

Metastatik Akciğer Kanseri İle Karışan Kemik Tutulumlu Sarkoidoz Olgusu

A Case of Sarcoidosis with Bone Lesions Suspected to be Pulmonary

Başvuru: 10.08.2018

Metastasis

Kabul: 13.09.2018

Göğüs Cerrahisi

Yayın: 28.09.2018

Tülin Durgun Yetim¹

¹ Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Sarkoidoz, non-kazeifiye granülatöz inflamasyonla seyreden otoimmün bir hastalıktır. Ülkemizde insidansı 4/100,000 olarak tesbit edilmiştir. En sık solunum sistemini etkilemekle birlikte, sistemik tutulumları da akılda tutulmalıdır. Elli dört yaşında, erkek hasta, öksürük, nefes darlığı, kilo kaybı ve iştahsızlık şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT)'de; sağ akciğer üst lob apikal, apikoposterior, anterior, segmentlerde ve sol akciğer üst lobda lezyonlarda tutulum izlendi. Ayrıca 9.10. kostalar ve torakal vertebralarda, sternum, sakrum ve sol femurda da tutulum izlendi. Hastada metastatik akciğer kanseri ayırıcı tanısı için sternumdan biopsi alındı. Patoloji sonucu benign olarak sonuçlandırıldı. Akciğer lezyonları ve kemik lezyonları birlikte olan hastalarda akciğer kanseri kemik metastazı yanı sıra sarkoidozunun kemik tutulumu da akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: *Metastatik akciğer, sarkoidozis kanser*

Abstract

Sarcoidosis is an autoimmune disease with granulomatous inflammation. The incidence of sarcoidosis in our country is 4/ 100,000. The most common affected site is respiratory system, but systemic involvement should be kept in mind. A 54-year-old male patient presented to our clinic with cough and dyspnea, loss of weight and appetite. On positron emission tomography/computed tomography (PET/CT) images, involvement lesions in apical, apicoposterior and anterior segments in right lung upper lobe and left upper lobe were observed. In addition, involvement in 9.10. ribs and thoracic vertebrae, chest wall, sacrum and left femur were also observed. A biopsy from the sternum was obtained for the differential diagnosis of metastatic lung cancer. Pathology was diagnosed as benign. In patients with lung and bone lesions, bone metastasis of lung malignancy as well as bone involvement of sarcoidosis should be kept in mind.

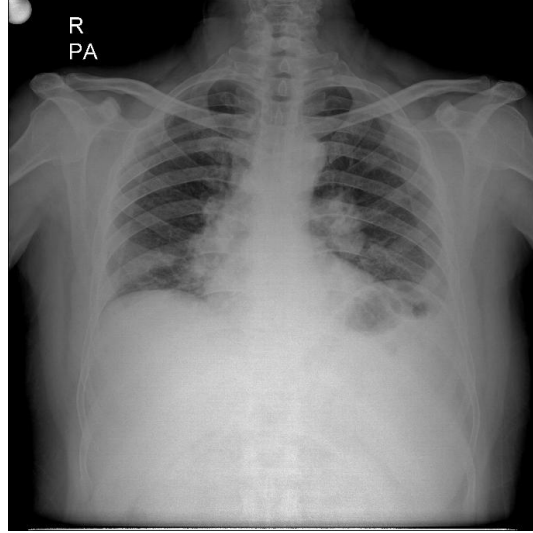
Keywords: *Metastatic lung, sarcoidosis cancer*

Giriş

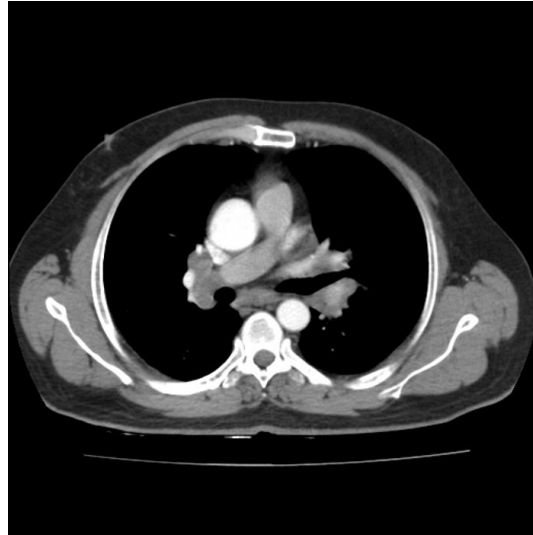
Sarkoidoz, non-kazeifiye granülatöz inflamasyonla ilerleyen, etyolojisi tam bilinmeyen, otoimmün sistemik bir inflamatuvar hastalıktır. En sık solunum sistemi (%68) tutulsa da, lokomotor sistem dahil çeşitli organ tutulumu ve hatta kemik tutulumu olabilmektedir. Tüm dünya ülkelerinde, her ırkta, her yaşta ve cinsiyette görülebilir. Bununla birlikte, hastaların %70 kadarı 20-40 yaşları arasında genç erişkinlerdir¹. 35-45 yaş ve 50 yaş üstü olmak üzere iki farklı dönemde ortaya çıkma eğiliminde olduğu gösterilmiştir^{3,4}. Kadınlarda erkeklere göre biraz daha sık görüldüğü ve daha ileri yaşlarda ortaya çıktığı bildirilmiştir⁴. Hastaların en ilginç özelliği, bazen spontan remisyonlar gösterebilmesidir. Göreceli olarak sık görülen bir hastalık olmasına ve tedavisinde başta kortikosteroidler (KS) olmak üzere çok değişik ajanlar kullanılmasına rağmen, sarkoidoz tedavisinde Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmış hiçbir ilaç olmaması ilginçtir^{2,4}. Literatürde kemik tutulumu sıklığı %3 ile %13 arasında bildirilse de çoğu asemptomatiktir⁵. Litik veya sklerotik lezyonlar yapabilir. Ayırıcı tanıda primer veya metastatik tümörler düşünülmelidir.

Olgu Sunumu

Elli dört yaşında, erkek hasta, öksürük ve nefes darlığı, kilo kaybı ve iştahsızlık şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Alkol ve sigara öyküsü bulunmamaktaydı. Hg.12 ,WBC 8700, PLT 400.000, HCT 41.7 idi. Kan biyokimyasında özellik yoktu. Hastanın çekilen akciğer grafisinde özellikle sağda olmak üzere hiler dolgunluk tespit edildiği için hastaya toraks BT çektirildi. Toraks BT’de, prevasküler, subkarinal, karinal ve hiler bölgede 16x26 mm’ lik lenfadenopati izlendi.



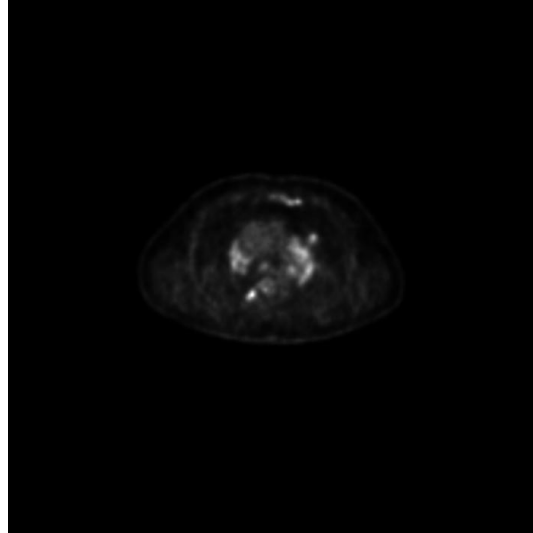
Şekil 1A : Akciğer Grafisinde Bilateral Hiler Dolgunluk



Şekil 1B : Toraks BT de Sağ Hiler Kitle



Şekil 1C : Toraks BT de Bilateral Parankimal Lezyonlar



Şekil 1D : Toraks PET BT DE Parakimal ve Hiler Tutulum

Ayrıca, her iki akciğer üst lobda 8.5x11 mm'lik nodül izlendi. Sol akciğer alt lob posterobazalde 2.5 cm, laterobazal segmentte 3 mm'lik subplevral nodül tespit edildi. Bunun üzerine hastaya TTİAB yaptırıldı. Sonuç, granülatöz iltihabi olarak geldi. 3 gün üst üste balgam kültür ve asidorezistan basil (ARB) gönderildi. Hastanın klinik bulguları ön planda tutularak PET/BT çekirildi. PET/BT'de; sağ akciğer üst lob apikal, apikoposterior, anterior, sol akciğer üst lobda lezyonlarda tutulum izlendi. Ayrıca, 9. ve 10. kostalar ve torakal vertebralarda, sternum, sakrum ve sol femurda da tutulum izlendi. Göz muayenesinde üveite rastlanmadı. Deri lezyonları mevcut değildi. Hastaya mediastinoskopi ve bronkoskopi yapıldı. Sağ 4 nolu lenf nodu örneklemesi ve bronko-alveoler lavaj (BAL) yapıldı. BAL'dan tüberküloz tetkikleri ve kültür gönderildi. Kültürde üreme olmadı, tüberküloz açısından negatif olarak değerlendirildi. PPD yapıldı, negatif olarak yorumlandı. Mediastinoskopi sonucu alınan lenf nodu patolojisi kazeifiye granülatöz lenfadenit olarak geldi. Hastada malignite ayrımı yapılmadığı için sternumda PET'te tutulumu olan sol sternal bölgeden biopsi alındı ve biopsi sonucu non-kazeyifiye granülatöz hastalık, sarkoidoz olarak raporlandı. Hasta sarkoidoz olarak kabul edildi ve tedavisine başlandı.

Tartışma ve Sonuç

Sarkoidoz, kanser, tüberküloz, lenfoma, mantar hastalıkları ile çok karışan bir hastalık. Birçok kişi bu hastalık nedeniyle gereksiz tedaviler, hatta kanser tedavisi görebiliyor. Sarkoidoz aslında kendiliğinden düzelen, zaman zaman nükseden ve yüzde 80 oranında tedavi edilmeyen, sadece takip edilmesi gereken reaksiyoner bir hastalıktır. Hastalığın, ülkemizdeki yaygınlık oranı ise yüz binde en az 20 olarak kabul ediliyor. Literatürde kemik tutulumu sıklığı %3 ile %13 arasında bildirilmiştir⁶. Nedeni bilinmeyen, çoğunlukla genç erişkinleri tutan, etkilenen organ ve dokularda non-kazeifiye epitelooid granülomalarla karakterize; başta akciğerler olmak üzere, retikuloendotelial sistem, deri, göz, miyokard, eklem ve kemikleri tutan; diğer granümatöz hastalıkların dışlanmasıyla ve klinik uyumla tanı konan multisistemik granümatöz bir hastalıktır. Hastalığın klinik görünümü hastanın ırkına, hastalığın süresine, granümatöz lezyonun aktivitesine, tutulan dokunun büyüklüğüne ve bölgesine göre değişir. Göz, kalp veya santral sinir tutulumu ve hiperkalsemi gibi tablolar acil tıbbi tedavi gerektirmektedir. Hastaların üçte birinde ateş, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı ve zaman zaman gece terlemesi gibi non-spesifik belirtiler görülebilir. Aşırı gece terlemesi, yüksek ateş, yüksek sedimentasyon hızı; sarkoidozda görülmesinin yanında tüberküloz, bruselloz ve diğer infeksiyon hastalıklarını da akla getirir. Ateş genellikle düşük derece olup 39-40°C'yi nadiren bulur. Sarkoidozlu özellikle de ekstratorasik sarkoidozlu hastaların %8-10'unda akciğer grafisi normal görülür. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (HRCT): Toraks BT; büyümüş lenf bezlerini ve akciğer infiltrasyonlarını akciğer grafisine göre daha duyarlı bir şekilde gösterir. Bilateral hiler lenfadenopatiye ek olarak akciğer grafisinde açıkça görülemeyen paratrakeal, pretrakeal, paraaotik ve subkarinal adenopatilerde tespit edilebilir. Akciğer fonksiyon testleri akciğer grafisindeki evrelerle oldukça yakın ilişki gösterir. Bronkoskopi: Akciğer sarkoidozunun tanısında fiberoptik bronkoskopi biopsi sık kullanılan ve başarılı bir yöntemdir. Bronkoalveoler lavaj, mediastinoskopi, erum anjiyotensin konverting enzim (ACE), Galyum 67 sintigrafisinde, Kveim-Siltzbach testi: ACE seviyesindeki değişiklikler gibi serum lizozim seviyesinde sarkoidozda artmıştır ve hastalığın aktivitesini gösterir. Bizim olgumuzda, sarkoidozun kemik tutulumu nadir rastlanması sebebiyle nadir bir olgudur.

Kadınlarda ve Afrika kökenli Amerika'lılarda daha sık görülür. Genel kural olarak kemik lezyonları, kronik deri lezyonları da olan, ilerlemiş ve eski olgularda görülür; prognozun kötü ve mortalitenin yüksek olduğunu gösterir^{7,8}. Kemik tutulumu en çok parmaklarda görülür ve klinik olarak daktilit tablosuna neden olabilir. Tendon kılıflarının granümatöz inflamasyonu da daktilit tablosuna katkıda bulunur. Distal falankslar tutulduğunda tırnaklar kalınlaşabilir; distrofik bir görünüm ve hatta çomak parmak oluşabilir⁹. Radyolojik olarak falankslarda bilateral kistik ve litik kemik lezyonları görülmesi tipiktir. Kemik iliğindeki granümatöz infiltrasyonun trabekül yoğunluğunu azalttığı, Haversian kanalları genişlettiği ve kortikal kemikte düzensizlik oluşturduğu kabul edilmektedir. Falankslara göre daha nadir olsa da, kafatası, maksilla ve diğer yüz kemikleri, vertebralalar, kostalar, sternum, pelvik kemikler ve uzun kemiklerin distal uçları da tutulabilir^{8,9}. Özellikle lupus perniyolu hastalarda nazal kemikler ve kalkaneus tutulumu görülebilir. Kemik tutulumlu olan bölgelerde lokal ağrı, ve deride eritem de görülebilir⁹. Tutulan kemiklerde radyolojik olarak, yukarıda da bahsedilen zımba ile delinmiş gibi litik lezyonlar ve dantelimsi lezyonlar dışında, skleroz da gelişebilir. Primer veya metastatik kemik tümörleri ile ayırıcı tanıya girer. Sarkoid kemik lezyonlarının önemli bir özelliği radyolojik olarak periostit görülmemesidir. Bu bulgu kronik osteomyelitten ayırıcı tanı yapılmasında yardımcıdır. Sarkoidoz seyrinde osteopeni veya osteoporoz da görülebilir. Bunun başlıca nedenleri kalsiyum metabolizması bozukluğu ve tedavide kullanılan kortikosteroidlerdir^{1,9}. Radyolojik olarak üst dorsal, alt lomber ve servikal vertebralarda litik, sklerotik veya miks lezyonlar görülebilir¹⁰. İntervertebral disk aralıkları genellikle korunur¹¹. Ayırıcı tanıda spondiloartritler, lenfoma, myelom, tüberküloz ve metastatik kanserler akla gelmelidir ve kesin tanı için biyopsi gerekebilir.

Osteosarkoidozun tedavisi ise daha zordur. Kortikosteroidler şişliği geriletse de, kemik yıkımını tamamen düzeltmezler. Bazı olgularda metotreksat ve antimalaryal ajanların yararlı olabildiği bildirilmiştir^{1,10}.

Kaynaklar

1. West SG. Sarcoidosis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. Rheumatology. Edinburgh: Mosby; 2011. p. 1641-51.
2. Sweiss NJ, et al. Rheumatologic manifestations of sarcoidosis. Semin Respir Crit Care Med. 2010;31:463-73.
3. Musellim B, et al. Epidemiological features of Turkish patients with sarcoidosis. Respir Med. 2009;103:907-12.
4. Baughman RP, et al. Case Control Etiologic Study of Sarcoidosis (ACCESS) research group. Clinical characteristics of patients in a case control study of sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 2001;164:1885-9.
5. Wilcox A, Bharadwaj P, Sharma OP. Bone sarcoidosis. Curr Opin Rheumatol. 2000;12:321-30.
6. Bargagli E, Mazzi A, Rottoli P. Markers of inflammation in sarcoidosis: blood, urine, BAL, sputum and exhaled gas. Clin Chest Med. 2008;29:445-58.
7. Chatham W. Rheumatic manifestations of systemic disease: Sarcoidosis. Curr Opin Rheumatol. 2010;22:85-90.
8. Ugwonalu OF, et al. Osseous sarcoidosis of the hand: pathologic analysis and review of the literature. J Hand Surg Am. 2005;30:854-8.
9. Shorr AF, et al. Osseous sarcoidosis clinical, radiographic, and therapeutic observations. J Clin Rheumatol. 1998;4:186-92.
10. Binicier O, et al. Axial sarcoidosis mimicking radiographic sacroiliitis. Rheumatol Int. 2009;29:343-5.
11. Koyoma T, et al. Radiologic manifestations of sarcoidosis in various organs. Radiographics. 2004;24:87-104.

Sunum Bilgisi

9.Ulusal Göğüs Cerrahi Kongresi .04-07 Mayıs 2017, Antalya, Türkiye’de poster olarak sunulmuştur.