

PULMONER İNFLAMATUAR PSÖDOTÜMÖR

Ahmet Tuncay TURGUT¹, Uğur KOŞAR¹, Cüneyt KURUL², Salih TOPÇU³, İrfan TAŞTEPE⁴

ÖZET

Pulmoner inflamatuvar psödotümör nadir görülen, etiyolojisi bilinmeyen proliferatif bir lezyondur ve tüm pulmoner tümörlerin % 0.7-1'ini oluşturmaktadır. Öksürük, dispne ve hemoptizi yakınmalarıyla başvuran 65 erkek hastanın PA ve sağ yan akciğer grafilerinde sağ hemitoraks üst zonda düzensiz sınırlı konsolidasyon saptanmıştır. Kontrastlı toraks BT'de sağ akciğer üst lob posterior segmentinde, periferik yerleşim gösteren, 9x8x4 cm boyutlarında, düzensiz kenar yapısı gösteren, kavitasyon içeren, periferik tarzda kontrast tutulumu gösteren heterojen dansitede kitle ve minimal plevral efüzyon saptanmıştır. Tanımlanan lezyonun radyografik olarak düzensiz kenar yapısı gösteren konsolidasyon alanı şeklinde olması ve BT incelemesinde kavitasyon ve minimal düzeyde plevral efüzyon saptanması pulmoner inflamatuvar psödotümör için sık olmayan bulgulardır.

Anahtar kelimeler: Akciğer, neoplazm, inflamatuvar psödotümör, bilgisayarlı tomografi

Inflammatory Pseudotumor of the Lung

SUMMARY

Pulmonary inflammatory pseudotumor is a rare proliferative lesion with unknown etiology and constitutes 0.7-1% of all pulmonary tumors. Posteroanterior and right lateral chest radiographies of a 65 year old male patient presenting with complaints of cough, dyspnea and hemoptysis revealed an ill-defined consolidation in the superior zone of the right hemithorax. On contrast-enhanced thorax CT, an ill-defined, heterogenous lesion located peripherally at the posterior segment of the right upper lobe with dimensions of 9x8x4 cm, having cavitation and peripheral contrast enhancement and minimal pleural effusion were detected. The finding of a consolidation area with irregular margins at radiography and the detection of cavitation as well as minimal pleural effusion are infrequent for pulmonary inflammatory pseudotumor.

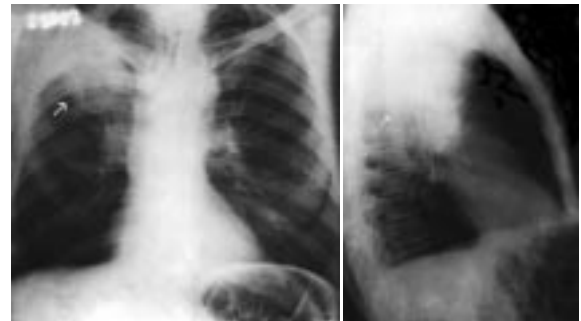
Key words: Lung, neoplasm, inflammatory pseudotumor, computed tomography

Pulmoner inflamatuvar psödotümör (PİP) nadir görülen, etiyolojisi bilinmeyen, genellikle agresif özellikler taşımayan, yerleşim, boyut ve klinik bulgular yönünden değişkenlik gösteren proliferatif bir lezyon olup tüm pulmoner tümörlerin %0.7-1'ini oluşturmaktadır¹⁻³. Lezyon inflamatuvar hücrelerin düzensiz çoğalması ile karakterize olup histolojik olarak fibroblast, histiyosit, lenfosit ve plazma hücrelerinin karışımından oluşmaktadır³⁻⁵. Bu tümör benzeri benign oluşumlar değişik anatomik lokalizasyonlarda bulunabilmekle birlikte sıklıkla akciğerde saptanmaktadır^{5,6}. Çoğunlukla neoplastik olmadıkları kabul edilmekte birlikte, düşük derecede neoplazi de görülebilmektedir. Klinik bulgularının ve görüntüleme özelliklerinin özgül olmaması nedeniyle, tanısı ancak histopatolojik olarak mümkün olan bu kitleler radyografik olarak sıklıkla bronkojenik karsinom ile karışabilmektedir.

OLGU

Öksürük, dispne ve hemoptizi yakınmalarıyla başvuran ve fizik incelemede sağ akciğer üst zonda solunum seslerinde azalma saptanan 65 yaşındaki erkek hastanın PA ve yan akciğer grafilerinde (Resim 1A, B) sağ akciğer üst zonda konsolidasyon alanı izlenmesi üzerine gerçekleştirilen kontrastlı toraks

bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde (Resim 2) sağ akciğer üst lob posterior segmenti düzeyinde, periferik yerleşim gösteren, 9x8x4 cm boyutlarında, düzensiz kenar yapısı izlenen, kavitasyon alanları içeren, periferik tarzda kontrast tutulumu gösteren, minimal düzeyde plevral efüzyonun eşlik ettiği, heterojen dansitede kitle saptanmıştır. Sağ torakotomi sonrası gerçekleştirilen wedge rezeksiyon sırasında frozen sonucu organize pnömoni olarak bildirilmiş, operasyon materyalinin histopatolojik değerlendirmesi inflamatuvar psödotümör ile uyumlu olarak raporlanmıştır. Rutin laboratuvar inceleme bulguları özellik göstermemiş olup normal sınırlarda olarak değerlendirilmiştir.



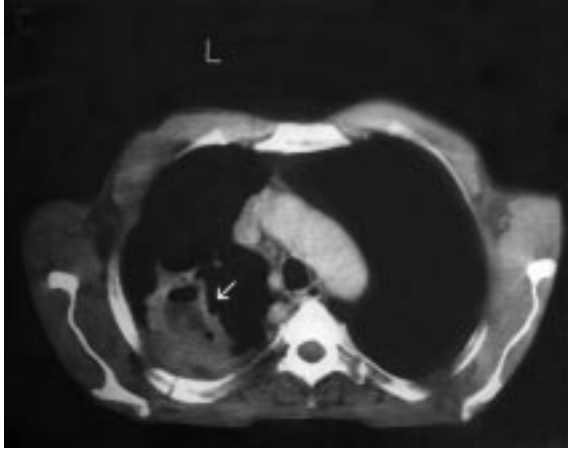
Resim 1 (A) PA ve **(B)** sağ yan akciğer grafilerinde sağ akciğer üst zonda konsolidasyon alanı (oklar) izlenmektedir.

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, ANKARA, TÜRKİYE

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

⁴Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi, Göğüs Cerrahi Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE



Resim 2. BT incelemesinde sağ akciğer üst lob posterior segmenti düzeyinde, periferik yerleşimli, düzensiz kenar yapısı izlenen, kavitasyan içeren, periferik kontrast tutulumu gösteren, minimal düzeyde plevra efüzyonun eşlik ettiği, heterojen dansitede kitle (ok) saptanmıştır.

TARTIŞMA

Lezyonun ilk olarak tanımlanmasını takiben inflamatuvar psödötümörün histopatogeneziyle ilgili tartışma plazma hücreli granülom, inflamatuvar myofibroblastik tümör, plazma hücreli tümör gibi pek çok sinonimin kullanımına neden olmuştur¹. Ağırlıklı histopatolojik özelliğe göre organize pnömoni, fibröz histiositom ve lenfoplazmatik tipler saptanabilir². 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. Tutulum yönünden cinsiyet farklılığı saptanmamıştır². Agrons ve ark.² olguların %42'sinin 20 yaşın altında olduğunu vurgulamıştır. PIP çocuklarda akciğerde en sık görülen kitle lezyonu olup bu yaş grubundaki benign akciğer tümörlerinin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır⁷. Klinik seyir genellikle asemptomatik olmakla birlikte öksürük, hemoptizi, dispne, ateş şeklinde özgül olmayan semptomlar saptanabilir^{1,3,7}. Perkütan iğne biyopsisiyle tanı konabilmekle birlikte malignite bazen ekarte edilemez¹.

Etiyopatogenez henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, immünolojik reaksiyonun, kolesterol metabolizma bozukluklarının veya inflamatuvar onarım süreci ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir¹. Olguların üçte birine yakın kısmında alt solunum yollarına ait enfeksiyon öyküsü bulunmaktadır. PIP reaktif bir durum olarak kabul edilmekle birlikte vertebra destrüksiyonu, vasküler invazyon, rekürens ve metastatik yayılım gibi neoplaziyi taklit eden agresif özellikler tanımlanmıştır². Genel olarak, hastalığın klinik seyrini

öngörmek zordur. Lezyonların bazıları kendiliğinden düzelenken, bazılarında zaman içerisinde değişiklik gözlenmez. Nadiren bronşları saran, göğüs duvarı, diyafragma ve hiler veya mediastinal yapılarda invazyona yol açan ilerleyici lezyonlar söz konusu olduğunda cerrahi rezeksiyon güçleşebilir⁷.

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^{5,7-11}. Kitle soliter periferik lezyon (%87), multipl nodüller (%5), santral lezyonlar (%6) veya plevra tabanlı lezyon olarak izlenebilir⁶. Kitlelerde radyolojik olarak görülebilir kalsifikasyon oranı % 15-50 olup⁶, bu oran çocuklarda erişkinlerden daha yüksektir. Kalsifikasyon paterni değişkendir⁵. Nadiren kavitasyon (%5), lobar atelektazi (%8) ve hiler lenfadenopati saptanabilir^{6,10}. Soliter parankimal lezyonların %79'unda keskin kenar yapısı izlenmiştir⁶. Agrons ve ark.² inceledikleri 60 olgunun 12'sinde (%20) lezyonların radyografik olarak düzensiz kenarlı olduğunu saptamış, bunlardan üçünün (%5) parankimal konsolidasyon şeklinde olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada plevral efüzyon oranı lezyonla aynı tarafta ve bir olgu dışında torasenteze izin vermeyecek düzeyde olmak üzere %13 olarak hesaplanmıştır. Soliter pulmoner nodül olarak bulgu veren inflamatuvar psödötümörün ayırıcı tanısında primer veya sekonder neoplazmlar, hamartom, kondrom, hemanjiom, granülom ve pulmoner sekestrasyon göz önünde bulundurulmalıdır¹⁰.

BT incelemesinde santral parankimal kitle, periferik pulmoner nodül veya endotrakeal veya endobronşial nodül şeklinde görülür¹². Genellikle düzgün sınırlı, lobüle konturlu, heterojen atenuasyon gösteren kitlenin kontrast tutulum paterni periferik veya heterojen olarak değişkenlik göstermektedir^{2,10}. Manyetik Rezonans (MR) incelemede T1 ağırlıklı görüntülerde orta derecede, T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal intensitesi izlenir². BT ve MR görüntüleme asıl olarak hastalığın yaygınlığının belirlenmesinde yararlıdır. Kardiyak tutulum veya vasküler invazyon MR veya ekokardiyografi ile saptanabilir⁷. Konvansiyonel baryum çalışmaları özefagiyal tutulumun tanımlanmasında kullanılabilir⁷. Hastalığın yaygınlığının tam olarak saptanmasının cerrahi rezeksiyonun planlanmasındaki önemi nedeniyle mediastinal tutulum düşünülen olgularda tanımlanan görüntüleme yöntemleri kullanımı önem taşımaktadır⁷.

İncelenen olguda radyolojik olarak tanımlanan kitlenin sağ akciğerde ve periferik yerleşim göstermesi, periferik tarzda kontrast tutulumunun izlenmesi ve heterojen dansite yapısı göstermesi literatür bulgularıyla uyumludur. Bununla birlikte lezyonların sıklıkla görüldüğü alt loblar yerine üst lobda yerleşim göstermiş olması kayda değer

bulunmuştur. Ayrıca, radyografik olarak saptanan düzensiz kenar yapısı ve konsolidasyon görünümü ile BT incelemesinde tanımlanan kavitasyon ve eşlik eden minimal düzeyde plevral efüzyon, yukarıda belirtildiği gibi, PİP'te az görüldüğü bildirilen bulgulardır.

Sonuç olarak, olgumuza ait radyolojik özellikler klasik PIP olgularından oldukça farklılık göstermektedir. Klinik ve radyografik bulguların, olgumuzda olduğu gibi, özgül olmadığı durumlarda ayırıcı tanıda PİP düşünülmesi ve kesin tanının ancak histopatolojik inceleme ile mümkün olabileceği unutulmamalıdır.

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. Agrons GA, Rosado-de-Christenson ML, Kirejczyk WM, Conran RM, Stocker JT. Pulmonary inflammatory pseudotumor: radiologic features. Radiology 1998; 206: 511-8.
3. Hadimeri U, Hadimeri H, Resjo M. Inflammatory pseudotumor of the lung. Pediatr Radiol 1993; 23: 624-5.
4. Cerfolio RJ, Allen MS, Nascimento AG, Deschamps C, Trastek VF, Miller DL, Pairolero PC. Inflammatory pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg 1999; 67: 933-6.
5. Laufer L, Cohen Z, Mares AJ, Maor E, Hirsch M. Pulmonary plasma cell granuloma. Pediatr Radiol 1990; 20: 289-90.
6. Alam M, Morehead S, Weinstein MH. Dermatomyositis as a presentation of pulmonary inflammatory pseudotumor (myofibroblastic tumor). Chest 2000; 117: 1793-5.
7. Hedlund GL, Navoy JF, Galliani CA, Johnson WH. Aggressive manifestations of inflammatory pulmonary pseudotumor in children. Pediatr Radiol 1999; 29: 112-6.
8. Prasad MV, Thankachen R, Parihar B, Shukla V. Inflammatory pseudotumour of the lung. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2004; 3: 323-5.
9. Sanchez PG, Madke GR, Pilla ES, Foergnes R, Felicetti JC, Valle E, Geyer G. Endobronchial inflammatory pseudotumor: a case report. J Bras Pneumol 2007; 33: 484-6.
10. Narla LD, Newman B, Spottswood SS, Narla S, Kolli R. Inflammatory pseudotumor. Radiographics 2003; 23: 719-29.
11. Kobashi Y, Fukuda M, Nakata M, Irei T, Oka M. Inflammatory pseudotumor of the lung: clinicopathological analysis in seven adult patients. Int J Clin Oncol 2006; 11: 461-6.
12. Kim TS, Han J, Kim GY, Lee KS, Kim H, Kim J. Pulmonary inflammatory pseudotumor (inflammatory myofibroblastic tumor): CT features with pathologic correlation. J Comput Assist Tomogr 2005; 29: 633-9.

YAZIŞMAADRESİ:

Dr. Ahmet Tuncay TURGUT
25. Cadde, 362. Sokak, Hüner Sitesi No: 18/30
TR-06530, Karakusunlar, Ankara, TÜRKİYE

Tel : +90 312 595 36 73
Fax : +90 312 324 31 90
E-posta : ahmettuncayturgut@yahoo.com

Geliş Tarih : 27.01.2008