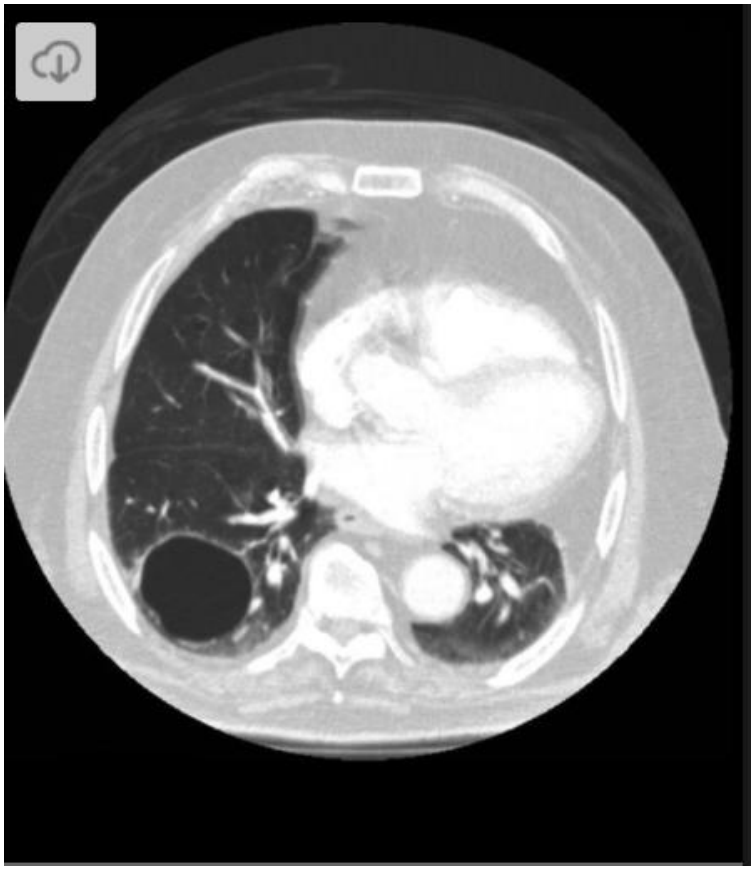
Olgularla Kistik Akciğer Hastalıkları

Dr Dildar Duman

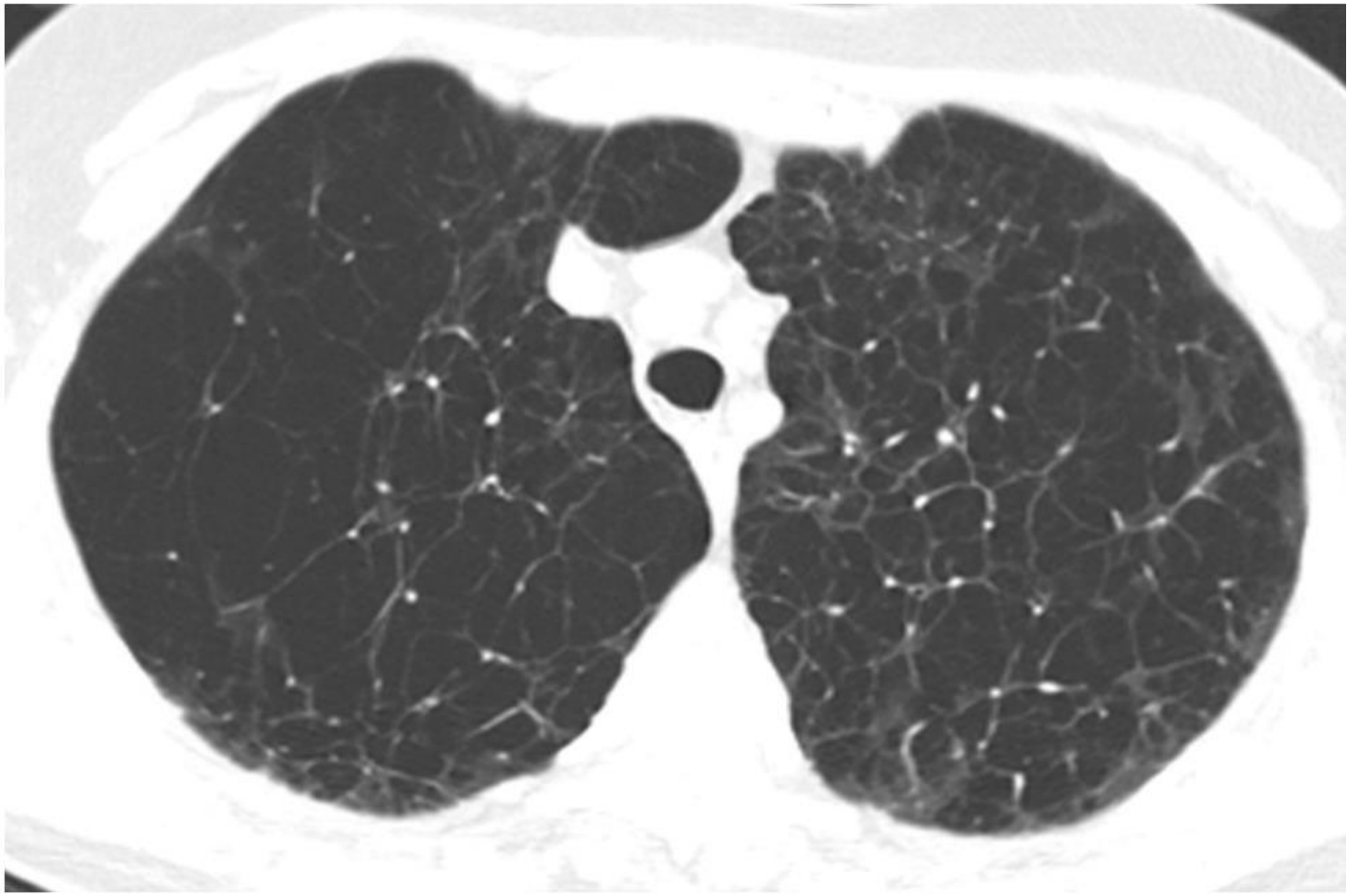
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları
ve Göğüs Cerrahisi EAH

Kist Tanımı

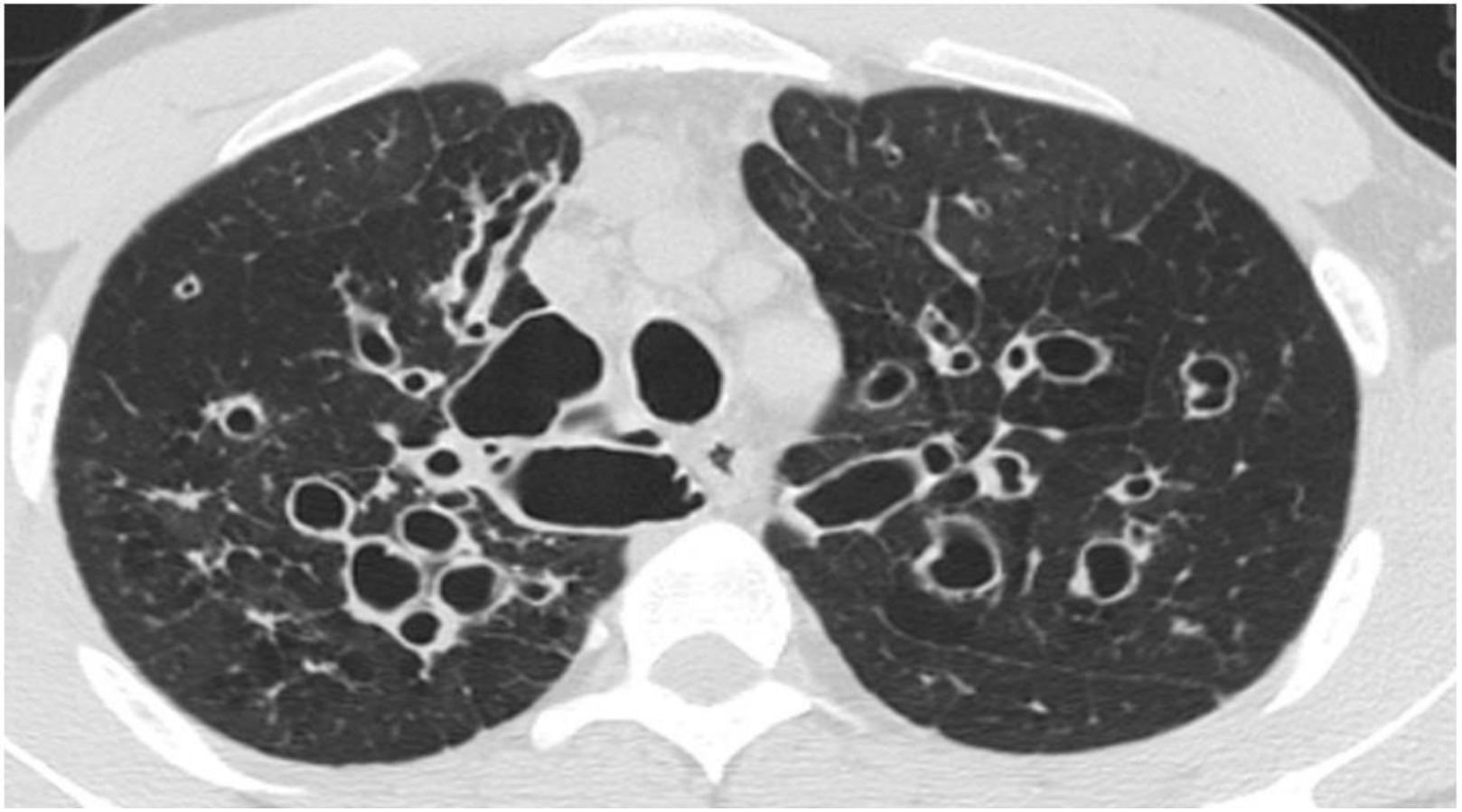


Normal akciğer ile sınırları net çizilebilen yuvarlak parankimal açıklık veya düşük atenuasyon alanı: KİST

Kistleri taklit edebilen ancak gerçek kistik akciğer hastalığı tanımına uymayan parankimal lusensiler: Amfizem, bül, bleb, bronşektazi, kavite ve pnömatosel



Amfizem



Bronşektazi

Balpeteği

Majör kistik hastalıklar

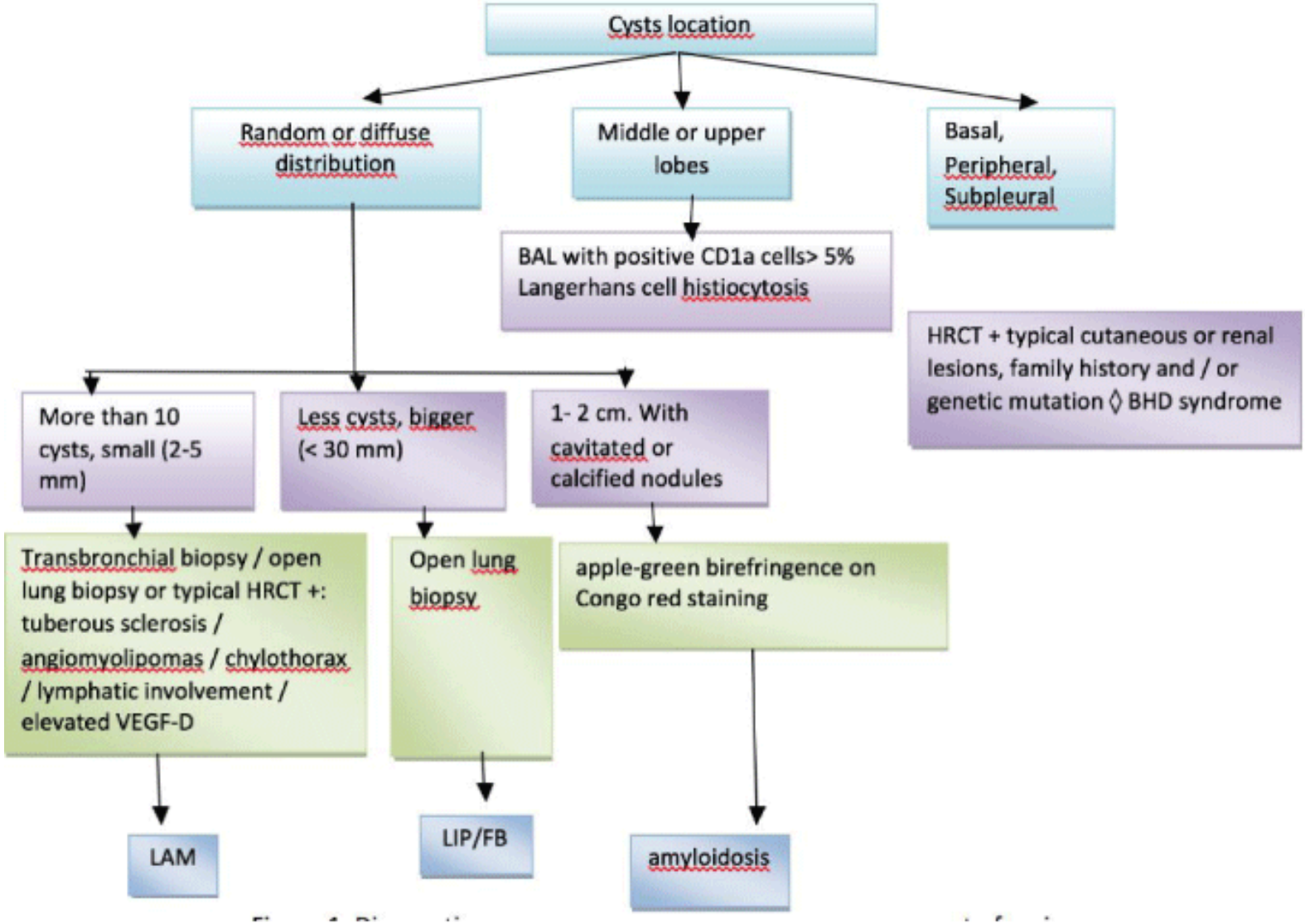
- Lenfanjioleimyomatozis(LAM),
- Pulmoner Langerhans hücreli histiositoz (PLCH)
- Birt-Hogg-Dube sendrom (BHD sendromu)
- Lenfositik interstisyel pnömoni (LİP)

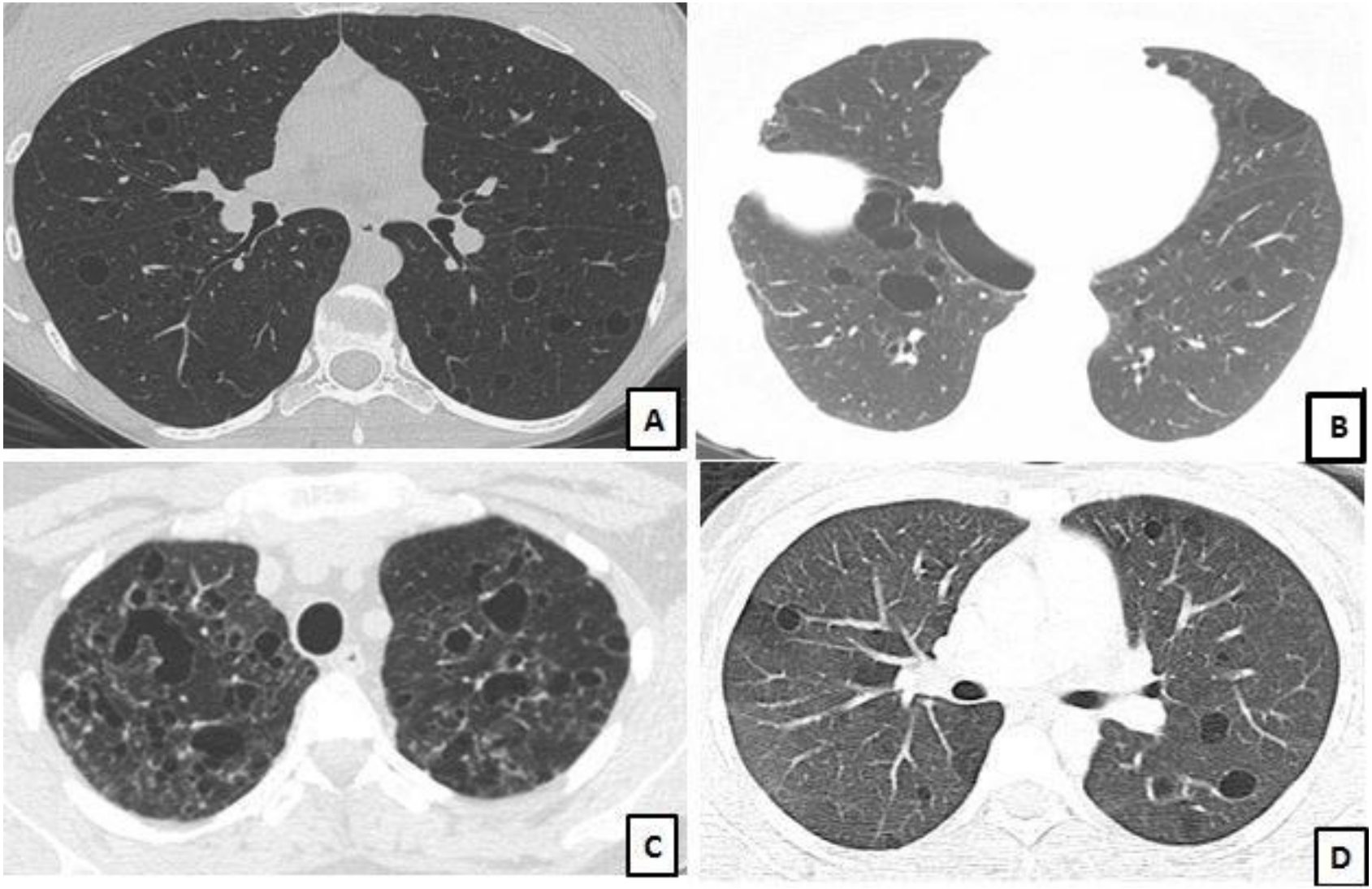
Kistik AC hastalıklarının özellikleri

Table 2. Characteristics of cystic lung diseases

Disorder	Age, yr	CT findings (cyst)			Biopsy	Clinical	Treatment for cyst
		Shape	Distribution	Other			
LAM	35	Round, smooth	Diffuse	Effusion	LAM cells, HMB-45 (+)	TSC, AML, meningioma, F >> M	mTOR inhibitor
PLCH	2–40	Bizarre, irregular	Upper/ middle lobe	Nodules, cavitation	Langerhans cell, CD1a (+)	Smoker, F = M, BRAF mutation	Immunosuppression, BRAF inhibitor
BHD	3–40	Round, lentiform	Basilar, medial, subpleural	-	Nonspecific, alveoli within an alveolus	Skin, renal tumor, FLCN mutation, AD	-
LIP/FB	4–70	Internal structure (+)	Random, perivascular	GGO, centrilobular nodules, septal thickening	Lymphocytic infiltration	Autoimmune disorder, F > M	Immunosuppression
Amyloido-sis	-	Round	Random	Nodules, calcified cavitation	Apple-green birefringence appearance on Congo Red stain	MM, lymphoma, Sjogren's disease	Immunosuppression

Kistik Akciğer Hastalıklarına Yaklaşım

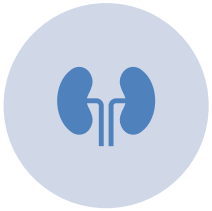



A
B
C
D

Lenfanjiyoleimyomatozis

Kadınlarda görülür	Sadece tuberoskleroz olan erkeklerde TSC-LAM	3.-4. dekad
Semptomlar: öksürük, dispne	**Pnömotoraks**: %50-60	**Şilöz plevral efüzyon**: %10

LAM Manifestasyonları



Renal anjiyomyolipomlar (%30)

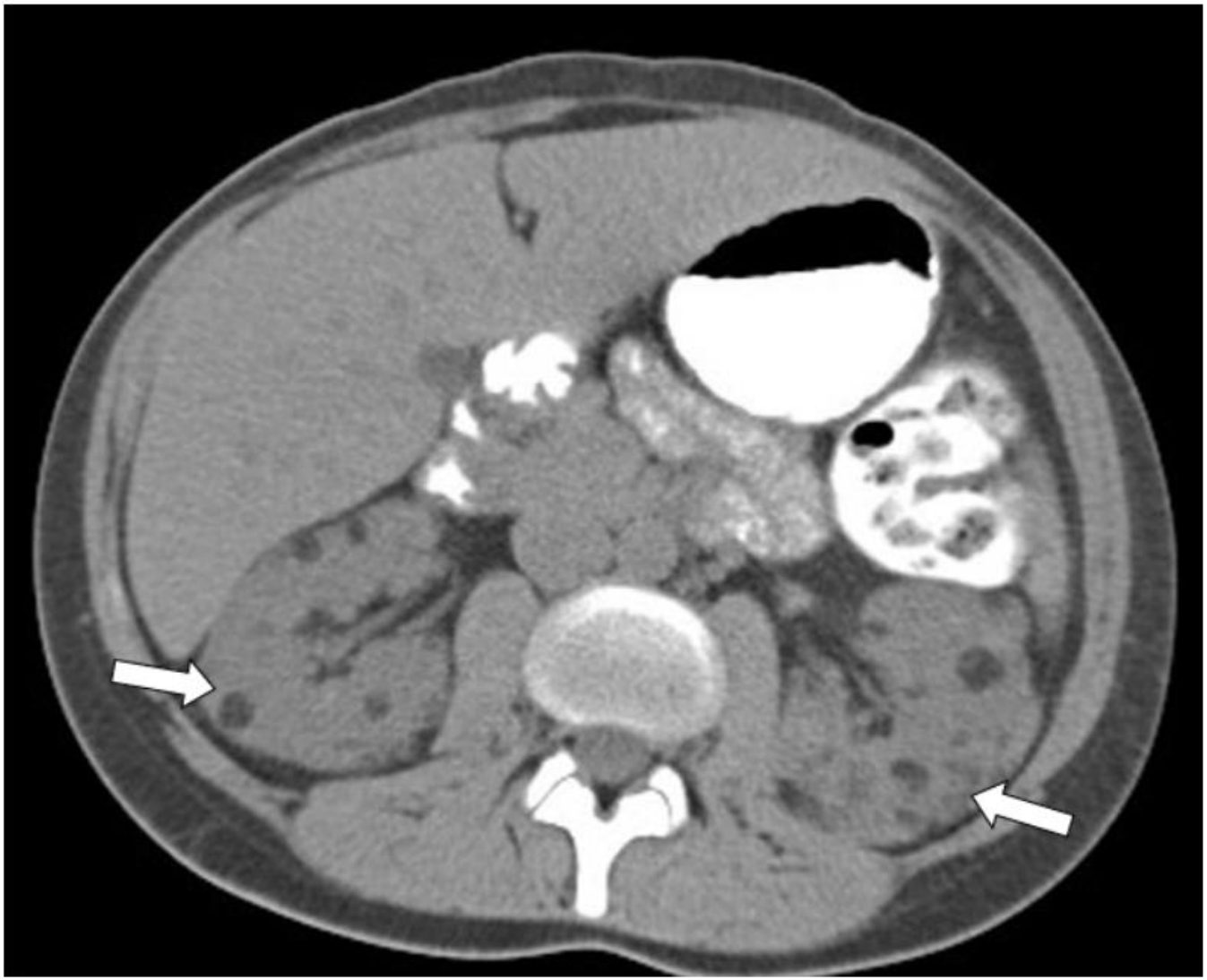
Şilöz plevral efüzyon (%10)

Lenfanjiyoleimyomlar (%40)

Cilt manifestasyonlar: malar anjiofibromlar, hipopigmente makuller

Nörolojik manifestasyonlar : kognitif defisit, nöbet

Computed tomography of renal angiomyolipoma



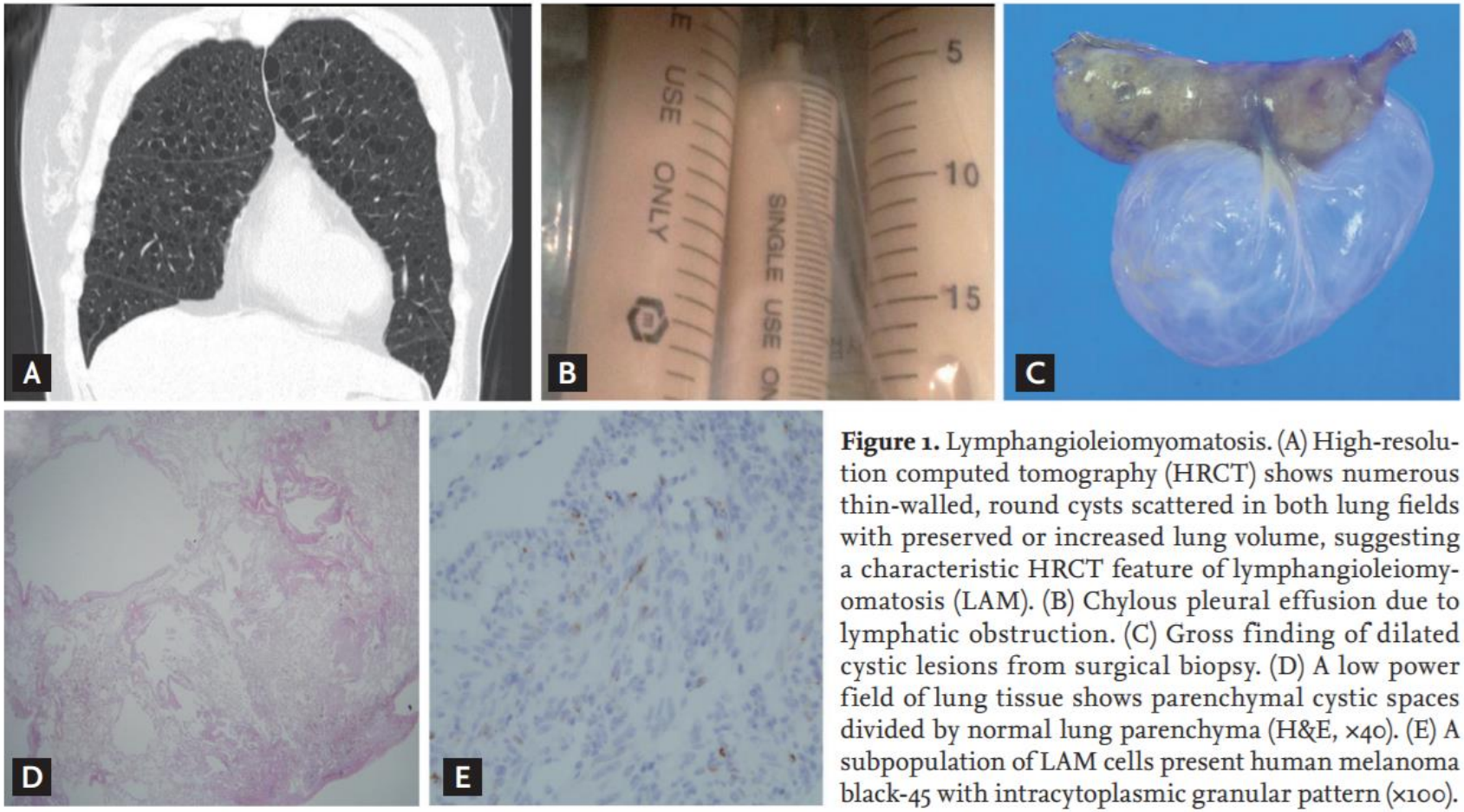


Figure 1. Lymphangioleiomyomatosis. (A) High-resolution computed tomography (HRCT) shows numerous thin-walled, round cysts scattered in both lung fields with preserved or increased lung volume, suggesting a characteristic HRCT feature of lymphangioleiomyomatosis (LAM). (B) Chylous pleural effusion due to lymphatic obstruction. (C) Gross finding of dilated cystic lesions from surgical biopsy. (D) A low power field of lung tissue shows parenchymal cystic spaces divided by normal lung parenchyma (H&E, ×40). (E) A subpopulation of LAM cells present human melanoma black-45 with intracytoplasmic granular pattern (×100).

LAM Radyoloji

- İnce duvarlı yuvarlak, düzgün sınırlı kistler
- Tüm akciğere yayılmış
- Farklı büyüklüklerde
- İçinde damar veya septa içermez
- Plevral efüzyon tek taraflı veya çift taraflı

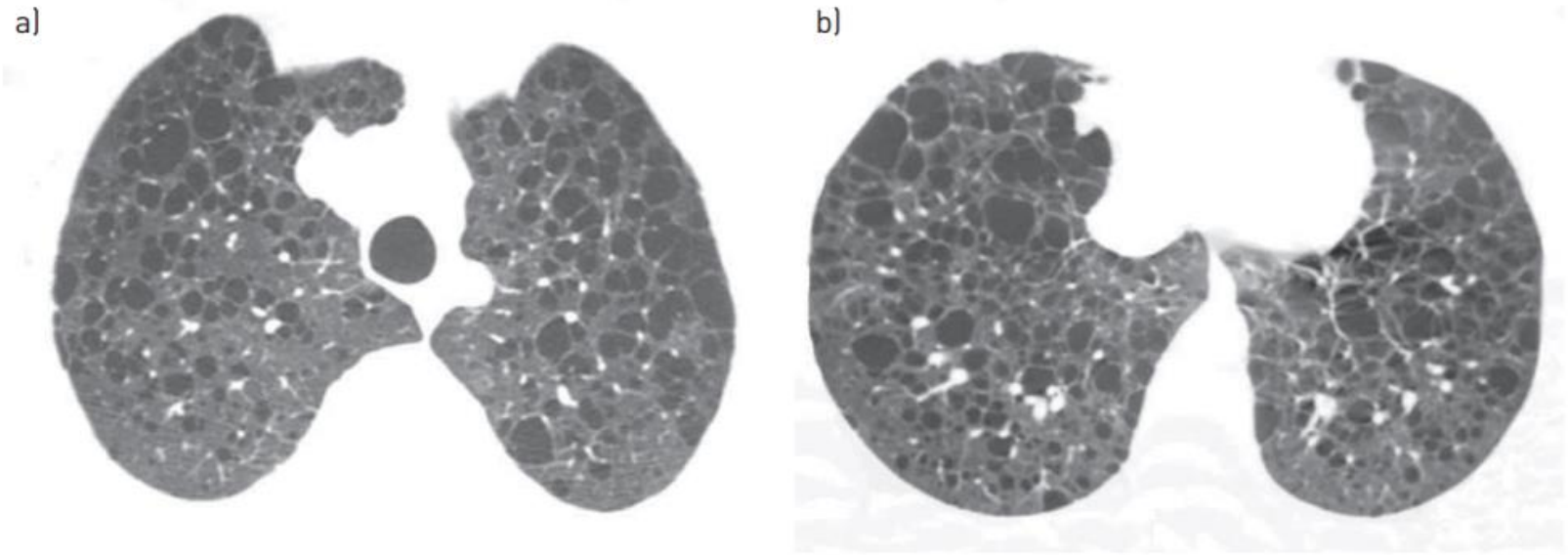


FIGURE 1 A 38-year-old woman with lymphangioleiomyomatosis. High-resolution computed tomography scans of a) upper and b) lower lobes show multiple thin-walled cysts distributed symmetrically throughout both lungs, with normal intervening lung parenchyma.

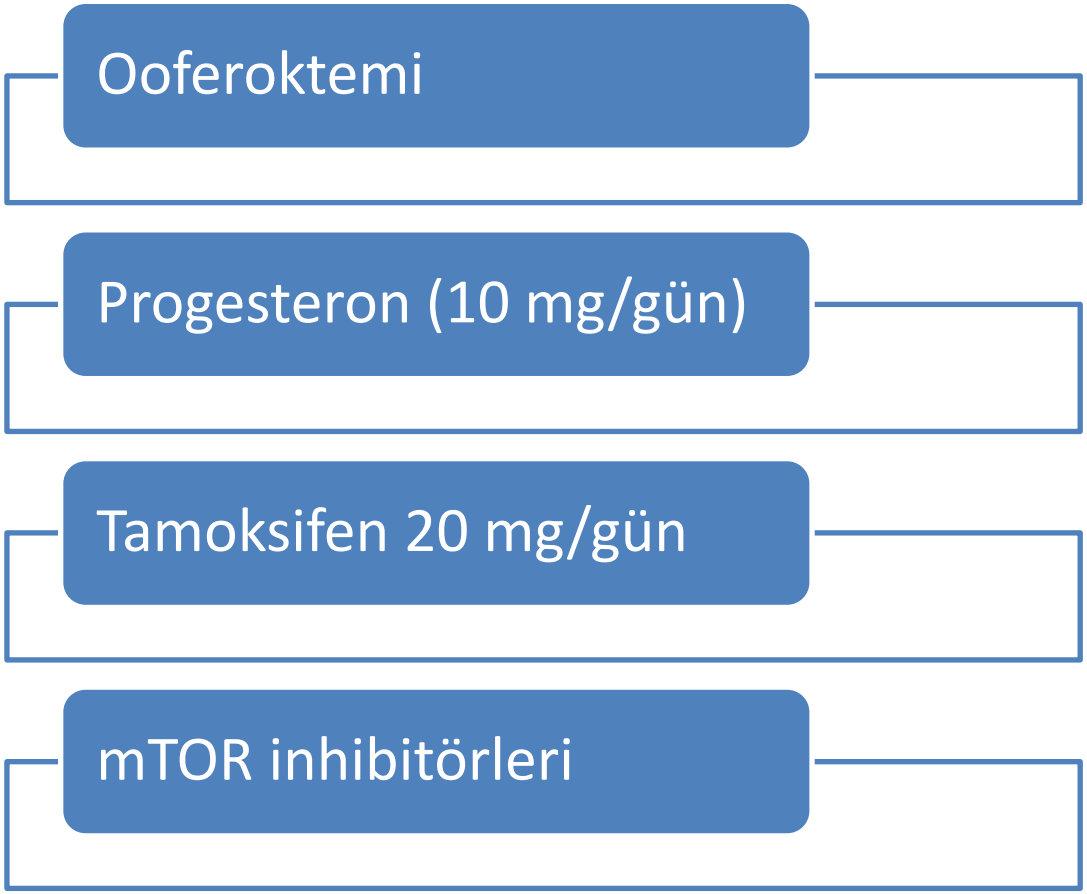
İnvaziv İşlemler

LAM; TBLB : human melanoma black (HMB)-45 immunhistokimyasal boya: LAM düz kas hücreler: % 60-86

Cerrahi biyopsi; VATS: Lenfanjioleimyomatozis (LAM), Langerhans hücreli histiositoz (PCLH), Lenfositik interstisyel pnömoni (LIP)

VATS için BHD uygun değil.

LAM Tedavi


Ooferoktemi
Progesteron (10 mg/gün)
Tamoksifen 20 mg/gün
mTOR inhibitörleri

Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositoz

Genç yetişkinlerde,

20-40 yaş

Kadınlarda ve erkeklerde görülür.

Sigara içenlerde ya da içmiş olanlarda görülür.

Aile öyküsü beklenmez

Ekstrapulmoner manifestasyonlar

- PLCH hastalarının %20'sinde görülür
- Kistik kemik lezyonları (%7)
- Diabetes insipitus (%8)
- Cilt lezyonları (papul,egzema)
- Jeneralize LAP

PCLH Radyoloji

- Duvarları olan, düzensiz, tuhaf şekilli kistler
- Üst lobları daha çok tutar
- Kostofrenik açılar korunur
- Akciğer parankimi normal
- Küçük noduller eşlik eder.
- Noduller sonra kaviteleşebilir, sonra kistik forma dönüşebilir.
- Noduller ve kistler aynı anda görülebilir.

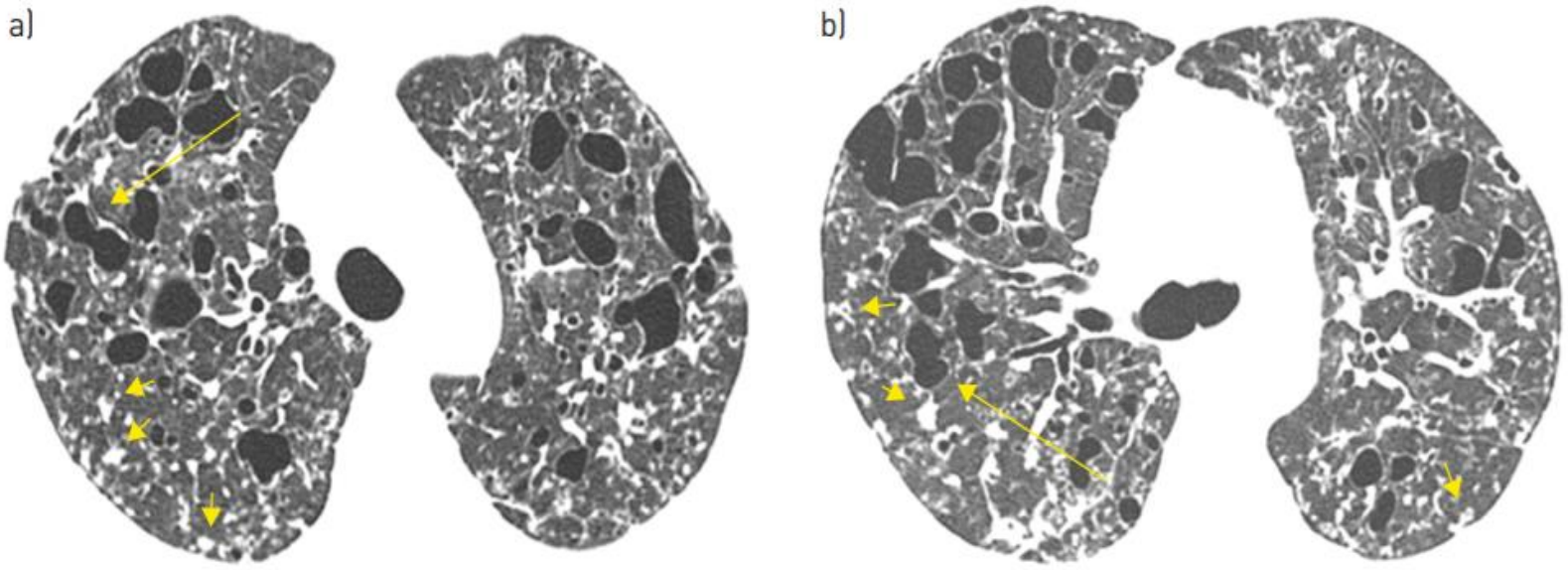


FIGURE 2 A 27-year-old man with pulmonary Langerhans cell histiocytosis. High-resolution computed tomography scans of a) upper and b) middle lung regions show multiple thin-walled cysts, some with irregular shapes (arrows), in both lungs. Multiple small nodules (short arrows) are also present.

BAL'de CD1a-pozitif hücreler≥ % 5 PLCH'yi kuvvetle düşündürür ancak duyarlılığı zayıftır.

BAL ve TBLB birlikte tanı %50

Diğer hastalarda, S-100 proteini ve CD1a pozitif Langerhans hücrelerinin varlığını doğrulamak için VATS gerekebilir.

PLCH tedavisi

- Sigaranın bırakılması
- Steroid ve sitotoksik tedaviler
- 2-chlorodeoxyadenosine (Cladribine)
- Vinblastin ve steroid tedavisi
- Radyoterapi
- AC transplantasyonu

Birt-Hogg-Dubé (BHD) sendromu

BHD hastalarının % 84'ünde akciğerde kistler görülür.

Kadın ve erkeklerde

30-40 'lı yaşlarda

1/3 ünde spontan pnömotraks görülebilir

Sigara içimi daha şiddetli kistik değişiklikler ve tekrarlayan pnömotoraks ile ilişkili bulunmuştur.

Orta yüzde kutanöz fibrofollikülomlar gelişebilir

Otozomal dominant geçişli bir hastalıktır.

Genellikle birden fazla aile bireyi etkilenir

Ekstrapulmoner manifestasyonlar:

Renal neoplasms: en sık hibrit onkositik tümörler (%50),
renal hücreli karsinom(%35)

Kütenöz lezyonlar: %85 'i fibrofolikülomlar

Birt-Hogg-Dubé fibrofolliculomas

Multiple whitish dome-shaped papules at the base of the neck, representing fibrofolliculomas in a patient with Birt-Hogg-Dubé syndrome.

BHD Radyoloji

BHD ile ilişkili kistler ince duvarlı, genellikle lentiform şekilli, bazallerde baskın, subplevral bölgelere dağılmış ve mediastene bitişiktir.

LAM kistleriyle karşılaştırıldığında, daha az sayıda, daha büyük ve daha az dairesel bir şekle sahip ve daha paramediastinal yerleşimlidir.

Renal neoplazmlar %27 oranında görülebilir, BT veya MR görüntüleme yapılabilir.

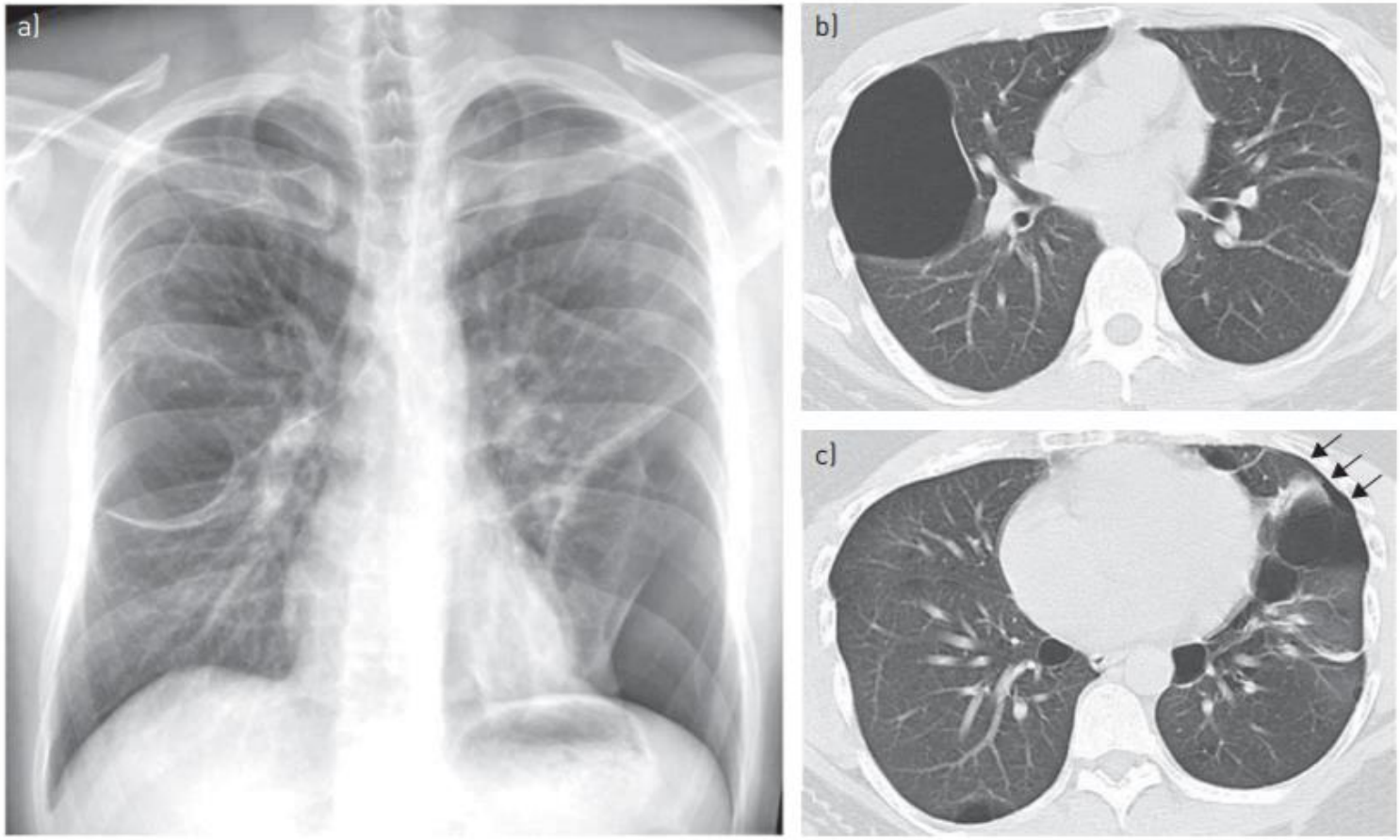


FIGURE 3 A 33-year-old man with folliculin gene-associated syndrome (Birt–Hogg–Dubé syndrome). a) A chest radiograph shows bilateral bullous formation with left basal pneumothorax. b, c) High-resolution computed tomography performed 1 week later demonstrates thin-walled cysts of varying sizes in both lungs, some with a lentiform shape, with characteristic lower lung zone distribution. A small residual left pneumothorax (arrows) is also present.

BHL- Genetik Test

FLCN mutasyon analizi bir tanı testi olarak kullanılabilir

BHD'li hastaların yüzde % 81- 88'inde mutasyonlar tespit edilebilir.

BHD vakalarında belirgin histolojik özellikler olmadığından BAL , TBLB veya cerrahi biyopsisinin rolü yoktur.

Lenfositik İnterstisyel Pnömoni (LİP)

LİP, akciğerlerle sınırlı bir hastalık

Sistemik otoimmün hastalıklar ve immün yetmezlik ile ilişkilidir.

En sık Sjögren Sendromu (%25-50) ile ilişkilidir.

Kistik akciğer hastalığı ile başvuran hastalarda göz kuruluğu ve ağız kuruluğu olup olmadığı sorgulanmalıdır.

İmmün yetmezliği olan hastalarda (örn:HIV) sıklıkla enfeksiyon öyküsü vardır.

LİP Radyoloji

- LİP'de ince duvarlı kistler görülebilir.
- Kistler tipik olarak az sayıdadır.
- Çoğunlukla buzlu cam alanlarında görülür ancak izole bir bulgu olarak da ortaya çıkabilir.
- Genellikle perivasküler dağılım gösterirler, boyutları 1 ila 30 mm arasında değişir ve iç bölmeleri olabilir.
- Sentrilobüler ve subplevral nodüller görülebilir.
- Sjögren sendromlu hastalarda kistlerle birlikte nodüllerin varlığı, eşzamanlı lenfoma veya amiloidoz şüphesini artırmalıdır.
- Septal kalınlaşmalar eşlik edebilir.
- Kistler ve buzlu cam opasitelerinin kombinasyonu, LIP'de beklenen radyolojidir.
- Buzlu cam opasiteleri kistik akciğer hastalıklarının yaygın bir özelliği değildir.

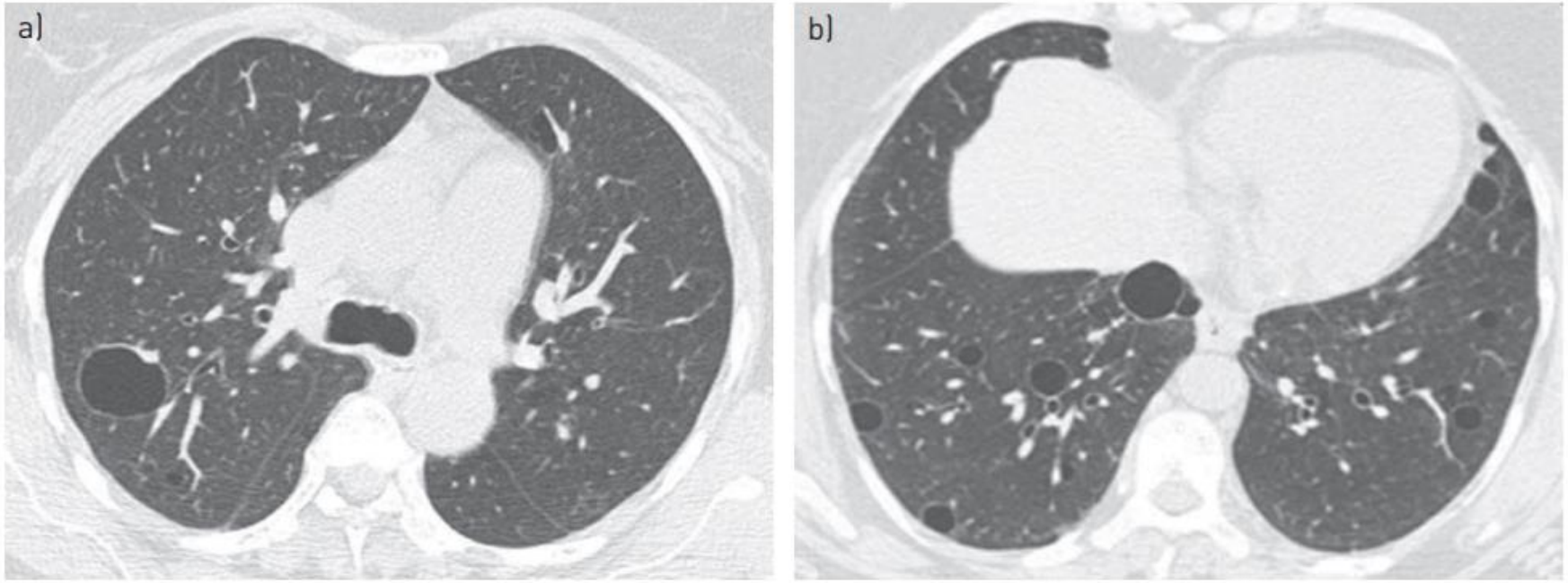


FIGURE 4 A 43-year-old woman with lymphocytic interstitial pneumonia in association with Sjögren's syndrome. High-resolution computed tomography scans of a) middle and b) lower lung regions show bilateral thin-walled cysts.

Laboratuvar

- Antinükleer antikor (ANA)
- Anti-Ro/SSA ve anti-La/SSB antikorları ve
- Romatoid faktör (RF)
- Serum immünoglobulin seviyeleri
- HIV testi

LİP; invaziv işlemler

BAL : lenfositoz (LIP %30)

TBLB interstisyel pnömonilerin ayırıcı tanısı için genellikle yeterli doku sağlamaz.

LIP' de kistik değişiklikler genellikle nonprogresiftir ve bilinen romatolojik hastalığı olan hastalar biyopsi yapmaksızın izlenebilir.

Buzlu cam ve nodüller varlığında lenfoma veya enfeksiyon gibi durumları dışlamak gerekebilir.

Cerrahi biyopsi, invaziv adenokarsinom, sarkom, metastatik ca, amiloidoz, hafif zincir depozit hastalığı gibi durumları dışlamak için gerekli olabilir.

LIP tedavisi

- LIP'İn doğal seyri değişkendir
- Kortikosteroid tedavisi
- Prednizolon 1-2 mg/gün (2-12 hafta)
- Doz azaltma (6-12 hafta)
- Tedavi yanıtı değerlendirilir.
- İmmunsupresif tx (hidroksiklorokin,azatioprin ..)

Amiloidoz

Amiloidoz, anormal proteinlerin hücre dışı birikimi ile karakterizedir.

Amiloidoz lokalize olabilir, yani tek bir organı (%10-20) tutabilir veya sistemik (%80-90) olabilir. Akciğer tutulum %50 dir.

Primer amiloidoz multipl miyelomlu veya makroglobulinemili hastalarda görülür

Sekonder amiloidoz,romatoid artrit, crohn hastalığı, kistik fbroz, tüberküloz gibi inflamatuar hastalıklarla olabilir.

HRCT bulguları: **nodüller**, interlobüler septal kalınlaşma, bal peteği görünümü, buzlu cam opasiteleri ve lenfadenopati

Pulmoner kistler nadiren görülür ve çoğunlukla Sjögren sendromu ile birlikte lokalize amiloidoz ile tanımlanır.

Hafif zincir hastalığı (LCDD)

Hafif zincir birikimi hastalığı (LCDD) orta yaşlı hastalarda görülür ve

Genellikle böbrekleri tutar.

Akciğer tutulumu nadirdir; ancak solunum yetmezliğine neden olabilir ve akciğer nakli gerektirebilir.

LCDD vakalarının yüzde yetmiş beşi, makroglobulinemi gibi multipl miyelom veya lenfoproliferatif hastalıklarla bağlantılı olarak ortaya çıkar.

Hafif zincirler alveol duvarlarında, küçük hava yollarında ve damarlarda birikir.

HRCT bulguları: nodüller, lenfadenopati ve kistler

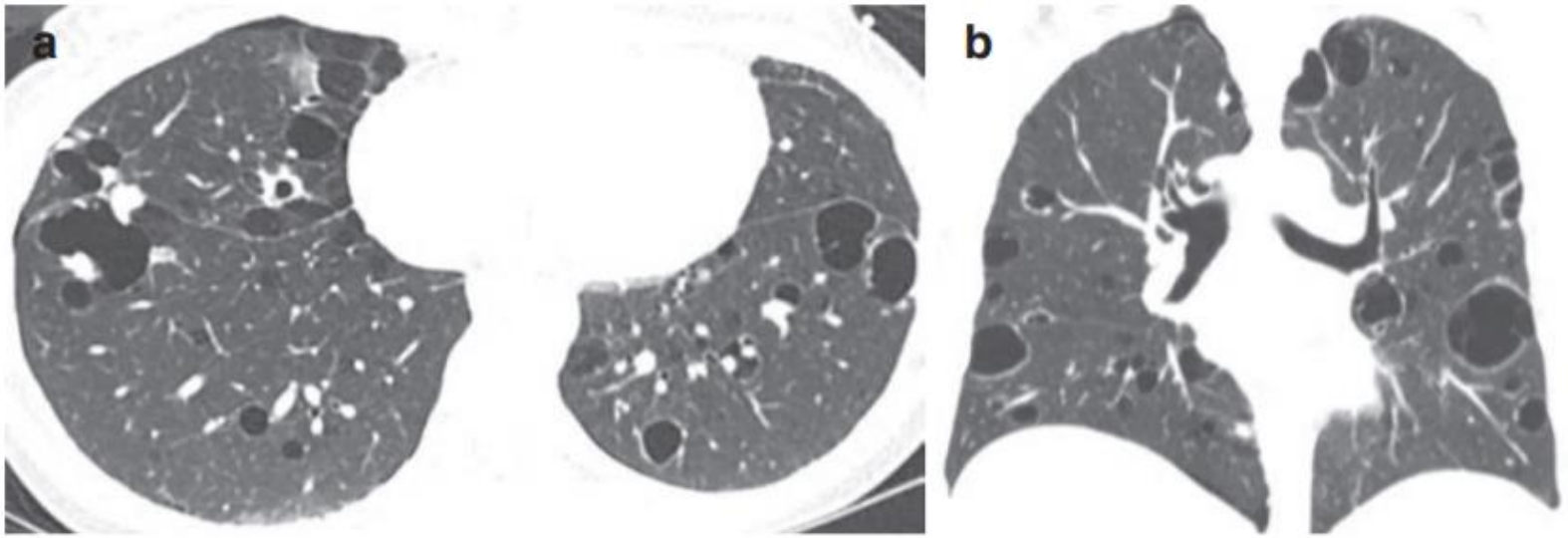


Fig. 3.22 Light-chain deposition disease (LCDD). A 32-year-old female with history of left spontaneous pneumothorax 10 years ago, now with right chest pain and small spontaneous right pneumothorax. (**a**) Axial CT image reveals multiple thin-walled cysts and adjacent nodules. (**b**) Coronal CT image is notable for diffuse involvement without zonal predilection. Case courtesy of Dr. Brett Elicker, San Francisco, CA

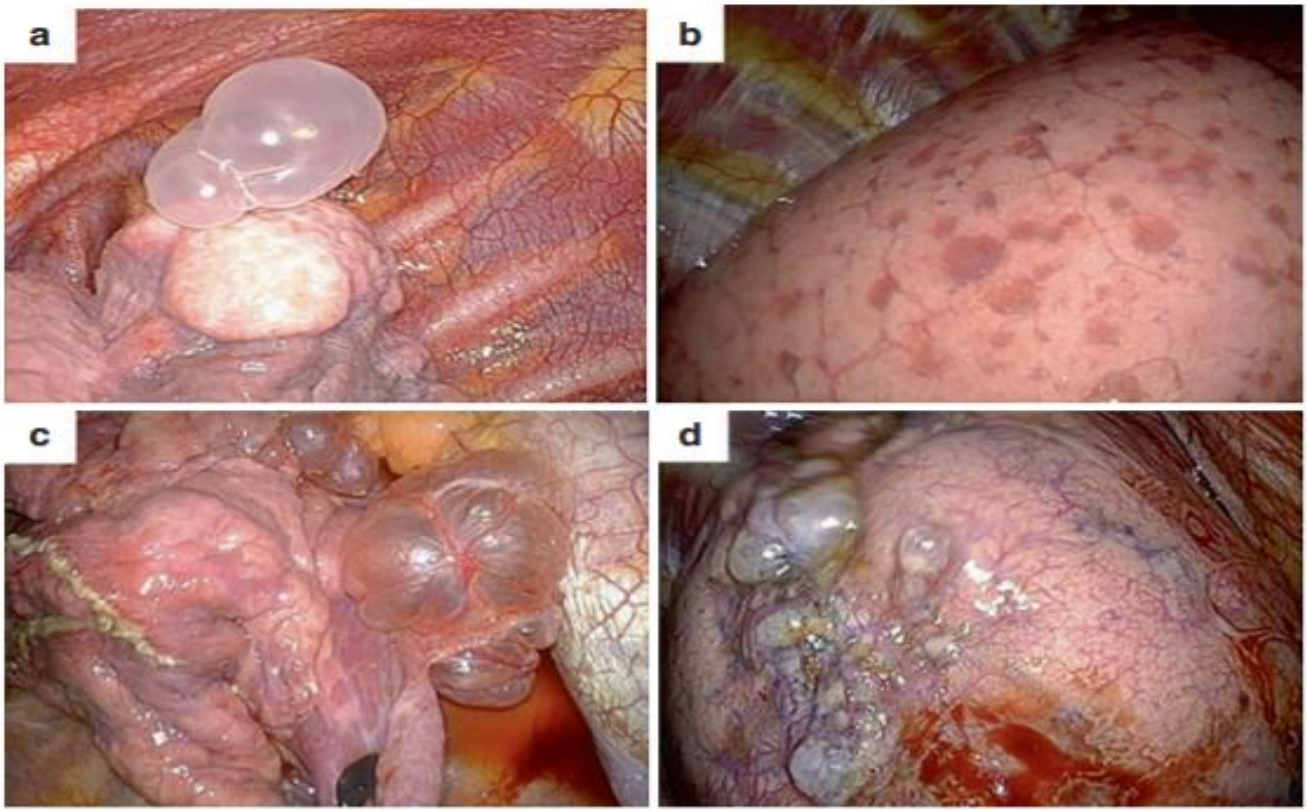


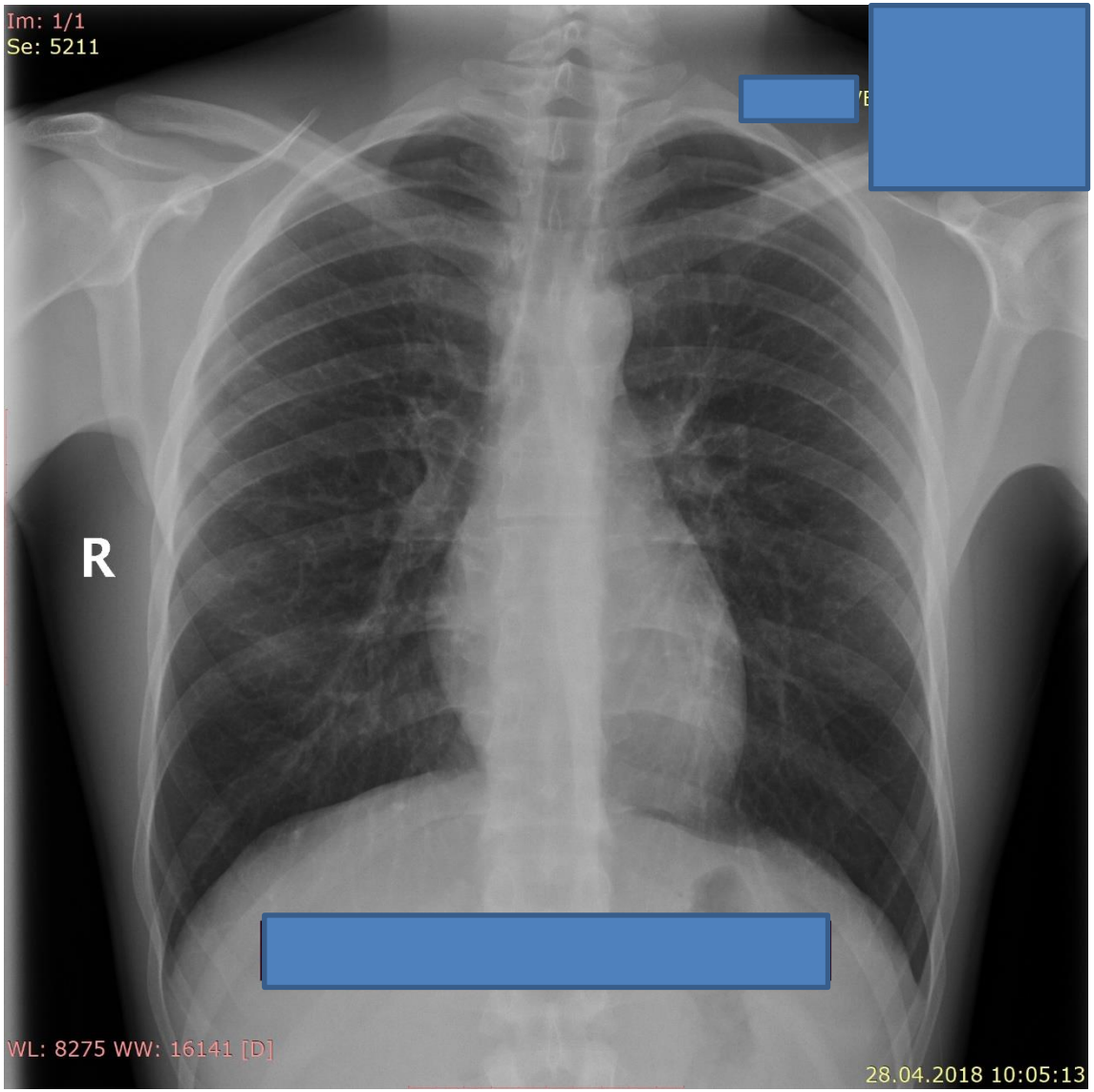
Fig. 16.1 Thoracoscopic findings of lung surface in patients with primary PSP (**a**), LAM (**b**), BHDS (**c**), and PLCH (**d**). In PSP, a transparent white bulla is protruding from the apical part of the upper lobe. Bullae can be identified at the apical segment of lower lobes and multiple bullae are often present. In LAM, numerous brown spots scattered over the entire lung surface are noted when the lungs are deflated. When the lung is more inflated, multiple, transparent, thin-walled cysts with a wide base on the lung surface can be recognized. In BHDS, bullae are usually identified on the basilar and medial areas of lower lobes. They have a transparent, thin wall with a wide base on the lung surface. Some of them are huge and lobulated with a bundle of connective tissue septa and small blood vessels. In PLCH, anthracosis due to smoking habits is noted in the area of multiple bullae and other parts of the lung surface. Conglomerated bullae with various sizes are found and some have a thin wall

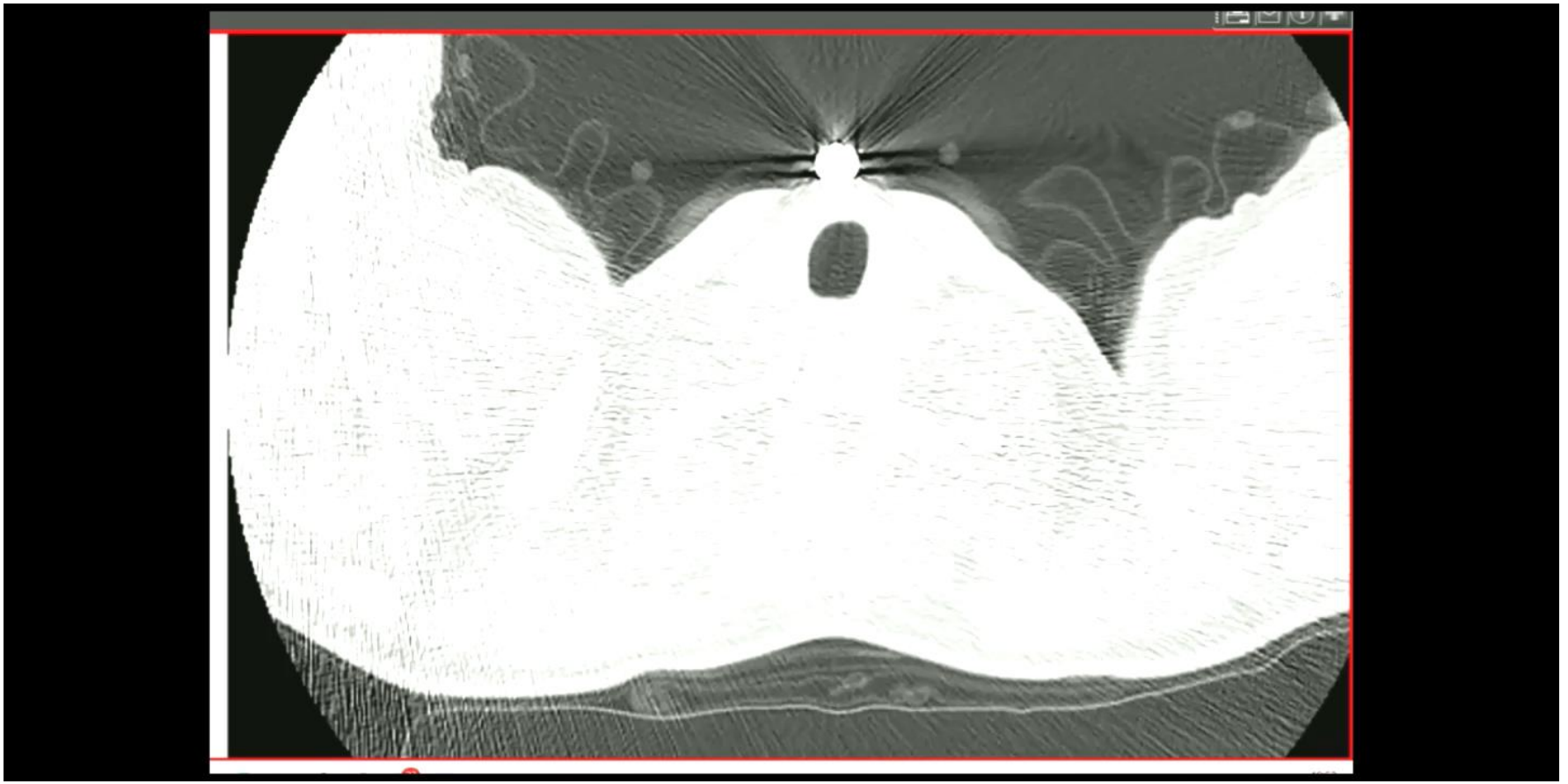
Olgu 1

23 yaşında erkek hasta
Şikayeti: kuru öksürük
Smoker , 8 paket/yıl sigara
Oto kaporta işinde çalışıyor
Bilinen hastalık yok
Kullandığı ilaç yok
Aile öyküsü yok
saO2:98
Solunum sistemi muayenesi: ral yok, ronkus yok

Başvuru PA Akciğer Grafisi

3 yıl önceki PA Akciğer Grafisi





TORAKS BT İNCELEME:

HİKAYESİ : Öksürük

TEKNİK : Kontrastsız.

BULGULAR :

IV kontrast madde verilmediğinden intralüminal vasküler patolojiler değerlendirilememiştir. Mediastenin değerlendirilmesi suboptimaldir.

Trakea ve ana bronşlar açıktır.

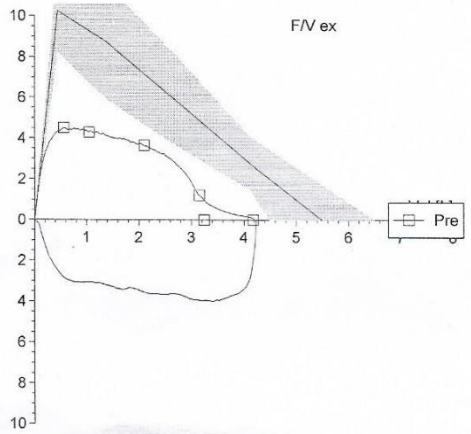
Mediastinal vasküler yapılar ve kalp doğal form ve lokalizasyondadır.

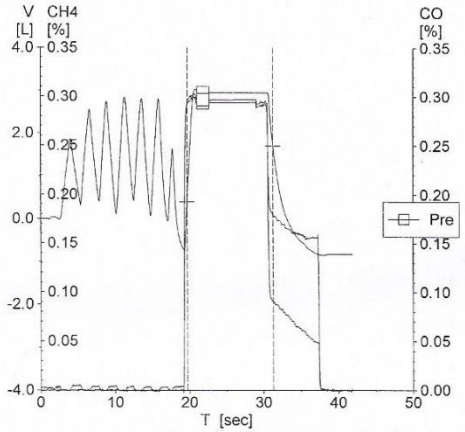
Patolojik boyutta mediastinal lenf nodu saptanmamıştır.

Akciğer parankim alanlarında farklı şekil ve boyutlarda, bazıları hafif kalın duvarlı çok sayıda kist izlenmiştir. Ayrıca buna eşlik eden birkaç adet milimetrik nodüller ve mevcuttur. Ön planda Langerhans hücreli histiyositoz olmak üzere kistik akciğer hastalıkları açısından değerlendirme önerilir.

		Height:	182 cm
Date of Birth:	1/1/1998	Weight:	70.0 kg
Gender:	male	BMI:	21

Diffusion SB





	Pred	Pre	%(Pre/Pred)
FVC	5.49	4.17	76
FEV 1	4.61	3.24	70
FEV 1 % FVC	82.71	77.59	94
MMEF 75/25	5.16	3.07	60
PEF	10.25	4.50	44
MEF 75	8.74	4.29	49
MEF 50	5.77	3.64	63
MEF 25	2.76	1.21	44

		Pred	Best	%(Best/Pred)
DLCO_SB	mmol/(min*kPa)	12.54	7.72	62
KCO_SB	mmol/(min*kPa*L)	1.68	1.30	83
VA_SB	L	7.31	5.54	76
Hb	g(Hb)/100mL		14.30	
DLCOcSB	mmol/(min*kPa)	12.54	7.78	62
KCOc_SB	mmol/(min*kPa*L)	1.68	1.41	84

Romatoloji konsültasyonu: romatolojik hastalık düşünülmedi

RF: 12,5 (N)
Anti CCP<1
ANA negatif
Anti ds DNA negatif
Anti Jo 1 negatif
Anti SCL 70 negatif
Anti SSA 2 negatif
Anti SSB 1 negatif

Tetkik Adı : ABDOMEN US, TÜM

İnceleme batın içi gaz superpozisyonu nedeniyle suboptımaldir.

Karaciğer normal boyutlardadır. Parankim ekojenitesi doğaldır. Parankim içerisinde izlenebilen kesimlerde yer kaplayan sınırlı patoloji saptanmadı. İntrahepatik safra kanalları ve vasküler yapılar tabiidir.

Safra kesesi normal büyüklükte ölçüldü. Kese duvar kalınlığı tabiidir. Lümen içerisinde kalkül vb. patoloji saptanmadı.

Pankreas gövde kesim boyutu normal olup parankim ekojenitesi homojendir. Pankreas baş ve kuyruk kesim gaz nedeniyle değerlendirilemedi.

Dalak normal boyutlardadır. Parankim homojen görünümde izlenmektedir.

Böbrekler normal büyüklükte ölçüldü. Korteks muntazam görünümdedir. Parankim kalınlığı ve eko strüktürü normal olarak değerlendirildi. Pelvikaliksiel yapılara ait patoloji saptanmadı.

Mesane duvar kalınlığı normal olup lümen içi pataloji saptanmadı.

Mesane dolumu yetersiz olup gross patoloji izlenmedi.

Prostat volümü : 20 cc ölçülmüş olup normaldir.

Batın içi serbest mayi saptanmadı.

SONUÇ : NORMAL SINIRLARDA İNCELEME

BULGULAR:

KRANİAL MR İNCELEMESİ;

İnceleme sagittal T2 FSE, aksiyel T2 FSE, aksiyel T1 FLAİR, koronal T2 FLAİR kesitler ile elde olunmuştur.

- Kranial kemiklerin sinyal intansitesi tabiidir.
- Sella ve parasellar oluşumlar doğaldır.
- Serebral ve serebellar konveksite sulkusların genişlikleri olgu yaşı ile uyumludur.
- Ventriküler sistem normal form ve genişliktedir.
- İntrakranial patolojik sinyal değişimi saptanmadı.
- **Her iki maksiller sinüs bazalde küçük retansiyon kistleri bulunmaktadır.**

SONUÇ:

Rapor içerisinde tanımlanan bulgular

Abdomen USG: normal

Nörolojik değerlendirme: normal

Kranial MR: Her iki maksiller sinüste retansiyon kistleri dışında normal

Bronkoskopi

- Normal endobronşial sistem
- Br mai ARB negatif, ARB PCR negatif, LJ kültür negatif
- Patoloji: mix inflamatuar hücreler

- **BAL**:Lenfosit: %12
  Nötrofil: % 5
  Makrofaj: %68
  CD4/CD8: 1.0

BAL Histopatoloji

IMMUNHİSTOKİMYASAL İNCELEME

TEKNIK: VENTANA-BENCHMARK ULTRA

KONTROLLER: STANDART POZITIF

PRIMER ANTİKORLAR:

CD1A (GENEMED 010 1/100)	: AZ SAYIDA HÜCREDE POZİTİF
CD68 (DAKO - PGM1)	: POZİTİF
LANGERIN (BIOSB-12D6)	: AZ SAYIDA HÜCREDE POZİTİF
S100 (NOVOCASTRA S100P)	: AZ SAYIDA HÜCREDE POZİTİF

PATOLOJİK TANI :

SAĞ AKCİĞER, BRONKOALVEOLAR LAVAJ, HÜCRE BLOĞU, KONSÜLTASYON:
- BİR KISMI PİGMENT İÇEREN MAKROFAJLAR, SEYREK BENİGN BRONŞ EPİTEL HÜCRESİ (LÜTFEN EPİKRİZİ OKUYUNUZ)

EPİKRİZ :

- SİTOLOJİK ÖRNEK BİR KISMI PİGMENTLİ MAKROFAJLAR İÇERMEKTEDİR.
- MORFOLOJİK DETAY NET DEĞERLENDİRİLEMEMEKLE BİRLİKTE AZ SAYIDA MAKROFAJDA (MAKROFAJLARIN %1 KADARINDA) "CD1A" VE "LANGERIN" İMMÜNOHİSTOKİMYASAL BELİRLEYİCİLERİ İLE REAKTİVİTE DİKKATİ ÇEKMİŞTİR.
- SİTOLOJİK ÖRNEKTE "CD1A" VE "LANGERIN" İLE GÖZLENEN İMMÜNREAKİTVİTE ORANI KLİNİK OLARAK BELİRTİLEN "LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ" TANISI İÇİN LİTERATÜRDE* ÖNERİLEN (>%5) ORANIN ALTINDADIR.

*İLGİLİ LİTERATÜR:
Misbah Baqir, Robert Vassallo, Fabien Maldonado, Eunhee S Yi, Jay H Ryu. Utility of bronchoscopy in pulmonary Langerhans cell histiocytosis. J Bronchology Interv Pulmonol. 2013 Oct;20(4):309-12.

Hematoloji konsultasyonu

- ‘Hastada mevcut bulgularla Pulmoner Langerhans hücreli histiyositoz tanısı konulamaz, doku tanısı önerilir. Progresif olduğu görülen hasta tanı sonrasında onkolojik tedavi için uygun olabilir.’’
- Hastaya VATS- Wedge biyopsi önerildi, göğüs cerrahisine yönlendirildi.
- Transplantasyon merkezine yönlendirildi.

Olgu 2

63 yaşında erkek hasta

Şikayeti:3 aydır nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük, halsizlik

Exsmoker, 40 paket/yıl sigara

Tren garında çalışmış, emekli

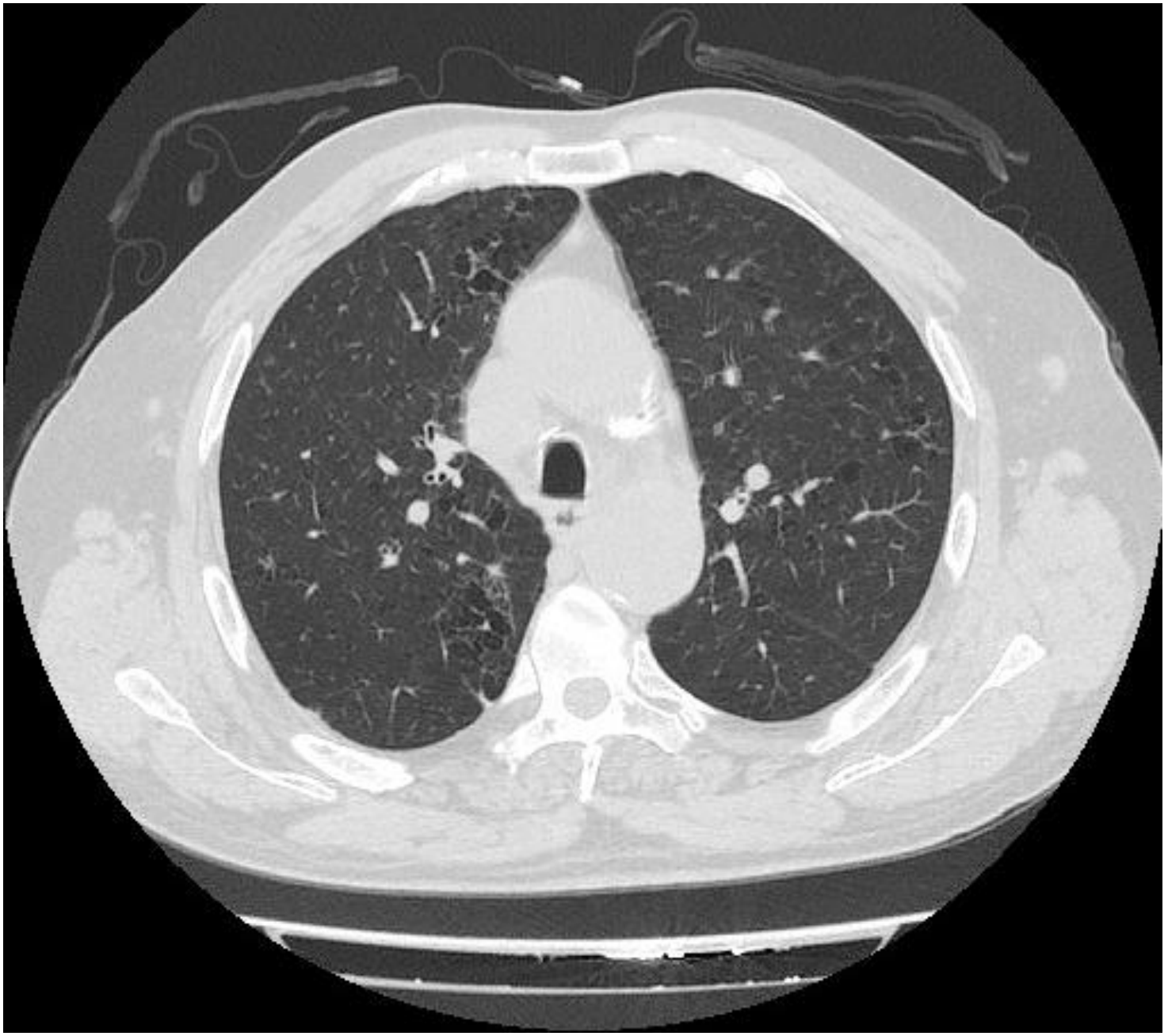
Ek hastalıkları: HT, KOAH, BPH

Kullandığı ilaçlar: perindopril 10 mg/amlodipin 10 mg, tiotropium 18 mcg, dutasterid 0,5 mg

Soygeçmiş: Ağabeyi lenfomadan ex

saO2:98 Solunum sistemi muayenesi: ral yok, ronkus yok

Başvuru PA Akciğer grafisi (2019)



- **Romatoloji konsultasyonu**:
- Sjögren? FM: artralji, dil kuru, hafif kızarık
- Tüm seroloji negatif
- ‘’Herhangi bir romatolojik hastalık tanısı konulmamıştır’’
- Hasta takibe alınıyor.
- Romatoloji tarafından B12, folik asit ve D vit başlanıyor.

- **Hematoloji konsültasyonu:**
- ‘’Hastada lenfoproliferatif bir hastalık düşünülmemiştir.’’

- **İmmunoloji konsültasyonu:**
- ‘’Hastada herhangi bir immun yetmezliğe rastlanmamıştır.’’

Bronkoskopi

- Normal endobronşial sistem
- Br mai ARB negatif, ARB PCR negatif, LJ kültür negatif
- Patoloji: mix inflamatuar hücreler

- **BAL**:Lenfosit: %15
  Nötrofil: % 10
  Makrofaj: %68
  CD4/CD8: 2.34

VATS-Wedge Biyopsi Patolojisi

MAKROSKOPİ

1- Sol üst lob wedge:2,5 x 2,5 x 1 cm ölçüsünde kama rezeksiyon piyesidir. Plevra yüzeyi düzenli alacalı görünümdedir. Parankim kesitleri hiperemik görünümdedir. TT3K
2- Sol alt lob wedge:4 x 1,5 x 1 cm ölçsünde kama rezeksiyon piyesidir. Plevra üzerinde 1,5 cm uzun insizyon hattı izlendi. Parankim kesitinde hiperemik görünümdedir. İnsizyon hattı altında 1,5 x 1 x 1 cm ölçüsünde nodüler yapı izlendi. BKT4K 2A-2B-2C-2CS
(7 blok+14 lam)

PATOLOJİK TANISI

1- AKCİĞER, SOL ÜST LOB; KAMA REZEKSİYON:
AMFİZEMATÖZ DEĞİŞİKLİKLER, FOLİKÜL YAPILARI İZLENEN LENFOSİTİK İNFİLTRASYON

2- AKCİĞER, SOL ALT LOB; KAMA REZEKSİYON:
YER YER GERMİNAL MERKEZLER YAPAN, FOLİKÜL YAPILARINDAN ZENGİN LENFOSİTİK İNFİLTRASYON (BKZ. YORUM)

NOT

OLGUDA AYIRICI TANIDA ÖN PLANDA LIP (LENFOSİTİK İNTERSTİSYEL PNÖMONİ) DÜŞÜNÜLMEKLE BİRLİKTE DÜŞÜK DERECELİ LENFOPROLİFERATİF HASTALIKLAR AYIRICI TANIDAN EKARTE EDİLEMEMİŞTİR. OLGUNUN KLİNİK VE RADYOLOJİK BULGULAR İLE BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ ÖNERİLİR.

IMMUNHİSTOKİMYASAL İNCELEME

TEKNIK: VENTANA-BENCHMARK ULTRA

KONTROLLER: STANDART POZITIF

PRIMER ANTİKORLAR:

BCL-2 (NOVOCASTRA- BCL2/100/D5)	: FOLİKÜL MERKEZİ DIŞI HÜCRELERDE POZİTİF
BCL-6 (GENEMED- IG19E/A8)	: GERMİNAL MERKEZLERDE POZİTİF
CD10 (GENEMED GM003 1/100)	: GERMİNAL MERKEZLERDE POZİTİF
CD20 (THERMO L26 1/250)	: FOLİKÜL YAPILARINDA POZİTİF
CD23 (MEDAYSIS-EP75)	: FOLİKÜLER DENDRİTİK HÜCRE AĞINDA POZİTİF
CD3 (NOVACASTRA - LN10 1/200)	: FOLİKÜL ÇEVRESİ KÜÇÜK LENFOİD HÜCRELERDE POZİTİF
CD5 (ORIGENE-UMAB9)	: FOLİKÜL ÇEVRESİ KÜÇÜK LENFOİD HÜCRELERDE POZİTİF
CYCLIND1 (BIOCARE EP12 1/100)	: NEGATİF
KAPPA (THERMO L1C1)	: POZİTİF
Ki-67 (THERMO-SP6)	: GERMİNAL MERKEZLERDE %90, PARAFOLİKÜLER ALANDA %10-15
LAMBDA (GENEMED- HP6054)	: POZİTİF

PATOLOJİK TANI :

1- AKCİĞER SOL ÜST LOB, KAMA REZEKSİYON; 878 PROTOKOL NOLU 7 ADET PARAFİN BLOK VE 7 ADET H/E BOYALI LAM (SÜREYYAPAŞA EAH), KONSÜLTASYON:

- İNTERTİSYUMDA LENFOSİT VE PLAZMA HÜCRE ARTIŞI, FİBROZİS (LENFOSITIK INTERTISYEL PNÖMONİ İLE UYUMLU HİSTOPATOLOJİK BULGULAR)

2- AKCİĞER SOL ALT LOB, KAMA REZEKSİYON; 878/20 PROTOKOL NOLU 7 ADET PARAFİN BLOK VE 7 ADET H/E BOYALI LAM (SÜREYYAPAŞA EAH), KONSÜLTASYON:

- NODÜLER LENFOİD HİPERPLAZİ

48 mg /gün prednizolon ile tedavi başlandı.

El ve ayaklarda uyuşma hissi oldu

Nöroloji ile konsulte edildi.

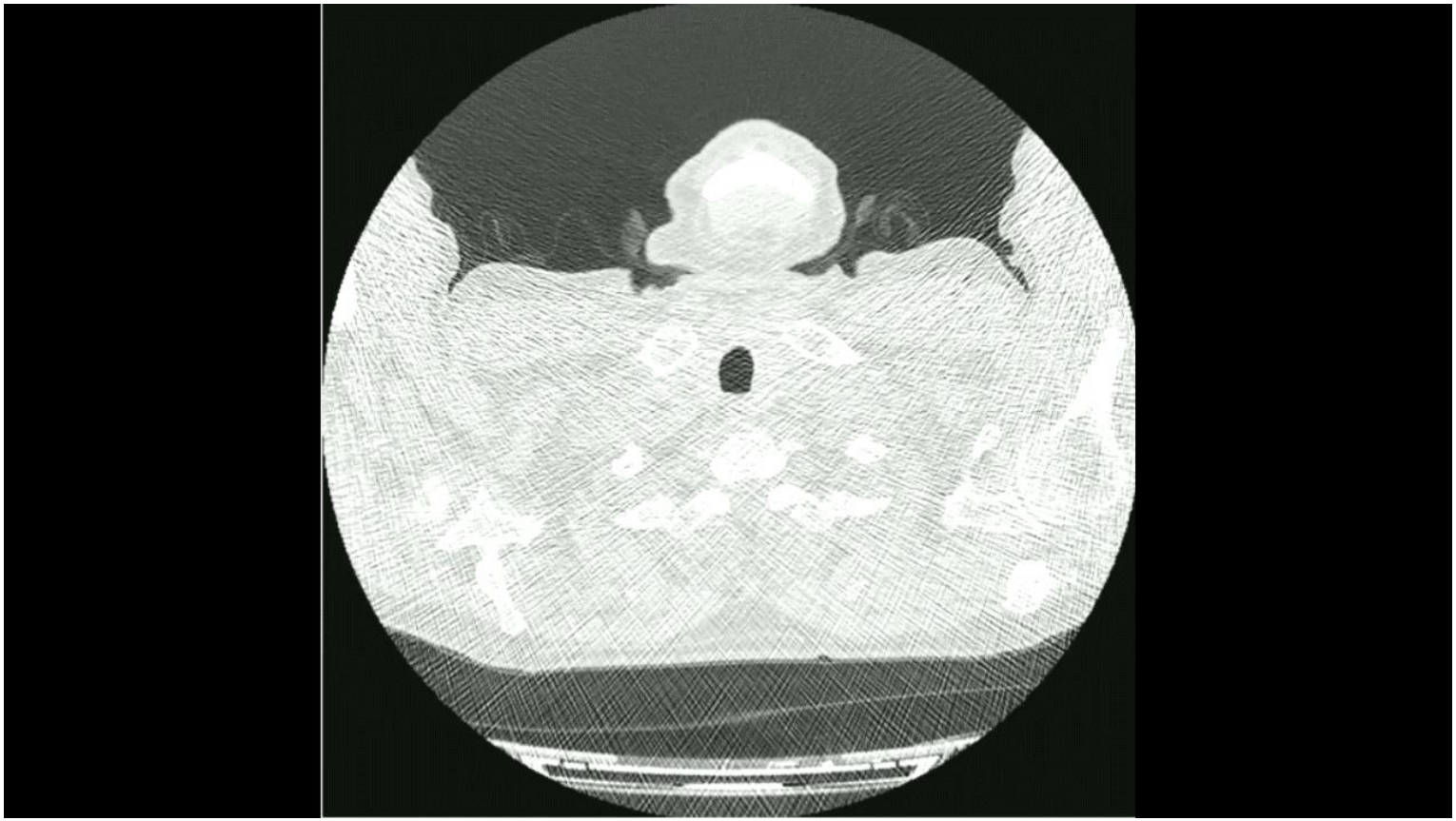
Hasta dönem dönem B12, folik asit, hidroksikobalamin, gabapentin tx aldı.

Steroid doz azaltma uygulandı.

Kontrolleri ve etkinlik değerlendirme yapıldı.

Prednol 16 mg ile tx ye devam ediliyor.

PA Akciğer Grafisi (2021)



Teşekkür Ederim