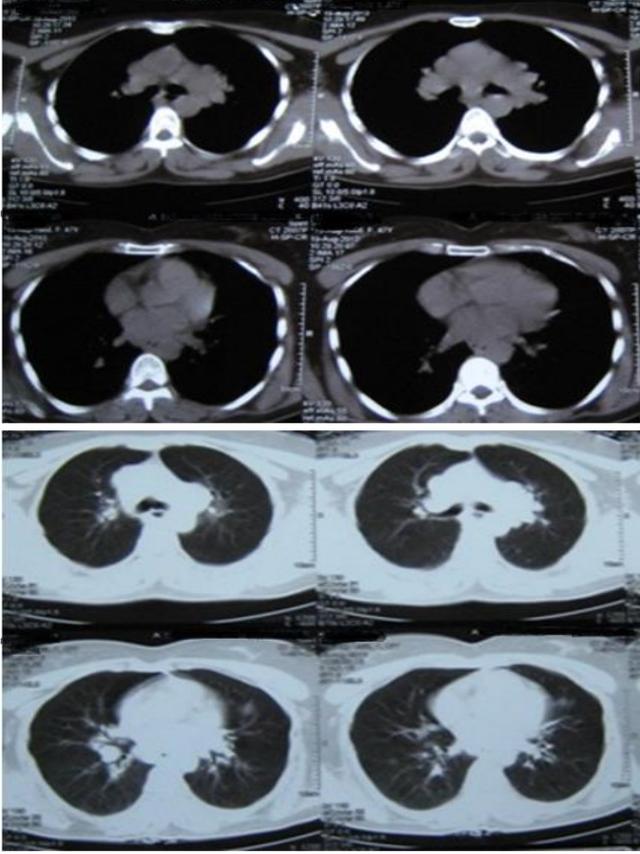


Şekil 2: Sağ alt lob lateral segment girişine tıkayan, düzgün yüzeyli kitle.



Şekil 3: Kontrol fiberoptik bronkoskopi.

Olgu 2: Kırk sekiz yaşında kadın hasta, bir haftadır devam eden öksürük yakınması ile başvurdu. Ek hastalık ve sigara hikâyesi yoktu. Fizik muayene bulguları normal idi. Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı normal, ACE: 51 U/L, Ca:9,3 mg/dl, 24 saatlik idrarda Ca:432 mg/gün (100-300 mg/gün), SFT: restriksiyon mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk ve sağ paratrakeal dansite artışı saptandı. Toraks BT'sinde multipl mediastinal ve hiler lenfadenopatiler mevcuttu (Şekil 4). Bronkoskopide sağ alt lob lateral segment girişinde endobronşiyal kitle lezyon görüldü ve lezyondan biyopsi alındı (Şekil 5). Endobronşiyal kitlenin histopatolojik incelemesi non-nekrotizan kronik granülomatöz inflamasyon olarak rapor edildi. Olgu sarkoidoz tanısıyla ilaçsız takibe alındı.



Şekil 4: İkinci olgunun toraks BT'sinde multipl mediastinal ve hiler lenfadenopatiler.



Şekil 5: Sağ alt lob lateral segment girişinde endobronşiyal kitle lezyon.

TARTIŞMA

Sarkoidoz sıklıkla akciğer ve intratorasik lenf nodlarını tutan, sistemik granümatöz bir hastalıktır. Tanı genellikle klinik ve radyolojik bulgularla, bir ya da daha fazla sistemde non-kazeifiye granülomların histopatolojik olarak gösterilmesi ile konulur (1). Sarkoidoz tanısında pato-

lojik örnekleme için mediastinoskopi, açık akciğer biyopsisi, skalen lenf nodu biyopsisi, cilt biyopsisi gibi invazif yöntemler kullanılırken, daha az invazif metotlardan fiberoptik bronkoskopi de kullanılabilir (3,4). Fiberoptik bronkoskopiye girişimsel işlem olarak transbronşiyal biyopsi, transbronşiyal ince iğne aspirasyonu, endobronşiyal biyopsi ve bronkoalveoler lavaj (BAL) yapılır (4).

Fiberoptik bronkoskopiye endobronşiyal mukoza tutulumu sık görülür ve mukoza tutulumu karakteristik olarak kaldırım taşı görünümü veya çakıl taşı manzarası olarak tanımlanır. Bunlarda mukozadan kabarık nodüller görünümler mevcuttur ve bu nodüllerden alınan biyopsiler granülom yapısındadır (5). Sarkoidozda, fiberoptik bronkoskopiye görünen diğer anormallikler mukozal hiperemi, mukozal infiltrasyon, bronkostenoza ya da bizim olgularımızda olduğu gibi nadiren endobronşiyal kitle lezyonudur (4). Kıter ve ark. (6) serilerinde %0,4 endobronşiyal kitle lezyonu bildirmişken, diğer sarkoidoz serilerinde endobronşiyal tutulum saptanmamıştır (7-9). Kumbasar ve ark. (10) ve Akpınar ve ark. (11) olgu sunumu şeklinde bildirdikleri iki olguda bizim olgularımız gibi endobronşiyal kitle lezyonu saptamış ve lezyondan yapılan biyopsi sonucu sarkoidoz tanısı konmuştur.

Sarkoidozda bronş lümenini daraltan durumlar üç mekanizmayla açıklanmıştır. Bunlar, büyümüş lenf nodlarının yaptığı basıya bağlı olarak lümenin mekanik olarak daralması, sarkoid granülomlarının submukozal yayılımı ve endobronşiyal kitle şeklindedir. İlk iki mekanizma daha sık olarak karşımıza çıkmakta iken, endobronşiyal kitle nadiren bir durum olarak bildirilmiştir (12). Endobronşiyal kitle lezyon sarkoidozun bir formu mu yoksa hastalığın akciğer tutulumunun yaygınlığının bir göstergesi mi tam olarak belirlenmemektedir. Bjermer ve ark. (13) endobronşiyal biyopsi ile granülom saptanan olgularda, endobronşiyal biyopsi ile granülom saptanmayan olgulara göre BAL'da enflamatuvar aktivitenin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. BAL analizinde Kumabasar ve ark. (10) olgularında CD4/CD8 oranının 5, Akpınar ve ark. (11) ise 3,5 olarak bulmuştur. Bizim iki olgumuza da BAL analizi yapılamamıştır.

Endobronşiyal tutulum olan sarkoidoz olgularında kortikosteroid tedavi sonrası endobronşiyal lezyonun kaybolduğu bildirilmiştir (14). Akpınar ve ark. (11) olgularında kortikosteroid tedavi sonrası endobronşiyal kitle lezyonun kaybolduğu ve BAL'da CD4/CD8 oranınının 1,18'e düştüğünü gözlemişlerdir. Bizim iki olgumuza da ilaçsız takip ile tam remisyona sağlanmış olup, endobronşiyal sarkoidoz olgularında yakın takip ile ilaçsız kür sağlanabilmektedir. Literatürde de tedavisiz düzelen olgular bildirilmiştir (15).

Sonuç olarak, özellikle mediastinal ve hiler LAP olan olgularda endobronşiyal kitle lezyonlarında nadir görülse de endobronşiyal sarkoidoz akılda tutulmalıdır. Endobronşiyal sarkoidozda her ne kadar tedavi endikasyonu olsa da yakın takip ile ilaçsız tam kür sağlanabilmektedir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - S.G., N.D.K., P.A.G., P.S., S.B.; Tasarım ve Dizayn - S.G., N.D.K., P.A.G., P.S., S.B.; Denetleme - S.G., N.D.K., P.A.G., P.S., S.B.; Kaynaklar - S.G., P.S., N.D.K., P.A.G.; Malzemeler - S.G., N.D.K., P.A.G., P.S.; Veri Toplama ve/veya İşleme - S.G., N.D.K., P.A.G., S.B.; Analiz ve/veya Yorum - S.G., P.S., N.D.K., P.A.G.; Literatür Taraması - S.G., P.S., N.D.K., P.A.G.; Yazıyı Yazan - S.G., P.S., N.D.K., P.A.G., S.B.; Eleştirel İnceleme - S.G., P.S., N.D.K., P.A.G., S.B.

KAYNAKLAR

1. Statement on sarcoidosis. Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS), The European Respiratory Society (ERS) and The World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ERS Executive Committee, 1999. *Am J Respir Care Med* 1999; 160:736-55.
2. Lynch JP 3rd, Kazerooni EA, Gay SE. Pulmonary sarcoidosis. *Clin Chest Med* 1997; 1:755-85. [\[CrossRef\]](#)
3. Ikeda S, Yanai N, Ishikawa S. Flexible bronchofiberscope. *Keio J Med* 1968; 1:1-16. [\[CrossRef\]](#)
4. Chapman JT, Mehta AC. Bronchoscopy in sarcoidosis: diagnostic and therapeutic interventions. *Curr Opin Pulm Med* 2003; 9:402-7. [\[CrossRef\]](#)
5. Torrington KG, Shorr AF, Parker JW. Endobronchial disease and racial differences in pulmonary sarcoidosis. *Chest* 1997; 111:619-22.
6. Kiter G, Müsellim B, Çetinkaya E, Türker H, Kunt Uzaslan AE, Yentürke E ve ark. Clinical presentations and diagnostic work-up in sarcoidosis: a series of Turkish cases (clinics and diagnosis of sarcoidosis). *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011; 59:248-58. [\[CrossRef\]](#)
7. Aykan SF, Türkteş HG, Köktürk N, Akten YS. Retrospective evaluation of 100 sarcoidosis in Gazi University, Turkey. *Turk Thorac J* 2014; 15:155-61.
8. Baran A, Özşeker F, Güneşlioğlu D, Bilgin S, Arslan S, Uyanusta Ç ve ark. Sarkoidoz: Yedi yıllık deneyim. *Toraks Dergisi* 2004; 5:160-5.
9. Tabak L, Kılıçarslan L, Kıyan E, Erelel M, Çuhadaroğlu Ç, Arseven Ö ve ark. 147 sarkoidoz hastasının klinik özellikleri. *Solunum* 2001; 3:80-5.
10. Kumbasar ÖÖ, Kaya A, Ülger F, Doğanay A. Multiple endobronchial mass lesions due to sarcoidosis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003; 51:190-2.
11. Akpınar S, Uçar N, Şerifoğlu İ, Aktaş Z, Şipit T. Endobronşiyal kitle lezyonu yapan sarkoidoz. *Türkiye Klinikleri Arch Lung* 2010; 11: 77-80.
12. Chambellan A, Turbie P, Nunes H, Brauner M, Battesti JP, Valeyre D. Endoluminal stenosis of proximal bronchi in sarcoidosis bronchoscopy, function, and evolution. *Chest* 2005; 127:472-81.
13. Bjermer L, Thunell M, Rosenhall L, Stjernberg N. Endobronchial biopsi pozitif sarkoidoz: relation to bronchoalveolar lavage and course of disease. *Respir Med* 1991; 85:229-34.
14. Corsello BF, Lohaus GH, Funahashi A. Endobronchial mass lesion due to sarcoidosis: complete resolution with corticosteroids. *Thorax* 1983; 38:157-8. [\[CrossRef\]](#)
15. Saitoh H, Enomoto T, Narato R, Shibuya Y, Tanaka M, Nakamura S. A case of sarcoidosis with an endobronchial polypoid lesion. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 2010; 48:589-94.