



İleri Yaşta Akciğerin İnflamatuvar Psödotümör Olgusu

A Case of Pulmonary Inflammatory Pseudotumor in Advanced Age

Erkan Akar, Filiz Eren*

Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa, Türkiye

*Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Bursa, Türkiye

Özet

Pulmoner inflamatuvar psödotümör nadir görülen, etiyolojisi bilinmeyen proliferatif bir lezyondur. Tüm pulmoner tümörlerin %0.7-1'ini oluşturur. Bu neoplastik olmayan bir süreçtir ve inflamatuvar hücrelerin düzensiz büyümesi ile karakterizedir. Daha çok çocuk ve genç erişkinlerde görülür ve tesadüfen saptanır. Öksürük, göğüs ağrısı yakınmalarıyla başvuran elli yaşındaki erkek hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde, sol alt lob posterior segmentte düzgün sınırlı 38x44 mm boyutunda bir lezyon tespit edildi. Hastaya tanı ve tedavi amacı ile sol posterolateral torakotomi yapıldı ve alt loba kitle çıkartıldı. Patoloji sonucu inflamatuvar psödotümör olarak raporlandı. Olgumuzu nadir görülmesi nedeni ile literatür bilgileri eşliğinde sunduk. (*Haseki Tıp Bülteni* 2013; 51: 144-7)

Anahtar Kelimeler: İnflamatuvar psödotümör, akciğer, torakotomi

Abstract

Pulmonary inflammatory pseudotumor is a rare proliferative lesion of unknown etiology and it accounts for 0.7-1% of all pulmonary tumors. This is a non-neoplastic process and characterized by irregular growth of inflammatory cells and seen in children and young adults mostly and, detected incidentally. A well-demarcated lesion measuring 38x44 mm was detected in posterior segment of the left lower lobe on computed tomography of the chest in a 50-year-old male patient who was admitted with complaints of cough and chest pain. The patient underwent left posterolateral thoracotomy for diagnosis and treatment and the mass lesion in the lower lobe was enucleated. Pathology result was reported as inflammatory pseudotumor. Owing to its rarity of incidence, we presented this case in the light of the literature. (*The Medical Bulletin of Haseki* 2013; 51: 144-7)

Key Words: Inflammatory pseudotumor, lung, thoracotomy

Giriş

Pulmoner inflamatuvar psödotümör (PIP) nadir görülen, etiyolojisi bilinmeyen, genellikle saldırgan özellikler taşımayan tümöral lezyonlardır. Tüm pulmoner tümörlerin %0,7-1'ini oluştururlar ve inflamatuvar hücrelerin düzensiz

çoğalması ile karakterizedirler (1-3). Bu benign oluşumlar sıklıkla akciğerde saptanmakla birlikte, klinik bulgularının ve görüntüleme özelliklerinin özgül olmaması nedeniyle tanısı ancak histopatolojik olarak konabilir (3). Altı yıldır öksürük ve göğüs ağrısı şikayetleri olan elli yaşındaki erkek

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Erkan Akar
Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bursa, Türkiye
E-posta: drerkanakar@hotmail.com

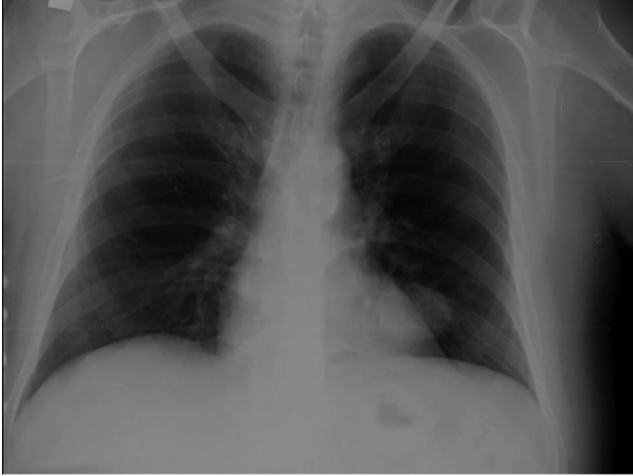
Geliş Tarihi/Received: 06 Mart 2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 20 Mart 2013

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.

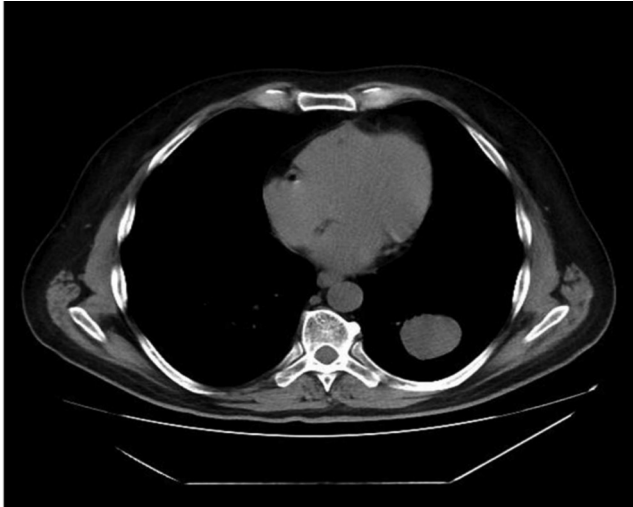
hastanın, ameliyat edilen sol akciğerindeki kitle lezyonu inflamatuvar psödötümör olarak raporlandı. Olguyu nadir olması nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde sunduk.

Olgu

Elli yaşında erkek hastada, altı yıldır devam eden öksürük ve göğüs ağrısı şikâyetleri vardı. Özgeçmiş ve soy geçmişinde bir özellik olmayan hastanın solunum muayenesi normal idi. ESR 16 mm/saat, hemoglobin 13.6 g/dL, lökosit $8.38 \times 10^9/L$ ve CRP 0.18 mg/dL idi. Diğer serum hematolojik ve biyokimyasal tetkikleri normaldi. Balgam mikroskopisi, kültür ve sitolojik incelemesinde bir

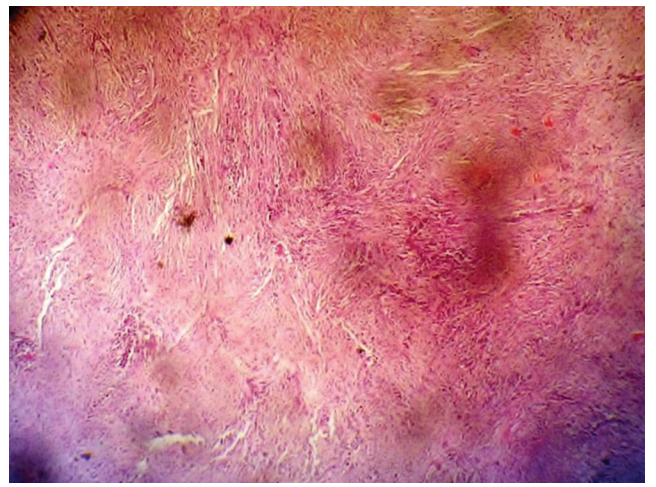


Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisinde, sol akciğer alt lobda düzgün kenarlı hipodens alan görülmektedir



Resim 2. Toraks bilgisayarlı tomografide, sol alt lob posterior segmentte düzgün sınırlı 38x44 mm boyutunda dansitesi 15-20 HU arasında değişen lezyon görülmektedir

özellik yoktu. Solunum fonksiyon testinde (SFT) FVC %82, FEV1 %100, FEV1/FVC %123 idi. Posteroanterior akciğer grafisinde (PA), sol akciğer alt lobda düzgün kenarlı 4x4 cm boyutlarında hipodens alan görüldü (Resim 1). Bunun üzerine hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Sol alt lob posterior segmentte düzgün sınırlı 38x44 mm boyutunda dansitesi 15-20 HU arasında değişen lezyon görüldü (Resim 2). Tüm abdominal ultrasonografik incelemesinde bir özellik görülmedi. Bu bulgular ışığı altında olgumuza tanı ve tedavi amaçlı torakotomi planlandı. Hasta genel anestezi altında çift lümenli endobronşial tüp ile entübe edildi. Sol yan yukarı gelecek şekilde yatırılıp kas koruyucu torakotomi ile toraksa girildi ve makroskopik olarak alt lob süperior segment yerleşimli, etraf dokudan sınırları belirgin olarak ayrılan 4x4 cm boyutlarında solid kitle palpe edildi. Kitleden çalışılan "frozen section" patoloji sonucu inflamatuvar psödötümör olarak geldi. Kitle üzerinden pnömotomi yapılarak akciğer parankiminden künt diseksiyonlarla lezyon enükle edildi. Kavite devamlı sütürlerle kapitone edilerek kapatıldı. Mikroskopik inceleme sonucunda, plazma hücreleri ve lenfositlerin hakim olduğu, inflamatuvar hücrelerin yanı sıra kollajen ve fibroblastlardan meydana geldiği (Resim 3) bildirildi. İmmünohistokimyasal çalışmada CK7 ve TTF-1 ile boyanma izlenmedi. EMA plazma hücrelerinde, CD68 histiyositik hücrelerde pozitif. Vimentin yaygın pozitif olarak görüldü. CD31, CD34 ve SMA damar endotel ve duvarlarında pozitif, S100 negatif ve Ki67 skoru çok düşüktü. EZN boyamada basile rastlanmadı. Postoperatif



Resim 3. Lezyonun mikroskopik incelemesinde, plazma hücreleri ve lenfositlerin hakim olduğu, inflamatuvar hücrelerin yanı sıra kollajen ve fibroblastlardan meydana geldiği görüldü. (HE x200)

dönemi sorunsuz geçen hasta, dört gün sonra hastaneden taburcu edildi. Halen klinik takibimiz altında olan hastada altı aydır nüks görülmedi.

Tartışma

inflamatuvar psödötümörler akciğerin nedeni bilinmeyen benign tümörleridir. Plasma hücreli granüloma, asmasitoma, ksantoma, soliter mast hücreli,tümör, benign fibröz histiyositoma, psödo neoplastik pnömoni, fibroksantoma sinonimleridir (4). Bu terimlerin pek çoğunun neoplastik süreçleri çağrıştırmaları nedeniyle tam olarak uygun olmadığı, neoplastik olsun ya da olmasın kitlelerin tümör şeklinde adlandırılmış olmaları nedeniyle psödötümör tanımının karışıklığa yol açabileceği düşünülebilir. Bununla beraber inflamatuvar psödötümör terimi yaygın kabul görmüştür. Etiyopatogenez henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, immünolojik reaksiyonun, kolesterol metabolizma bozukluklarının veya inflamatuvar onarım süreci ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (1). Olguların üçte birine yakın kısmında alt solunum yollarına ait enfeksiyon öyküsü bulunmaktadır. Cinsiyet farklılığı olmadığı gibi %42'sinin 20 yaşın altında olduğu vurgulanmıştır (4). Bizim olgumuz elli yaşında ve altı yıldır kronik öksürük ve göğüs ağrısı şikâyetleri vardı. Özgeçmişinde bir özellik yoktu.

PIP çocuklarda akciğerde en sık görülen kitle lezyonu olup bu yaş grubundaki benign akciğer tümörlerinin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (5). Klinik seyir genellikle asemptomatik olmakla birlikte öksürük, hemoptizi, dispne, ateş şeklinde özgül olmayan semptomlar saptanabilir (1,5).

Hastalık akciğere sınırlı değildir, beyin ve karaciğer gibi organlarda da görülebilir. Cerfolio yaptığı klinik çalışmada akciğerde görülme oranını binde dört olarak bildirmiştir (2). Hastamızda yapılan taramalarda akciğer dışındaki organlarda tutulum görülmedi.

Operasyondan önce SFT, üst abdomen ve toraks BT, karaciğer fonksiyon testleri diğer organlarda olabilmesi nedeni ile sistemik taramalar yapmak gerekir. BT ve MR görüntüleme asıl olarak hastalığın yaygınlığının belirlenmesinde yararlıdır. Olgumuzda öncelikle çekilen PA akciğer grafisi sonrasında toraks BT istenmiş ve tarama amaçlı tüm abdominal USG çekilmişti. Maliyet ve zaman açısından MR görüntülemeye gerek olmadığına karar verilmişti. PIP daha çok sağ akciğerde olmak üzere genellikle alt lob tutulumu göstermekte olup radyografik olarak periferik yerleşme eğilimi gösteren, soliter, yuvarlak veya oval şekilli, keskin sınırlı, lobüle kenarlı kitle şeklinde

saptanır (3,5,6). Bizim olgumuzun akciğer filminde sol alt zonda yerleşimli 4x4 cm boyutlarında düzgün sınırlı kitle imajı mevcuttu.

İnflamatuvar psödötümörler akciğerde nadiren bilateral ve çok sayıda nodül olarak görülebilirler (2). Tanıda ince iğne aspirasyon biyopsisi nadiren yararlıdır, çünkü malign tümörlerin etrafında da inflamatuvar süreç gelişebilmektedir (7). Cerrahi, hem kesin tanının ortaya konması hem de tam tedavi için seçilecek en iyi yöntemdir. Tümör tam olarak çıkartılabiliyorsa kama (wedge) rezeksiyon yeterlidir, gerektiğinde lobektomi, pnömonektomi yapılmalıdır (2). Bizim olgumuzda, radyolojik taramalar sonucunda başka yerde lezyon olmadığı görülüp, hem tanı hem de tedavi amacıyla torakotomi kararı alındı. Kitle rezeksiyona ihtiyaç duyulmadan kama rezeksiyonla çıkartıldı.

Hastalığın prognozu iyi olmakla beraber çoğu seride düşük oranda nüksten bahsedilmektedir (8). Olgumuzdaki altı aylık klinik takiplerimizde nüks görülmedi. 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 (9).

Etiyolojisi çok iyi bilinmeyen ve otoimmün reaksiyonlar ile ilintili olabileceği vurgulanan memenin granülatöz mastiti, inflamatuvar psödötümör olguları gibi steroid ve rezeksiyonla tedavi edilmektedir (10).

Sonuç olarak akciğerde inflamatuvar psödötümör, nadir görülen tekrarlama potansiyeli düşük ve iyi prognozlu tümörlerdir. Cerrahi, hem kesin tanının ortaya konması hem de tam tedavi için seçilecek en iyi yöntemdir.

Kaynaklar

1. Tunçözgür B, Üstünsoy H, Bakır K, Uçak R, Elbeyli L. Inflammatory pseudotumor of the lung. Thorac Cardiovasc Surg 2000;48:112-3.
2. Cerfolio RJ, Allen MS, Nascimento AG, et al. Inflammatory pseudotumors of the lung. AnnThoracSurg 1999;67:933-6.
3. Turgut AT, Koşar U, Kurul C, Topçu S, Taştepe İ. Pulmoner İnflamatuvar Psödötümör. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008;9:43-45.
4. Agrons GA, Rosado-de-Christenson ML, Kirejczyk WM, Conran RM, Stocker JT. Pulmonary inflammatory pseudotumor: radiologic features. Radiology 1998;206:511-8.
5. Hedlund GL, Navoy JF, Galliani CA, Johnson WH. Aggressive manifestations of inflammatory pulmonary pseudotumor in children. Pediatr Radiol 1999;29:112-6.
6. Rossi S, McAdams H, Erasmus J. A 63-year old woman with a 2-month history of dyspnea. Chest 2000;117:1505-7.

7. Urschel JD, Horan TA, Unruh HW. Plasmacellgranuloma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1992;104:870-5.
8. Moran CA, Suster S. Unusual non-neoplastic lesions of the lung. Semin Diagn Pathol 2007;24:199-208.
9. Alexiou C, Obuszko Z, Beggs D. Inflammatory pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg 1998;66:948-50.
10. Aksoy Ş, Aren A, Karagöz B, ve ark. Granülomatöz Mastit ve Cerrahi Tedavisi. Istanbul Med J 2010;11:164-167.