

Bir Bronkosentrik Granüloatozis Olgusu

Funda Seçik¹, Levent Dalar¹, Salim Sarıyıldız¹, Murat Özel², Gökhan Hacıbrahimoglu², Ümit Aydoğmuş², Nur Büyükpınarbaşılı³, Arman Poluman¹, Mehmet Ali Bedirhan²

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Klinik, İstanbul

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ünitesi, İstanbul

ÖZET

Bronkosentrik granüloatozis, özgün bir klinik sendrom olmayıp, tanısı morfolojik kriterlere dayanan, nadir görülen bir hastalıktır. Bizim olgumuzda da tanı açık akciğer biyopsisiyle konuldu. Olgumuz 40 yaşında bir erkekti. Altmış paket-yıl sigara anamnezi vardı ve 15 yıldır güvercin besliyordu. Kliniğimize öksürük, balgam çıkarma ve sağ yan ağrısı şikâyetiyle başvurdu. Posteroanterior akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lobda yaklaşık 3 cm boyutunda, kitle görünümünde lezyon izleniyordu. Ön tanısında yaşı ve anamnez özelliklerine dayanarak öncelikle neoplastik oluşum düşünülen olgunun bronkoskopisinde özellik yoktu ve transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisiyle tanı konulamadı. Alınan tüm bronkoskopik örnekler, balgamlar ve bunların kültürleri tüberküloz açısından negatif olarak sonuçlandı. Tanı amaçlı açık akciğer biyopsisi uygulanan hastanın patoloji sonucu periferik havayollarında, ortası abseleşen nekrotizan granüloatoz iltihap odakları olarak geldi. Mantar enfeksiyonu yönünden bulguya rastlanmadı. Olguyu, nadir görülen bir klinik durum olması ve kitlesel lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiğini düşündüğümüzden sunmak istedik.

Anahtar sözcükler: kitle, granülom, aspergillus, astım

Toraks Dergisi, 2005;6(3):264-266

ABSTRACT

A Case of Bronchocentric Granulomatosis

Bronchocentric granulomatosis is not a specific clinical syndrome, but a rare pathologic condition diagnosed by morphologic criteria. In our case, the diagnosis was also made by open lung biopsy. Our case is a 40-year-old male patient, with a smoking history of 60 pack-years and he has been breeding pigeons for 15 years. He presented to our clinic with complaints of productive cough and right side pain. PA chest radiograph and chest CT scan revealed a mass with a diameter of 3 cm in the upper lobe of the right lung. A neoplastic lesion was suspected. His bronchoscopy findings were not specific and a specific diagnosis could not be made by transthoracic fine needle aspiration biopsy. Bronchoscopic specimens, sputum and their cultures were negative for tuberculosis. An open lung biopsy was performed for diagnosis and biopsy revealed a foci of necrotizing granulomatous inflammation with central abscess formation. There were no signs of a fungal infection. We decided to present this bronchocentric granulomatosis case, as it is a rare clinical condition and we think that it should be taken into consideration in the differential diagnosis of mass lesions.

Keywords: mass, granuloma, aspergillus, asthma

Toraks Dergisi, 2005;6(3):264-266

Geliş tarihi: 05.06.2004

Kabul tarihi: 15.10.2004

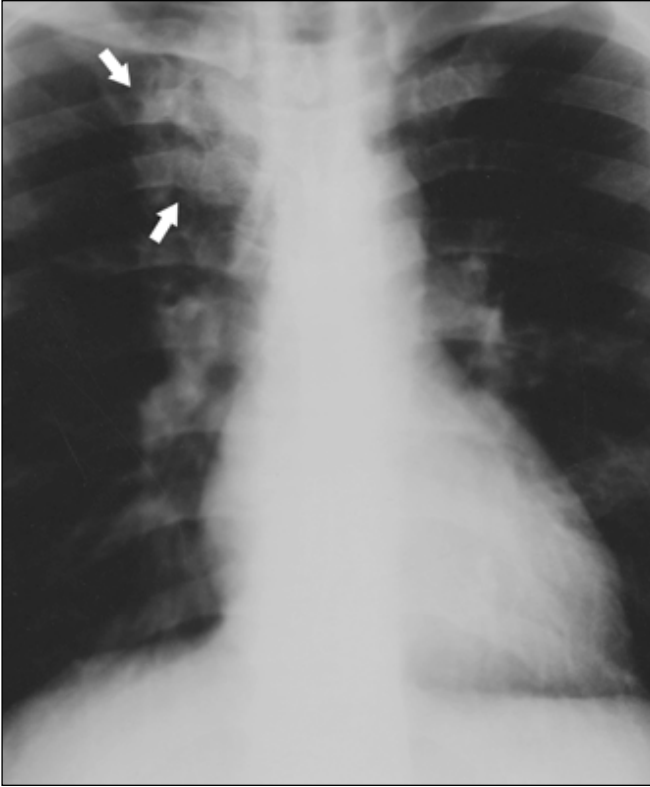
Yazışma Adresi: Dr. Levent Dalar
Mermez Mah. Sağdıç Sok. No: 39/9, Şişli, İstanbul
Tel : (0212) 664 17 00
Faks : (0212) 240 31 32
E-posta : leventdalar@superonline.com

GİRİŞ

Bronkosentrik granümatozis (BG), ilk kez 1973 yılında Liebow tarafından tanımlanmıştır. Halsizlik, ateş, dispne, göğüs ağrısı ve hemoptiziyle seyreden, klinik olmaktan çok histopatolojik olarak tanımlanan bir patolojik durumdur. Bronş epitelinde granülatöz ve nekrotizan lezyonlar izlenir [1,2,5,6]. Çevre akciğer dokusunda eozinofilik, kronik inflamasyon vardır. Hastalık seyrinde astımla birlikte, periferik eozinofili ve biyopsi örneklerinde aspergillus hifalarının gösterilmesi ve kültürde üretilmesi nedeniyle, ABPA'nın (alerjik bronkopulmoner aspergillozis) doku invazyonu yapmış şekli olduğu görüşü hakimdir [5,6]. Akciğer grafisinde görünüm değişken olmakla birlikte, üst loblarda daha yaygın, sıklıkla tek tarafı tutan nodüler, soliter veya kitle benzeri lezyonlar bulunur [3]. Diğer sistemlerde tutulum sıklıkla beklenmez.

OLGU

Kırk yaşında erkek olgu, kliniğimize öksürük, balgam çıkarma, göğsün sağında öksürmekle artan ağrı şikâyetiyle başvurdu. Şikâyetleri 2 ay önce halsizlikle başlamış, daha sonra buna ateş, öksürük ve balgam çıkarma eklenmişti. Poliklinikte pnömoni ön tanısıyla antibiyoterapi uygulanan olgu, PA akciğer grafisinin-



Şekil 1. Olgunun PA akciğer grafisi. Sağ akciğer üst zonda, mediastene komşu alanda homojen kitle görünümü (beyaz oklarla işaretlenmiş).

de izlenen lezyonda iyileşme görülmemesi üzerine interne edildi. Altmış paket-yıl sigara kullanan olgu, 15 yıldır güvercin beslemekteydi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistem sorgulamasında, son 2 ayda 6 kg kaybettiği öğrenildi. Fizik muayenede, sağ hemitoraks üst alanda oskültasyonla krepitan raller işitiliyordu, diğer alanlarda solunum sesleri doğaldı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı 97 mm/sa, PPD 13 mm, lökosit 12 400/mm³, ALP 333 U/dl, kolesterol 258 mg/dl, trigliserid 191 mg/dl idi; diğer tüm laboratuvar değerleri normal sınırlar içerisindeydi. ARB, balgamın, postbronkoskopik balgamın ve lavajın direkt teksif ve kültür muayenesinde negatif bulundu. Transtoraksik ince iğne aspirasyon (TTİA) materyelinin direkt muayenesinde, ARB'ye rastlanmadı.

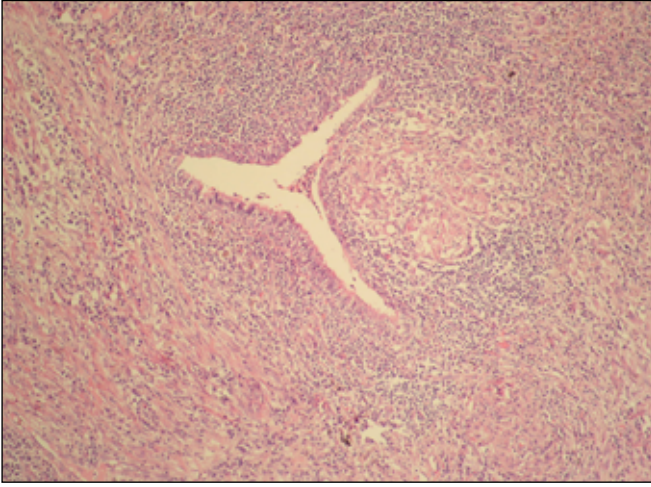
Hastanın PA akciğer grafisinde (Şekil 1) sağ üst zonda, yaklaşık 3 cm'lik homojen, düzgün sınırlı, kitle lezyonu izleniyordu. Toraks BT'de (Şekil 2), sağ akciğer üst lob apikal segmentte, kısmen posterior segmente uzanan, vertebra korpusuna yaslanan, 32 x 21 mm çapında, kaviter kitle izlendi. Bronkoscopisinde tüm bronş sistemi açık ve normal olarak görüldü. TTİA ile tanı konamadı. Tanı amacıyla eksploratris torakotomi uygulandı. Patoloji sonucu (Şekil 3 ve 4), peribronşiyal ve peribronşiyoler alanda, ortaları absleşen, nekrotizan granülatöz iltihap odakları, çevre akciğerde yaygın interstisyel fibrozis, damar duvarlarında hiyalinizasyon olarak geldi. PAS boyasında, herhangi bir mantar hifi izlenmedi. Patolojik olarak BG tanısı kondu.

TARTIŞMA

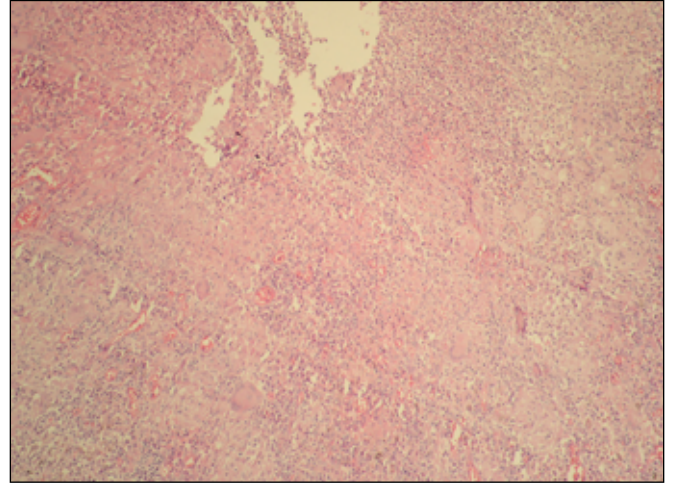
BG, bronşiyal astım ve bronkopulmoner aspergillozisle ilişkili nadir bir hastalıktır. Belirgin olarak tanımlanmış klinik bir sendrom değildir. Genellikle tanı için cerrahi biyopsiye ihtiyaç vardır. Bronş epitelinin nekrotizan ve granülatöz değişiklikleriyle karakterizedir [6,7].



Şekil 2. Olgunun spiral toraks bilgisayarlı tomografik görünümü. Sağ akciğer üst lobda vertebra korpusuna yaslanan kaviter kitle izleniyor.



Şekil 3. Bronşiyol komşuluğunda granülom formasyonu (HE x100).



Şekil 4. Bronşiyol çevresinde yaygın interstisyel fibrozis ve damar duvarında hiyalinizasyon (HE x 100).

Daha önce toplam 38 hastayı kapsayan iki geniş seri bildirilmiştir [7,8]. On üç hastayı içeren bir seride, dokuda eozinofili ve biyopside fungal hif yapılarıyla, aspergillusla ilişkisi net olarak ortaya konmuştur. Diğer seride, olguların bir kısmında ABPA'nın doku destrüksiyonu belirgindir. Bir kısmıysa, mantar infeksiyonuna ait kanıt bulunamamış ve astımı olmayan hastalardır. Olgumuzun başvuru semptomları, her iki seride tanımlanmış olgularınkiyle aynıydı. Ancak, başlangıç dönemi, eklenen pnömoni bulgularıyla örtülmüştü. Radyolojik görünümü inceleyen en geniş seri 15 hastayı içermektedir [7]. Klinik bulgular ile radyolojik görünüm arasında zayıf korelasyon vardır. Ancak, sıklıkla (%60) tek akciğeri ve üst lobları tutan, nodül veya kitle lezyonu izlenir. Daha az sıklıkla (%30) kötü sınırlı dağınık nodüller veya konsolidasyon görülebilir [8]. Diğer sistemlerde tutulum çok nadirdir. BG ile ilişkisi en iyi ortaya konmuş farklı sistem tutulumu, bir olguda sklerit olarak bildirilmiştir [9].

Buna göre, olgumuzun radyolojik görünümünün genel sıklığa uyduğu açıktır. Astım öyküsü olmamasına karşın, solunum fonksiyon testinde bronkoreversibilite izleniyordu. Daha önce bildirildiği gibi, biz de tanı için açık akciğer biyopsisine ihtiyaç duyduk. Biyopsi materyalinde tanı net olarak konulmuş olmakla birlikte, aspergillus veya başka bir mantar infeksiyonuna ait bir bulgu gösterilemedi.

Sonuç olarak, olguyu, sıklıkla kitle lezyonu olarak izlenmesi, malign akciğer kitleleriyle ayırıcı tanıda olası yanılgılara yol açabilecek nadir bir durum olmasından dolayı sunmak istedik [3].

KAYNAKLAR

1. Saryal S, Çelik G. Eozinofilik akciğer hastalıkları. In: Numanoglu N; ed. Klinik Solunum Sistemi ve Hastalıkları. 2. baskı. Ankara: Antıp A.Ş. Yay; 2001:525.
2. Fishman JA. Fungal infections of the lungs. In: Fishman AP; ed. Manual of Pulmonary Diseases and Disorders. 3rd ed. USA: McGraw-Hill Medical Pub; 2002:831.
3. Ward S, Heyneman LE, Flint JD et al. Bronchocentric granulomatosis: computed tomographic findings in five patients. Clin Radiol 2000;55: 296-300.
4. Mourad WA, Vallieres E, Power RF, Hirji M. Fine needle aspiration cytology of bronchocentric granulomatosis: a potential diagnostic pitfall. Diagn Cytopathol 1996;14:263-7.
5. Liebow AA. The J. Burns Amberson lecture-Pulmonary angiitis and granulomatosis. Am Rev Respir Dis 1973;108:1-18.
6. Popper HH. Bronchocentric granulomatosis. In: Dail DH, Hammer SP; eds. Pulmonary Pathology. 1st ed. New York: Springer-Verlag; 1988:312-4.
7. Katzenstein AL, Liebow AA, Friedman PJ. Bronchocentric granulomatosis, mucoid impaction and hypersensitivity reaction to fungus. Am Rev Respir Dis 1975;111:497-537.
8. Robinson RG, Wehunt WD, Tsou E et al. Bronchocentric granulomatosis. Roentgenographic manifestations. Am Rev Respir Dis 1982;125:751-6.
9. Wiedemann HP, Bensinger RE, Hudson LD. Bronchocentric granulomatosis with eye involvement. Am Rev Respir Dis 1982;126:347-50.