

Akciğerin İnflamatuvar Psödotümörü: Olgu Sunumu

Ufuk Çobanoğlu*, Hatice Özusan Kırgın**, Gamze Uğurluer***

Özet:

İnflamatuvar psödotümörler akciğerin nedeni bilinmeyen benign tümörleridir. Psödotümör tanısı ikilem gösterir. Mümkünse tam rezeksiyonu uzun dönem iyi bir sağkalım sağlar.

12 yaşında kız çocuğu sağ akciğer alt lobunda kitle nedeniyle opere edildi. Patoloji sonucu lenfosit ve plazma hücrelerinin hakim olduğu inflamatuvar hücrelerle birlikte kollajen ve fibroblast içeren inflamatuvar psödotümör olarak bildirildi. Bu yazımızda akciğerde inflamatuvar psödotümör olan bu olgu sunulmakta ve ilgili literatür gözden geçirilmektedir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuvar psödotümör, akciğer, tedavi

İnflamatuvar psödotümörler iyi huylu, non-neoplastik ve inflamatuvar orjinli akciğer tümörleridir. Başka isimlerle de adlandırılırlar (postenflamatuvar tümör, histiositoma, xanthoma, fibroxanthoma, xanthomagraneloma, plazma cell tumor) (1). İnflamatuvar hücrelerin kontrolsüz büyümesi ile karakterize benign lezyonlardır. Ancak bazen agresif davranabilirler (2 – 4). İlk kez Umiker ve Iverson tarafından tanımlanmışlardır (4, 5)

Majör olarak akciğer parankimi ve hava yollarını tutan inflamatuvar psödotümörler, nadiren mediasten, torasik lenf nodları ve diğer yapıları etkilerler (5). İnflamatuvar psödotümör farklı akciğer kitlelerinin tanısında genelde akla getirilmeyen bir patolojidir; oysa çocukluk çağında akciğerde görülen primer benign lezyonlar içinde hiç de azımsanmayacak sıklıkta (6–8).

İnflamatuvar psödotümör, geniş bir histolojik terimdir ve predominant olan hücre tipine göre organize pnömonik tip, fibrohistiositik tip ve plazma hücreli granuloma gibi alt tipleri içerir (9). Akciğer karsinomu taklit ederek tanı ve tedavide zorluklara neden olabilir (10, 11).

Bu patolojinin çocuklarda görülen primer akciğer tümörleri içerisinde önemli bir yer tuttuğu ve her soliter pulmoner nodül ve akciğer kitlesinde düşünülmesi gerektiği unutulmamalıdır (3, 7).

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

**Van Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van

***Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Van

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Ufuk Çobanoğlu
YYÜ Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD. Van

Olgu

12 yaşında kız çocuğu, iki yıl önce sağ akciğerinde lobar pnömoni nedeniyle Çocuk Hastalıkları Kliniğinde tedavi edilmiş. Son iki aydır mevcut öksürük, balgam, göğüs ağrısı ve yorgunluk nedeniyle müracaat ettiği bir sağlık merkezinde çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer alt lobda solid-kistik ayrımı yapılamayan düzgün sınırlı kitle imajı tespit edilmiş (Resim:1–2).

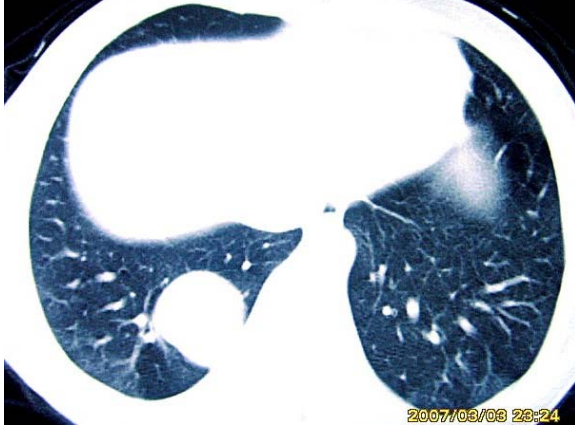
Ayırıcı tanıda kist hidatik, bronkojenik kist, sekestrasyon, benign ve malign akciğer tümörleri düşünülen hastanın ekinokok IHA (indirekt hemaglutinasyon) testi negatifti. Hastaya tanı amaçlı bronkoskopi yapıldı ve bronkoskopi ve bronkoalveoler lavaj sıvısı sitolojisi sonucu negatif olarak geldi. Rutin hematolojik ve biyokimyasal testleri normal olarak saptandı. Bronş karsinomuna yönelik olarak ekstrapulmoner sistemin (beyin, batin ve kemik) metastaz yönünden taraması sonucu patolojiye rastlanılmadı.

Bunun üzerine olgumuza tanı ve tedavi amaçlı torakotomi planlandı. Kas koruyucu torakotomi ile toraksa girildi ve makroskopik olarak alt lob superior segment yerleşimli, etraf dokudan sınırları belirgin olarak ayrılan 5x7 cm boyutlarında solid kitle palpe edildi. Kesitlerde lezyonun oldukça homojen ve sarı-beyaz-grimsi renkte olduğu tespit edildi.

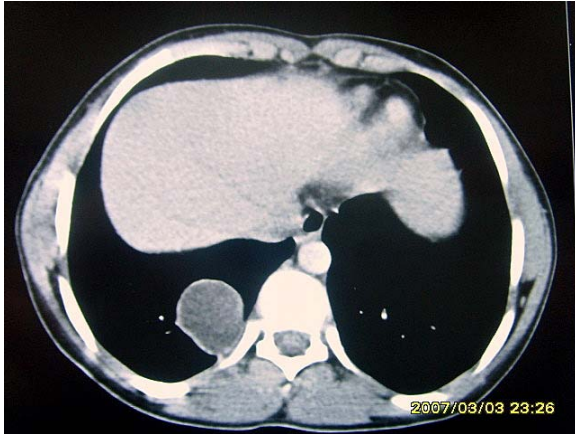
Çalışılan “frozen section” patoloji sonucu inflamatuvar psödotümör olarak geldi ve kitle tam olarak çıkarıldı.

Mikroskopik inceleme sonucunda, lezyonun; plazma hücreleri ve lenfositlerin hakim olduğu inflamatuvar hücrelerin yanı sıra kollojen ve

fibroblastlardan oluştuğu (Resim-3) bildirildi. Örneklem için alınan tüm lenf nodları negatifti. Postoperatif yedinci gün sorunsuz olarak taburcu edilen hastanın halen poliklinik kontrolleri sürdürülmektedir.



Resim-1: Toraks tomografisi (Sağ alt lobda kitle imajı)



Resim-2: Toraks bilgisayarlı tomografisi (Sağ alt lobda kitle imajı)

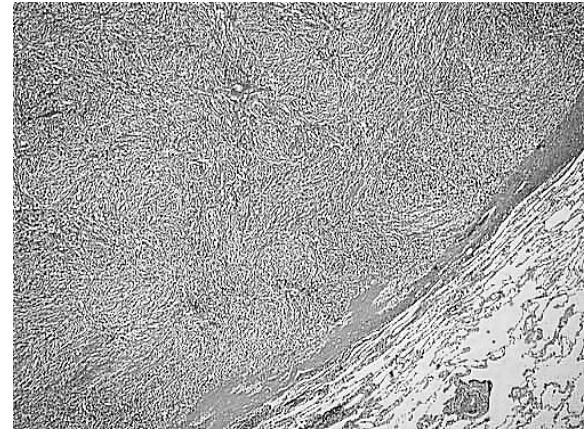
Tartışma

İnflamatuvar psödotümörler, inflamatuvar hücrelerin düzensiz gelişimi ile karakterize, kötü seyirli olmayan yapılardır. Sadece akciğere özgü olmayıp beyin ve karaciğer gibi diğer organlarda da görülebilirler (3). Akciğerin inflamatuvar psödotümörünün gerçek insidansını saptamak zordur. Tüm akciğer tümörleri arasında görülme sıklığının %1 den az olduğu belirtilmektedir (12). Golbert ve Pletnev (2) bu oranı %0.7, diğer bazı yazarlar kendi serilerinde %0.4 olarak bildirmektedirler (3).

Bu patoloji tüm yaş gruplarında görülsede, çoğunluğunu 16 yaşın altındaki olgular oluşturmaktadır (3, 4). Hastaların büyük çoğunluğu 40 yaşın altındadır ve %15 oranında 1–10 yaş arasında görülmektedir. Cinsiyet ve/veya ırk açısından bir yatkınlık yoktur (1).

İnflamatuvar psödotümörler toraks cerrahisinde benign tümörler içerisinde çok nadir görülen lezyonlar olarak bilinirken, çocukluk çağı benign pulmoner kitleleri içerisinde önemli bir yer tutmaktadırlar (6–8). Matsubara ve ark (13) 16 yıllık süre içerisinde (1970–1986) inceledikleri tüm akciğer nodülleri arasında 32 vakada inflamatuvar psödotümör tespit etmişlerdir.

Hastaların üçte birinde altta yatan etyolojik faktör akciğer enfeksiyonu olmakla beraber hastalığın etyolojisi ve patogenezi hakkında kesin bir hüküm yoktur. İhtimaller arasında, organize intraalveolar pnömoninin ilerlemesi ve buna karşı oluşan aşırı immün cevap yer almaktadır (1).



Resim-3: Plazma hücreleri ve lenfositlerin hakim olduğu inflamatuvar hücrelerin yanı sıra kollojen ve fibroblastlardan oluşan örnek (Hemtoksilin & Eosin x 100 büyütme).

Hastaların çoğu asemptomatiktir (14), fakat ateş, göğüs ağrısı, tekrarlayan pnömoni görülebilir (13, 14). Hastaların 1/3'ünde önceden geçirilmiş bir akciğer enfeksiyonu söz konusudur (13, 15). Bizim olgumuzda da son iki aydır başlayan öksürük, balgam, göğüs ağrısı ve yorgunluk şikayetleri mevcut olup, iki yıl önce geçirilmiş bir lobar pnömoni öyküsü vardı.

Bu hastalarda bronkoskopi ve sitolojik muayene sıklıkla normaldir. Çoğu psödotümör akciğerde soliter pulmoner nodül veya kitle görünümü verir. Bazen kalsifikasyon, kavitasyon formasyonu ve hiler lenfadenopati görülebilir (4). Olgumuzda da bronkoskopik ve sitolojik muayene sonucu normaldi. Hastaların %13'ünde aynı tarafta ve az miktarda plevral sıvı görülebileceği bildirilmiştir. Tüm bunlara karşın spesifik radyolojik ve klinik bulguları olmadığından preoperatif tanısı zordur (4,16).

Bahadori ve Leibow 1973'de inflamatuvar psödotümörün diğer lezyonlardan farklı olan patolojik karekteristiklerini tarif etmişlerdir (7). Buna göre akciğerin inflamatuvar psödotümörü;

değişik sayılarda nükleus içeren, değişik boyutlardaki plazma hücrelerinin hakim olduğu inflamatuvar bir süreç olarak tanımlanmıştır (10). Araştırmacıların bir bölümü inflamatuvar psödotümörün interstisyel pnömoniye izleyen düzenli bir inflamatuvar süreç olduğuna inanmaktadır. Bu süreç organize pnömoniye ve sonunda inflamatuvar psödotümöre dönüşmektedir. Lezyonların 1/3'ü bir solunum yolu enfeksiyonundan sonra başlamaktadır (5, 13). Üç alt tipi vardır. Bunlar; organize pnömoni, fibröz histiyositoma ve lenfoplazmositoma olarak adlandırılırlar (12).

Göğüs grafisinde genellikle iyi sınırlı, çapı 1-10cm arasında değişen soliter pulmoner nodül olarak görülür. Genellikle alt lobun periferinde yerleşik olarak bulunurlar (17). Bizim olgumuzun akciğer filminde sağ alt zonda yerleşimli 5x7 cm. boyutlarında düzgün sınırlı kitle imajı mevcuttu.

İnflamatuvar psödotümörler akciğerde nadiren bilateral ve multipl nodül olarak görülebilirler (7). Tanıda ince iğne aspirasyon biopsisi nadiren yararlıdır, çünkü malign tümörlerin etrafında da inflamatuvar süreç gelişebilmektedir (18).

Cerrahi, hem kesin tanının ortaya konması hemde tam tedavi için seçilecek en iyi yöntemdir. Hastalığın prognozu iyi olmakla beraber çoğu seride düşük oranda nüksten bahsedilmektedir (19). Cerrahi dışı tedaviler arasında; radyoterapi, kemoterapi ve steroid tedavisi yer almaktadır. Bu tedavi şekilleri, tam olmayan cerrahi rezeksiyonda, birden fazla lezyonun olduğu durumlarda, postoperatif tümör rekürrensinde ve rezeksiyonun kontrendike olduğu durumlarda uygulanmaktadır (1).

Akciğerin inflamatuvar psödotümörlerinde "wedge" rezeksiyon genelde yeterlidir. Ancak maligniteden şüphelenilen olgularda lobektomi ve hatta pnömonektomiye varan cerrahi girişimler uygulanabilir (3,4). Rezeksiyon sonrası nüks nadirdir (15, 20).

Sonuç olarak; akciğerin inflamatuvar psödotümörü nadir görülen, tekrarlama potansiyeli düşük ve iyi prognozlu tümörlerdir.

The Inflammatory Pseudotumor of the Lung

Abstract:

The inflammatory pseudotumors are the tumors of the lung with unknown etiology.

Pseudotumor shows diagnostic quandary. The prognosis is generally good with the complete resection of the lesion .

A girl aged 12 was operated for of a mass in her lower lob of the right lung..Histopathologic examination result was reported as inflammatory pseudotumor that contains collagen and

fibroblasts, with interspersed inflammatory cells, which dominated by lymphocytes and plasma cells.

In this report, we present a case of inflammatory pseudotumor of the lung with the review of relevant literature..

Key words: *Inflammatory pseudotumor, lung, treatment*

Kaynaklar

1. Alexiou C, Obuszko Z, Beggs D. Inflammatory pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg. 1998;66: 948-50.
2. Golbert SV, Pletnev SD. On pulmonary pseudotumors. Neoplasma. 1967; 14: 189 - 98.
3. Cerfolio RJ, Allein MS, Nascimento AG. Inflammatory pseudotumor of the lung. Ann Thorac Surg. 1999; 67: 933 - 6.
4. Singh RS, Dhaliwal RS, Pari D. Inflammatory pseudotumors of the lung. Report of a case and review of literature. Indian J Chest Dis. 2001; 43: 231 - 7.
5. Daudi FA, Lees GM, Higa TE. Inflammatory pseudotumors of the lung. Two cases and a review. C J S. 1991; 34: 461 - 4.
6. Prasad MV, Thankachen R, Parihar B et al. Inflammatory pseudotumour of the lung. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2004;3:323-5
7. Bahadori M, Liebow M. Plasma cell granulomas of the lung. Cancer. 1973;31: 191-208.
8. Cohen MC, Kaschula RO. Primary pulmonary tumors in childhood: a review of 31 years' experience and the literature. Pediatr Pulmonol. 1992;14: 222-32.
9. Kobashi Y, Fukuda M, Nakata M, et al. Inflammatory pseudotumor of the lung: clinicopathological analysis in seven adult patients. Int J Clin Oncol. 2006 ;11:461-6.
10. Mandelbam I, Brashear R, Hull MT. Surgical treatment and course of pulmonary pseudotumor (plasma cell granuloma). J Thorac Cardiovasc Surg. 1981; 82: 77 - 82.
11. Ishida T, Oka T, Nishino T. Inflammatory pseudotumor of the lung in adult. Ann Thorac Surg. 1989; 48: 90 - 95.
12. Wohlrab J, Anderson E. Two of a kind diverse presentations of the same disease. Chest. 2002;122: 736-9.
13. Matsubara O, Tan-Liu NS, Kenney RM, Mark EJ. Inflammatory pseudotumors of the lung: progression from organizing pneumonia to fibrous histiocytoma or to plasma cell granuloma in 32 cases. Hum Pathol. 1988;19: 807-14.
14. Hammer J, Gradel E, Singer E, et al. Plasma cell granuloma of the lung: associated laboratory findings and ultrastructural evidence

- of inflammatory origin. *Pediatr Pulmonol.* 1991;10: 299–303.
15. Sakurai H. Inflammatory pseudotumor of the lung: a pathological controversy. *Int J Clin Oncol.* 2006;11(6):461–6.
16. Argons GA, Rosado-de-Christenson ML, Kirejczyk WM, Conran RM, Stocker JT. Pulmonary inflammatory pseudotumor: radiologic features. *Radiology.* 1998; 206:511–8.
17. Rossi S, McAdams H, Erasmus J. A 63-year-old woman with a 2-month history of dyspnea. *Chest.* 2000; 117: 1505–7.
18. Urschel JD, Horan TA, Unruh HW. Plasma cell granuloma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1992;104:870–5.
19. Moran CA, Suster S. Unusual non-neoplastic lesions of the lung. *Semin Diagn Pathol.* 2007;24:199–208.
20. Deb J, Chaudhuri AD, Saha R, et al. Plasma cell granuloma of lung. *J Indian Med Assoc.* 2007 ;105:92-3.