

PLEVRAL SIVI SİTOLOJİSİ VE AÇIK AKCİĞER BİYOPSİSİ İLE TANI KONULAN BİR ROMATOİD ARTRİT OLGUSU

Cabir Yüksel* ❖ Reha Çelik* ❖ Ayten Kayı Cangır** ❖ Serpil Dizbay Sak***
Şevket Kavukçu****

ÖZET

Romatoïd artrit sistemik otoimmün bir hastalıktır. Pulmoner tutulum romatoïd artritin en sık görülen ekstraartiküler bulgusudur. Romatoïd pulmoner nodül (RPN) sıklıkla sigara içen ve subkutan nodülü olan seropozitif hastalarda görülür. Ancak romatoïd artritin pulmoner prezentasyonu ile ortaya çıkması ve sitoloji veya akciğer biyopsisi ile tanı konması nadir bir durumdur.

Öksürük ve eklem ağrısı şikayeti nedeniyle hastaneye başvuran ellibir yaşında erkek hasta, akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon ve bilateral akciğerlerde multiple kitle saptanması üzerine kliniğimize sevk edilmiş. Toraksın radyolojik incelemesinde sağda daha belirgin olmak üzere ve en büyüğü yaklaşık 3cm boyutlu malign-benign ayrımı yapılamayan yumuşak doku lezyonları ve sağda plevral efüzyon saptandı. Plevral sıvının biyokimya ve sitolojik incelemeleri romatoid efüzyon ile uyumluydu. Bu sonuçlar gözönünde tutulduğunda öncelikli olarak romatoïd pulmoner nodül düşünüldü ancak nodüllerin progresyon göstermesi, hastanın sigara içen, 5. dekatta ve erkek hasta olması nedeniyle RPN ile eş zamanlı maligniteyi ekarte etmek için hastaya sağ mini posterolateral torakotomi ve nodüllere wedge rezeksiyon uygulandı. Frozen incelemesi benign rapor edildi. Uzun takip patoloji incelemesinde ise nekrotik romatoïd nodül saptandı. Hastanın uzun dönem takibinde komplikasyon gözlenmedi.

Romatoïd artrit tanısının plevral sıvının sitolojik incelemesi veya açık akciğer biyopsisi ile konulması oldukça nadir bir durumdur. Romatoïd artritle olgularda pulmoner nodül varlığında öncelikle romatoïd nodül düşünülmeyle birlikte malignitenin ekarte edilemediği durumlarda bizim olgumuzda da olduğu gibi akciğer biyopsisi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoïd Artrit, Pulmoner Nodül, Plevral Efüzyon, Sitoloji, Patoloji

SUMMARY

Rheumatoid Arthritis Diagnosed By Pleural Cytology And Open Lung Biopsy: A Case Report

Rheumatoid arthritis is a systemic autoimmune disease. Pulmonary involvement is the most common extraarticular finding in rheumatoid arthritis. Rheumatoid pulmonary nodule is frequently found in patients who smoke and have subcutaneous nodules. Despite of that pulmonary presentation of rheumatoid arthritis and its taking diagnosis with cytological examination and lung biopsy are rare entities.

A 51 year old man was admitted to a hospital with symptoms of cough and joint pain. On his chest radiography pleural effusion in right hemithorax and bilateral multiple lung masses were revealed and he was send to department of thoracic surgery. In radiographic examinations of thorax, pleural effusion in right hemithorax and bilateral multiple soft tissue masses of 3 cm in largest diameter was seen. The nature of the masses couldn't be established whether they were benign or malignant. Biochemical tests and cytological examinations of the pleural effusion were adjusted with rheumatoid effusion. According to these findings nodules are thought to be rheumatoid nodules but due to the presence of the progression in nodules and the patient's being a male, smoker and being in the 5th decade, caused the suspicion of malignancy. In this respect right miniposterolateral thoracotomy and wedge resection were performed in order to exclude malignities accompanying to pulmonary rheumatoid nodule. Frozen section examination was shown as benign tumor. Histopathologic examination revealed a necrotic rheumatoid nodule. The long term follow up of the patient was uneventfull.

Diagnosis of rheumatoid arthritis with cytological examination or lung biopsy is a rare condition. Although pulmonary nodule presence in rheumatoid arthritis as in our case is considered as rheumatoid nodule, lung biopsy is required to exclude malignancies.

Key Words: Rheumatoid Arthritis, Pulmonary Nodule, Pleural Effusion, Cytology, Pathology

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD, Araştırma Görevlisi.

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD, Uzman Dr.

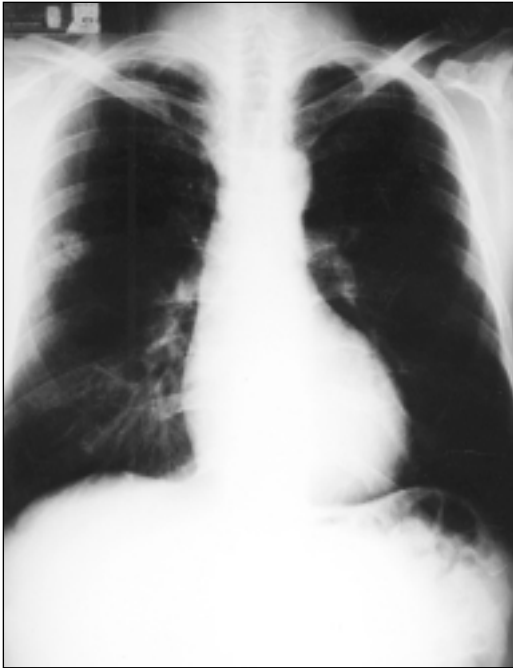
*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD Öğretim Görevlisi, Doç Dr.

**** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD Öğretim Görevlisi, Prof Dr.

Romatoid artrit sistemik otoimmün bir hastalıktır. Pulmoner tutulum romatoid artritin en sık görülen ekstraartiküler bulgusudur. Yapılan bazı çalışmalarda yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) ile semptomatik olan hastaların %69'unda asemptomatik olanların ise % 29'unda akciğer patolojisi saptanabileceği gösterilmiştir (1,2). Romatoid pulmoner nodül (RPN) sıklıkla sigara içen ve subkutan nodülü olan seropozitif hastalarda görülür (3). Ancak romatoid artritin pulmoner prezentasyonu ile ortaya çıkması ve sitoloji veya akciğer biyopsisi ile tanı konması nadir bir durumdur. Burada plevral sıvı sitolojisi ve açık akciğer biyopsisi ile tanı konulan bir romatoid artrit olgusu sunulmuştur.

Olgu

Ellibir yaşında erkek hasta sağda plevral efüzyon ve bilateral akciğerlerde multiple kitle ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize yatırıldı. Hastanın anamnezinde 40 paket yıl sigara öyküsü mevcuttu ve rutin laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Toraks BT ve toraks USG incelemesinde sağda daha belirgin olmak üzere ve en büyüğü yaklaşık 3cm boyutlu malign-benign ayrımı yapılamayan kaviter- nonkaviter yumuşak doku lezyonları ve sağda plevral efüzyon saptandı.

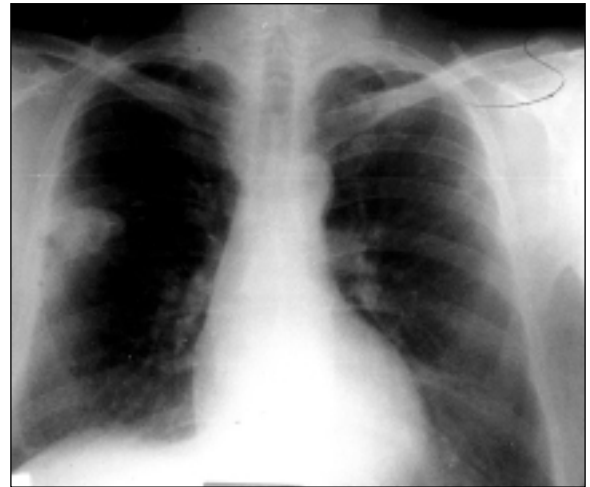


Şekil 1: Preoperatif PA akciğer grafisi

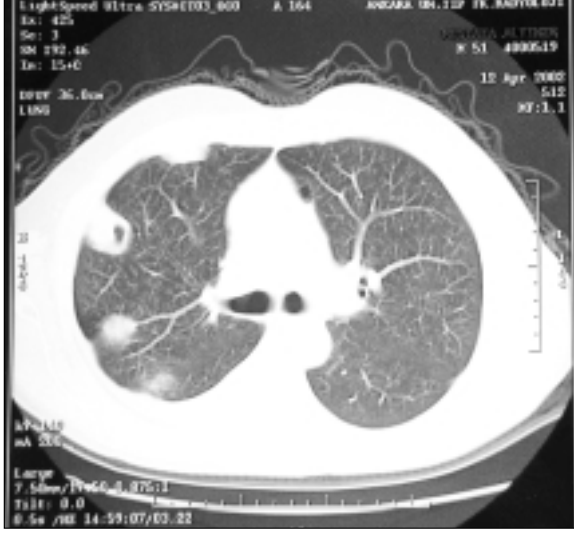
Torasentez yapıldığında açık sarı renkli sıvı aspire edildi. Sıvının biyokimya incelemesinde glukoz 18 mg/dl, protein 6.3 g/dl idi. Sitolojik incelemede ise sıvının romatoid efüzyon ile uyumlu olduğu rapor edilmesi üzerine hasta immunoloji ve göz hastalıkları klinikleri ile konsülte edildi. Ağız ve göz kuruluğu olmadığı, küçük eklemlerinde, dirseklerinde ve sağ omuzunda artralji yakınması olduğu, 1 yıldır zaman zaman küçük eklemlerinde (MCP, PIP) artrit ile uyumlu yakınmaları olduğu saptandı. Konsültasyon doğrultusunda yapılan tetkiklerde romatoid faktör: 40.3 IU/ml (0-20), Anti-ENA: 8.0 RU/ml (0-20), Anti-ds DNA: 20 IU/mL (0-100), ANCA: Negatif, immünglobulin ve komplemanlar düzeyleri normal olarak tespit edildi. Bu sonuçlar gözönünde tutulduğunda öncelikli olarak romatoid pulmoner nodül düşünüldü ancak nodüllerin progresyon göstermesi, hastanın sigara içen, 5. dekatta ve erkek hasta olması nedeniyle RPN ile eş zamanlı maligniteyi ekarte etmek için hastaya sağ mini posterolateral torakotomi ve nodüllere wedge rezeksiyon uygulandı. Frozen incelemesi benign olarak rapor edildi. Patolojik inceleme ile ise nekrotik romatoid nodül saptandı. Komplikasyon gelişmeyen hastanın göğüs tüpü postoperatif 3. gün çekildi. Medikal tedavisi düzenlenen hasta immünoloji kliniğine sevk ile taburcu edildi.

Tartışma

Romatoid artritli hastalarda romatoid pulmoner nodül iyi bilinen akciğer lezyonudur. Sigara



Şekil 2: Radyolojik progresyonun saptandığı PA akciğer grafisi



Şekil 3: Preoperatif Toraks BT. Sağ akciğerde multiple parankimal nodüllerin görünümü.

içen ve subkutan nodülü olan, seropozitif olan erkek hastalarda daha sık görülür (3).

RPN çoğunlukla semptom vermez, bazen öksürük ve hemoptiziye neden olabilir. Romatoid artrit'in en sık görülen pulmoner komplikasyonları nekrobiyotik nodül, plevral anomali, Caplan Sendromu, parankimal fibrozis, bronşiolitis obliterans olup, plevral efüzyon ve RPN'lerin plevraya rüptürleri sonucunda bronkoplevral fistül, pnömotoraks, ampiyem gibi pulmoner komplikasyonlara neden olabildiği de gösterilmiştir (4-6). Bizim olgumuzda ise solunum sistemine ait yakınma yoktu.

Romatid faktörü yüksek titrede pozitif olan olgularda plevral efüzyon ve romatoid pulmoner nodül daha sık görülür. Bizim olgumuzda da romatoid faktör düzeyi düşük titrede olmakla birlikte yüksek idi (40,3 IU/ml). Romatoid artritli olan bazı olgularda artiküler semptom vermeden önce soliter pulmoner nodül tespit edilebildiği gibi, artritli olup sistemik romatoid artrit ve romatoid faktör yüksekliği olmaksızın da romatoid pulmoner nodüller görülebilmektedir (7,8). Bizim olgumuzda da geriye dönük olarak yapılan sorgulamada sağ omuzda, el bileklerinde ve dirseklerinde artroz bulduğu ve 1 yıldır küçük eklemlerinde

(PIP, MCP) artrit ile uyumlu yakınmaları bulunduğu saptandı.

RPN'li hastalarda bizim olgumuzda da olduğu gibi plevral efüzyon genellikle açık sarı renkli, protein konsantrasyonu yüksek, şeker konsantrasyonu düşük (20-25 mg/dl'nin altında) ve eksudatıdır. Sitolojisinde granülleri amorf materyalden oluşan zemin üzerinde uzun fibroblast benzeri epitelioid hücreler ve dejenere lökositlerin bulunması tipiktir (5,9).

Romatoid artritli hastalarda pulmoner dansite veya nodül varlığı bunun mutlaka benign olduğu anlamına gelmez. Otoimmün hastalığı olan hastalarda nekrobiyotik nodül, akciğer kanserindeki soliter pulmoner nodül ile prezente olabilir (10). Soliter pulmoner nodüllerde benign malign ayrımının pozitron emission tomografi (PET) ile büyük oranda yapılabildiğini gösteren yayınlar bulunmakla birlikte kesin tanı patolojik inceleme ile konabilir (7,11).

Jolles ve arkadaşları son 15 yılda yaptıkları retrospektif incelemede romatoid artritli, seropozitif, subkutan nodülü ve yeni gelişen pulmoner nodülü olan 7 olgunun ikisinde akciğer kanseri tespit etmişlerdir (3). Benzer şekilde Shenberger ve arkadaşları da romatoid pulmoner nodüle eşlik eden akciğer kanseri olgusu tespit etmişlerdir (12). Bizim olgumuzda da klinik, radyolojik ve sitolojik incelemeler romatoid artrit düşündürmekteydi. Ancak olgumuzun 5. dekatta, sigara içen erkek hasta olması, lezyonların bir kısmının progresyon göstermesi nedeniyle başta metastatik veya primer akciğer malignitesinin ekarte edilebilmesi amacıyla mini torakotomi ve açık akciğer biyopsisi gerçekleştirildi.

Sonuç

Romatoid artrit tanısının plevral sıvının sitolojik incelemesi veya açık akciğer biyopsisi ile konulması oldukça nadir bir durumdur. Romatoid artritli olgularda pulmoner nodül varlığında öncelikle romatoid nodül düşünölmelidir ancak buna rağmen malignitenin ekarte edilebilmesi amacıyla bizim olgumuzda olduğu gibi akciğer biyopsisi gerekebilir.

KAYNAKLAR

1. Perez T, Wallaert B, Tonnel AB. Pleuropulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. *Rev Mal Resp* 1991;8:169-89
2. Cortet B, Flipo RM, Remy-Jardin M, Delcambre B. Use of high resolution computed tomography of the lungs in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum* 1995;54:815-9
3. Jolles H, Mosoley PL, Peterson MW. Nodular pulmonary opacities in patients with rheumatoid arthritis. A diagnostic dilemma. *Chest* 1989;96(5):1022-5
4. Chauhan MS, Tewari SC, Prakash MJ, Dandona PK, Jayaswal R. Necrobiotic pulmonary nodule leading to pyopneumothorax in case of rheumatoid arthritis – a rare clinical presentation. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1989;31(3):217-20
5. Schlapbach P, Im Hof V, Gerber N. Pleuropulmonary manifestations in chronic polyarthritis. *Schweiz Med Wochenschr* 1987;28;117(9):315-21
6. Bankier AA, Fleischmann D, Kiener HP, Wiesmayr MN, Herold CJ. Pleural and pulmonary changes within the scope of rheumatoid arthritis. *Radiologe* 1996;36(8):637-45
7. Joosen H, Mellaerts B, Dereymaeker G, Westhovens R. Pulmonary nodule and aggressive tibialis posterior tenosynovitis in early rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2000; 19(5):392-5
8. Eraut D, Evans J, Caplin M. Pulmonary necrobiotic nodules without rheumatoid arthritis. *Br J Dis Chest* 1978;72(4):301-6
9. Koss LG. Effusion in the absence of cancer. In: Koss LG, eds. *Diagnostic cytology and its histopathologic bases*. Fourth edition. Philadelphia. JB Lipincott Company 1992. 1107.
10. Byrd RW, Byrd RP Jr, Roy TM. Rheumatoid arthritis and the pulmonary nodule. *J Ky Med Assoc* 1997;95(1):19-22
11. Buck AK, Schirrmeister H, Hetzel M, Von Der Heide M, Halter G, Glatting G, Mattfeldt T, Liewald F, Reske SN, Neumaier B. 3-deoxy-3-[(18)F]fluorothymidine-positron emission tomography for noninvasive assessment of proliferation in pulmonary nodules. *Cancer Res* 2002;62(12):3331-4.
12. Shenberger KN, Schned AR, Taylor TH. Rheumatoid disease and bronchogenic carcinoma-case report and review of the literature. *J Rheumatol* 1984;11(2):226-8