

Diffüz İnterstisyel Akciğer Hastalıkları (Retrospektif Bir Değerlendirme)

Şükran Atıkcın, Dilek Ernam, Figen Atalay, Ebru Ünsal

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Son dört yılda kliniğimizde diffüz akciğer lezyonları nedeniyle tetkik edilen ve tanıya gidilen 37 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaş ortalaması 54 ± 17.6 olup, 20'si kadın, 17'si erkekti. Olguların 11'i İPF, 10'u sarkoidoz, 4'ü kollajen doku hastalığı, 3'ü pnömokonyoz, 3'ü lenfanjitis karsinomatoza, 1'i eozinofilik granülom ve 1'i üremik akciğer tanısı alırken, 4'ünde spesifik tanıya ulaşılamamıştı.

Tanı yaklaşımında 23 olguya yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) çekildiği, 18 olguda bronkoskopi uygulanarak bronkoalveoler lavaj (BAL) ve transbronşiyal akciğer biyopsisi (TBAB) yapıldığı görüldü. 9 olguda TBAB tanı koydurucu olmuştu. BAL sonuçlarının özellikle sarkoidozlu olgularda tanıya katkısı daha önemliydi. Açık akciğer biyopsisi (AAB), TBAB'si ile sonuç alınamayan 7 olguda uygulanmış, 6 olguda kesin tanıya gidilmişti. 2 olguda skalen lenf bezi biyopsisi, 1 olguda mediastinoskopik biyopsi, 2 olguda cilt biyopsisi, 1 olguda torakotomi ile doku tanısına ulaşılmıştı. Olgularımızın 21'i (%56.7) patolojik doku tanısı almıştı. Oniki olguda (%32.5), öykü, klinik ve radyolojik verilerle olası tanıya varılmış, 4 olguda (%10.8) ise spesifik tanıya ulaşılamamıştı.

Akciğer Arşivi: 2003; 4: 207-212

Anahtar Kelimeler: Diffüz interstisyel akciğer hastalığı, transbronşiyal biyopsi, BAL, tanı

SUMMARY

Diffuse Interstitial Lung Disease (A Retrospective Analysis)

In this study, 37 patients who were diagnosed with the lung lesions in our clinic in the last four years were evaluated retrospectively. The median age of cases was 54.4 ± 17.6 years with 20 female and 17 male patients. Eleven of the cases were diagnosed as idiopathic pulmonary fibrosis (IPF), 10 patients sarcoidosis, 4 patients collagen vascular disease, 3 patients pneumoconiosis, 3 patients lymphangitic carcinomatosis, 1 patient eosinophilic granuloma and 1 patient was uremic lung disease. Specific diagnosis was not established at 4 patients.

High resolution computerized tomography (HRCT) was performed in 23 cases for the diagnosis. Bronchoscopy was performed in 18 patients to take bronchoalveolar lavage (BAL) and transbronchial lung biopsy. In 9 patients transbronchial lung biopsy was diagnostic. Especially in the cases with sarcoidosis BAL was more useful for the diagnosis. Open lung biopsy was carried out in 7 patients who were not diagnosed by transbronchial lung biopsy. Specific diagnosis was achieved in 6 patients. 2 cases were diagnosed by scalen lymphoid tissue biopsy, 2 patients by skin biopsy, 1 patient by mediastinoscopic biopsy and 1 patient was diagnosed by toracotomy. Only 21 patients (56.7%) had pathologic diagnosis. Diagnosis was established at 12 patients (32.5 %) with medical history, clinical and radiological data, 4 cases (10.8 %) did not have specific diagnosis.

Archives of Pulmonary: 2003; 4: 207-212

Key Words: Diffuse Interstitial Lung Disease, transbronchial Biopsy, BAL, diagnosis

Giriş

Diffüz interstisyel akciğer hastalıkları (DİAH), akciğerin interstisyel ve alveoler kompartmanlarını etkileyen çeşitli inflamatuvar/ fibrotik hastalıklardır. 150'den fazla hastalık olduğu düşünülmektedir. Bu hastalıkların %25-30'unda etyoloji bilinirken, diğerlerinde etyolojik faktörler tam olarak belirlenmemiştir (1). Bu nedenle DİAH'da tanı, takip ve tedavi büyük bir sorundur. Tanı için çeşitli stratejiler geliştirilmiş olmasına rağmen, en gelişmiş merkez-

lerde bile her zaman tanı koymak olası değildir. Tanı için öykü, klinik ve radyolojik yöntemlerin yanısıra invaziv girişimlere de gerek duyulmakta, çoğu zaman tüm bulguların bir arada yorumlanması ile sonuca gidilebilmektedir (2,3). Bildirilen 1234 olguluk bir seride 502 (%40) olguda açık akciğer biyopsisi ile tanıya gidilebilmiştir (4).

Ülkemizde DİAH'la ilgili epidemiyolojik veriler yoktur. Sarkoidozis ile ilgili çalışmalar, İPF ile ilgili derleme ve olgu sunumları vardır (5,6). Amerika Birleşik Devletleri'nde prevalans 3-26/100.000 olarak bildirilmektedir (3). Aynı ülkede 1979-1991 yıllarında fibrozise bağlı ölümler %0.4 olarak saptanmış ve yıllara göre de bu oranda artış gözlenmiştir (7).

Yazışma Adresi: Dr. Şükran Atıkcın
Mithatpaşa cad. Durukan apt. 8/20, Sıhhiye/Ankara
Tel: 0 312 4315171

Biz kliniğimizde son 4 yılda izlediğimiz DİAH'lı olgularımızda tanı yaklaşımımızı ve uygulayabildiğimiz tedavilerini literatür eşliğinde incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde 1997-2001 Eylül tarihleri arasında yararak interstisyel akciğer hastalığı ön tanısı ile araştırılan hastaların dosyaları incelendi. Kalp yetmezliği ve enfeksiyon hastalıkları olan olgular çalışmaya alınmadı. DİAH olarak kesin doku tanısı olan olgularla birlikte, doku tanısı olmayan, öykü, klinik, radyolojik, fizyolojik parametrelerle tanıya gidilen olgular çalışmaya alındılar. Tüm olgular, uygulanan tanısız girişimler, biyopsi yöntemleri, histopatolojik tanı oranları ve ulaşılan tanılar yönünden değerlendirildi. Olgular tanılara göre gruplandırıldı. Takip edilebilen olgularda tedaviler gözden geçirildi.

Bulgular

Dosyaları incelemeye alınan 37 olgunun 20'si (%54.1) kadın, 17'si (%45.9) erkekti. Yaş ortalaması 54±17.6 yıldır. Onbir (%29.72) olguya idiopatik pulmoner fibrozis (İPF), 10 (%27.02) olguya sarkoidoz, 4 (%10.8) olguya kollajen doku hastalığı, 3 (%8.10) olguya lenfanjitis karsinomatoza, 3

(%8.10) olguya pnömokonyoz, 1(%2.7) olguya eozinofilik granülom ve 1 (%2.7) olguya üremik akciğer tanısı konmuştu. 4 (%10.8) olguda spesifik tanıya gidilememişti (Tablo I).

İPF tanısı alan 11 olgunun 7'si erkek, 4'ü kadındı. Yaşları 38-72 yıl (medyan 56) arasında değişmekteydi. Radyolojik bulgular İPF ile uyumlu idi. 1 olguya BT, 10 olguya YRBT çekilmişti. Bal peteği görünümü, buzlu cam görünümü, intralobüler interstisyel kalınlaşmalar, traksiyon bronşektazileri, düzensiz interlobüler septal kalınlaşma ve lezyonların alt zonlarda posterior yerleşimi ile periferde ve subplevral yerleşimi gibi YRBT bulguları tipikti. Olgularda öykü, fizik muayene, laboratuvar bulguları başka bir etyolojiyi destekler nitelikte değildi. Kollajen doku hastalıklarına yönelik tetkikler 6 olguya yapılmıştı ve sonuçlar negatifti. Sekiz (%72.7) olguda akciğer biyopsisi ile tanıya ulaşılmıştı, 5 olguda TBAB, 3 olguda AAB uygulanmıştı. İPF'de patolojik tanılar ve biyopsi yöntemleri Tablo II'de görülmektedir. 3 olgu sadece klinik, radyolojik ve fizyolojik parametrelerle tanı almıştı. Bunlardan 2 olgunun YRBT'sinde yoğun balpeteği görünümünden dolayı, diğer olgunun ise ileri yaşta (>70) olması nedeniyle biyopsi yapılamamıştı.

İPF'li 8 olguya BAL yapılmıştı. BAL sonuçlarında makrofajlarda artışla beraber nötrofillerde de artış

Tablo I: DİAH'lı hastalarda tanılar ve oranları.

TANI	Olgu Sayısı (n)	%
İPF	11	29.7
Sarkoidoz	10	27
Kollajenoz + DİF	4	10.8
Pnömokonyoz	3	8.1
Lenfanjitis karsinomatoza	3	8.1
Eozinofilik granülom	1	2.7
Üremik akciğer	1	2.7
Tanı almayan	4	10.8
TOPLAM	37	100

Tablo II: İPF'li olgularda biyopsi yöntemleri ve patolojik tanılar.

Patolojik Tanı	Olgu Sayısı (n)	TBAB	AAB
Deskuamatif İP	5	3	2
Usual İP	2	1	1
Nonspesifik İP	1	1	-
Doku tanısı olmayan	3	-	-
TOPLAM	11	5	3

vardı (Tablo III). Bir olguda makrofaj ve nötrofillerle birlikte lenfositler de artmıştı. Sekiz olguya steroid tedavisi uygulanmıştı. Bu olgulardan 3'ü tedaviden kısmen faydalanmış, 3'ü exitus olmuş, 2 olgumuz ise takibimizden çıkmıştı. Semptomatik tedavi verilen 3 olgumuzdan 2'sinin halen takip edildiği, birinin ise kontrole gelmediği görüldü. Tedavi yanıtları, BAL'daki alveolitin tipi yönünden incelendiğinde tedaviden yarar gören 3 olgunun 2'sinin nötrofil alveoliti, 1'inin lenfosit alveoliti olduğu görüldü. Patolojik tip olarak bakıldığında ise, 2 olgu usual interstisyel pnömoni, 1 olgu desquamatif interstisyel pnömoni idi. Sarkoidoz tanısı alan olguların 7'si kadın, 3'ü erkekti. Yaşları 28-57 yıl (medyan 44) arasındaydı. Olguların 8'inde YRBT, 2'sinde BT çekilmişti. YRBT de orta ve üst zonlarda yoğun olmak üzere milier interstisyel, nodüler görünüm ve buzlu cam manzarası bulguları ağırlıktaydı. 7 olguya bronkoskopi uygulanmış, BAL ve TBAB'si yapılmıştı. 9 (%90) olguda doku tanısı mevcuttu (Tablo IV). Doku tanısı olmayan olgumuz biyopsiyi kabul etmemişti. İki taraflı hiler lenfadenopatisi, interstiyel infiltrasyonu ve parotis tutulumu vardı.

Sarkoidozlu hastalar arasında BAL alınan 7 olgumuzda lenfosit hakimiyeti ve CD4/CD8 oranında artış, sarkoidoz tanısını destekliyordu. Olgularımızdaki CD4 ve CD8 değerleri ile birbirlerine oranları Tablo III'de görülmektedir. Tanı sırasında 6 olgu Evre II, 4 olgu Evre III olarak değerlendirildi. 3 olguda

extrapulmoner tutulum vardı (cilt, parotis, göz). Sarkoidozlu olguların 7'sinde steroid tedavisi başlanmış, Evre III olan 2 olgu semptomatik tedaviye alınmıştı, 1 olgu tedaviyi kabul etmemişti. Üç olgunun tedavisi tamamlanmış olup, halen kontrolümüz altındadır. İki olgunun tedavisi devam etmektedir. İki olgumuz ise takibimizden ayrılmıştır.

Dört olguda kollajen doku hastalığına bağlı interstiyel tutulum vardı. Olguların ikisine YRBT çekilmişti, 3'üne bronkoskopi, TBAB ve BAL yapılmıştı. Olgularımızın 2'si romatoid artrit (RA), 1'i sistemik lupus eritematozus (SLE), diğeri ise skleroderma idi. RA'li olgulardan birinde ve SLE'li olgumuzda TBAB sonucu negatifti. Cilt biyopsisi ile tanı alan olgu immüno-loglar ile konsülte edilerek tanı doğrulandı. Diğer RA'li olgumuzda ise tanı ortalama 10 yıl önce konmuştu. Akciğerdeki lezyon klinik ve radyolojik olarak RA'e bağlı interstiyel tutulum olarak kabul edildi.

Bir olguda eozinofilik granüloma tanısı torakotomi ile konmuştu. Steroid tedavisi verilen hastamız hala kontrolümüz altındadır.

Üç olguda lenfanjitis karsinomatoza klinik ve radyolojik bulgularla teşhis edildi. Olguların ikisi adenokarsinom diğeri ise meme kanseri tanısı almıştı. Üç olguda pnömokonyoza bağlı diffüz interstiyel fibrozis tesbit edildi. İki olgumuz 20 yıldan daha fazla süre kömür madeninde çalışmıştı, 1 olgumuz ise 30 yıl cam işçiliği yapmıştı. Mesleki maruziyet öyküsü, klinik ve radyolojik bulgularla tanıya gidil-

Tablo III: Olgularımızda BAL sıvısındaki hücre dağılımı.

	Makrofaj %	Nötrofil %	Lenfosit %	CD4 %	CD8 %	CD4/CD8
İPF (n:8)	90,9±25,4	6,4±4,80	2,65±7,3	47,6±7,51	26,5±1,2	1,79±4,5
Sarkoidoz (n:7)	72,08±12,83	2,14±6,63	25,7±13,63	72,3±12,18	22,5±11,8	3,21±3,2
Kollajen Doku Hastalıkları (n:3)	87,7±10,03	8,1±24,86	3,2±6,12	42,1±8,2	32,3±3,4	1,30±2,8

Tablo IV: Sarkoidozlu olgularda biyopsi metodları.

Biyopsi Metodları	Olgu Sayısı (n)	%
Skalen	2	20
TBAB	2	20
AAB+Transbronşiyal biyopsi	3	30
Mediastinoskopi+TBAB	1	10
Cilt biyopsisi+TBAB	1	10
Doku tanısı olmayan	1	10
TOPLAM	10	100

di, invaziv girişim uygulanmadı. Semptomatik tedavi uyguladığımız olgularımız düzenli olmasa da kontrollerimize gelmektedir.

Bir olgumuzda üremik akciğer düşünülürdü. Düzenli hemodializ programı sonrası lezyonlarda düzelme olması tanımızı doğruladı. Dört olguda klinik ve radyolojik olarak DİAH düşünülmesine rağmen 2 olgu solunum yetmezliğinde olduğundan ileri tetkik yapılamadığı, 1 olgunun kısa sürede exitus olduğu, diğer olgunun ise tetkiki kabul etmediği görüldü.

Tartışma

Çalışmamızda DİAH'lı olguların çoğunluğunu İPF (%29.7) ve sarkoidoz (%27.02) oluşturmaktaydı. Bunları yüzde oranlarına göre kollajen doku hastalıkları, pnömokonyozlar ve lenfanjitis karsinomatoza izlemekteydi. Eozinofilik granüloma ve üremik akciğerli birer olgumuz oldu (Tablo I). Literatürde açık akciğer biyopsisi ile tanı konulan olguların dağılımı; İPF %35, granümatozisli olgular %16.6, pnömokonyoz %14.7, malignite %5.2, bronşiolitler %2.2, nadir görülen spesifik tanısı olanlar %8.6, allerjik olgular %6.8 ve enfeksiyonlar, plevra hastalıkları, kardiyak nedenlere bağlı %16.9 olarak bildirilmiştir (3).

DİAH'da tanı klinisyenler için büyük bir sorundur. DİAH öyküye veya predispozan faktörlere dayanarak çevresel etmenlere veya akciğer tutulumu gösteren sistemik, multiorgan bir hastalığa bağlanabilir. Pnömokonyozlar, kollajen doku hastalıkları, önceden malignitesi tesbit edilen ve akciğer tutulumu olan hastalar bu grupta sayılabilirler. Bu grup hastalıklarda tanıda zorlanılmaz, nadiren invaziv biyopsi yöntemlerine başvurulur.

Hastalık bu kategorilere uymuyorsa sebep belli değildir ve tanı için sıklıkla invaziv girişimlere ihtiyaç duyulur (2,3). Olgularımıza bu yönden bakıldığında pnömokonyoz, lenfanjitis karsinomatozada öykü, klinik ve radyolojik verilerle tanıya ulaştığımız görüldü. Kollajen doku hastalıklarında ise RA'li bir olgunun tanısı önceden vardı ve klinik, radyolojik bulgular akciğer tutulumu yönünden destekliyordu. Diğer olgularımız önceden tanı almamışlardı, solunum sistemi şikayetleri ön plandaydı, o nedenle invaziv metodlara başvurulmuştu.

DİAH'ın standart akciğer grafisi ile değerlendirilmesi sonucu %10 olgu atlanabilir. Konvansiyonel BT, 8-10 mm'lik kesitlerle radyografik olarak normal olan DİAH'ın ortaya çıkarılmasında katkı sağlar.

YRBT'de ise kesit kalınlığının çok ince olması (1-3mm), akciğer ince anatomisini, yüksek rezolüsyonlu rekonstrüksiyon algoritmi (kemik algoritmi) ise incelenen yapıların kenar keskinliğinin görüntülenmesine olanak sağlar. Aktif ve reversibl hastalıkları, fibrotik ve irreversibl hastalıklardan ayırdedebilir. Lezyonların anatomik dağılımı ve radyografik paterni hakkında bilgi verir (8). Böylece hastalığın tanısında, izlenmesinde biyopsi yerinin saptanmasında ve tedavinin yönlendirilmesinde yararlıdır (9). Olgularımızın %62.1'ine YRBT çekildiği görüldü. İzlenen lezyonların anatomik dağılımı incelendiğinde, İPF ve kollajen doku hastalıklarında alt zonlarda, sarkoidozis ve pnömokonyozlu olgularda orta ve üst zonlarda, lenfanjitis karsinomatoza ve üremik akciğerde orta ve alt zonlarda lezyonlar vardı. Lezyonların radyolojik paternleri ise; İPF'de retiküler ve retikülonodüler görünümünün yanı sıra bal peteği görünümü de vardı. Sarkoidoziste ise milier ve interstiyel nodüler görünüm ağırlıklı idi, bunlara ilaveten lineer ve retiküler görünüm de vardı. Olgularımızın YRBT'deki özellikleri literatürle uyumlu olarak bize tanıda, biyopsi yerinin tesbitinde ve tedavi planlanmasında yardımcı olmuştu. YRBT ile radyolojik görünümü spesifik olan akciğer hastalıklarında biyopsisiz tedavi ve değerlendirme yapılabilir görüşü son yıllarda öne çıkmaktadır. Klinik ve radyolojik olarak silikozis, sarkoidozis, lenfanjitis karsinomatoza, hipersensitivite pnömonileri, asbestozis, eozinofilik granüloma, konstriktif bronşiolit, skleroderma, lenfanjioleiomyomatoziste tanı konabileceği bildirilmektedir (10-12). Bizim İPF'li olgularımızdan 3'üne, pnömokonyoz ve lenfanjitis karsinomatozal olgularımızın tamamına ve üremik akciğer olgumuza klinik ve radyolojik olarak tanı konduğu, yoğun bal peteği görünümü olan 2 İPF'li olgumuzda ise tedavi yaklaşımımızda etkili olarak, semptomatik tedavi başlandığı görülmüştür. DİAH'da BAL'ın tanıdaki yeri incelendiğinde, akciğerde normalin üzerinde enflamatuvar hücre birikimi ile karakterize olan bu grup hastalıklarda BAL sıvısında farklı hücre gruplarındaki artışlar, subklinik hastalığın belirleyicisi olabilir. Özellikle nötrofil ve eozinofillerde olmak üzere granülosit artışı İPF, ARDS ve LCH (Langerhans cell histiyositozis)de görülürken, lenfosit sayısındaki artış granümatöz hastalıklarda ve ilaca bağlı akciğer hastalıklarında olur. CD4/CD8 lenfosit oranı değerinin kullanılması ile bu hastalıklar için tanısal spesifikite bir miktar artmaktadır (13,14).

Olgularımızın %48.6'sında BAL sıvısı alınmıştır; sarkoidozlu olgularımızda lenfosit hakimiyeti mevcutken, İPF'ye bağlı DİF'te makrofajlarda artışla birlikte nötrofillerde de artış vardı, kollajen doku hastalıklarında ise nötrofil hakimiyeti görüldü. Sarkoidozlu olgularımızın %87'sinde CD₄/CD₈ oranı yüksek bulunmuştu (Tablo III).

BAL'da baskın hücre tipi prognostik bilgiler de sağlayabilir. Çeşitli hastalıklarda nötrofil alveolitinin varlığı kötü prognoz göstergesi iken, lenfosit iyi prognoza işaret etmektedir (15,16). Bizim çalışmamızda sarkoidozlu olgularımızın tamamında lenfositik alveolit vardı ve tedaviye yanıtları iyi idi. İPF'li olgularımızdan steroid tedavisinden kısmen yararlanan, 3 olgudan ikisinin nötrofil alveolit, 1'inin lenfosit alveoliti olduğu görüldü.

DİAH'da tanısal yaklaşımın en son basamağını biyopsi yöntemleri oluşturmaktadır. Biyopsi yöntemlerinde, transbronşial akciğer biyopsisinden (TBAB) daha invaziv olan açık akciğer biyopsisine (AAB) kadar uzanan bir yelpaze vardır. Olgularımıza uygulanan biyopsi yöntemleri Tablo V'de özetlenmiştir.

TBAB'si lokalize ve diffüz akciğer parankim hastalığı olanlarda, özellikle patolojik anormalliklerin peribronkovasküler alanda yoğunlaştığı olgularda faydalıdır. Başlangıç tanısal prosedür olarak önerilmektedir. Bununla birlikte alınan materyalin küçük olması TBAB'nin yararını kısıtlamaktadır (17). Hastalık sürecinin irregüler dağılım göstermesi ve pulmoner parankim fibrozisinin spesifitesinin dü-

şük olması nedeniyle histopatolojik tanının klinik ve radyolojik verilerle desteklenmesi gerekir (18). Bizim olgularımızın 18'ine TBAB'si uygulanmış, 9 (%50) olguda doku tanısına ulaşılmıştır (Tablo VI). Literatürde bu oran %50-90 arasında bildirilmektedir (18). Oğul ve arkadaşları yaptıkları çalışmada TBAB ile tanı oranını %71.8 olarak bulmuşlar (19), Ertürk ve arkadaşları ise %64.7 oranında tanıya ulaşımlardır (20).

Skalen lenf nodu biyopsisinin sarkoidoz dışındaki hastaların tanılarında yardımcı olmadığı bilinmektedir. Geçmişte sarkoidozda skalen lenf nodu biyopsisi ile tanı oranı %75 olarak bildirilirken son zamanlarda TBAB'nin daha sık kullanıldığı ve skalen biyopsinin yerini aldığı bildirilmektedir (21). Bizim sarkoidozlu olan 2 olgumuzda skalen lenf nodu biyopsisi uygulanmış ve tanı koydurucu olmuştu. Mediastinoskopi, mediastinal lenf adenopatisi olan olgularda (özellikle hiler adenopatisi olmayan sarkoidozlularda) tüberküloz ve malignitenin ekarte edilebilmesi için yapılmalıdır (3). Bizim mediastinal lenfadenopatisi olan ve TBAB'si ile tanı konulamayan 1 olgumuzda mediastinoskopi uygulanmış ve sarkoidoz tanısı konmuştu.

Açık akciğer biyopsisi ve torakoskopi eşliğinde açık akciğer biyopsisi tanı için son basamaktır ve uzun yıllardır en iyi metod 'altın standart' olarak kabul edilmektedir (2,4). Son yıllarda tanı ve görüntüleme yöntemlerindeki ilerlemeler nedeniyle rolü yeniden değerlendirilmekte ve tartışılmaktadır. İPF

Tablo V: Tüm olgularımıza uygulanan biyopsi yöntemleri.

Biyopsi Şekli	Olgu sayısı (n)	(+)Sonuç alınanlar	(-)Sonuç alınanlar
TBAB	18	9	9
AAB	7	6	1
Skalen biyopsi	2	2	-
Mediastinoskopi	1	1	-
Cilt biyopsisi	2	2	-

Tablo VI: TBAB ile elde edilen tanıları ve sonuçları.

	Olgu sayısı (n)	%
TBAB ile tanı konulan	9	50
İPF	5	27.8
Sarkoidoz	2	11.1
Kollagenaz+DİF	2	11.1
TBAB ile tanı konulamayan	9	50
TOPLAM	18	100

tanısı için AAB'nin gerekmediği bazı durumlar mevcuttur. AAB, nonspesifik başka bir nedenle açıklanamayan dispne olması, extrapulmoner bulgu olmaması, bilateral interstiyel radyolojik bulgu olması, hiler adenopatinin olmaması, kollajen doku hastalığının olmaması, tipik fizyolojik anormallikler ve hastanın 65 yaş üstünde olması durumunda her zaman tanı için şart değildir. AAB, nispeten genç hastalarda ateş, kilo kaybı, terleme, hemoptizi gibi semptomların, periferik vaskülit bulgularının, extrapulmoner bulguların ve tekrarlayan pnömotoraksın varlığında, atipik radyolojik görünüm veya normal akciğer grafisi olduğunda ve hızlı progresyon gösteren olgularda kesinlikle endikedir (9). Olgularımızdan TBAB'si ile sonuç alınamayan 7 olguya açık akciğer biyopsisi uygulanmış, 6 (%85) olguda tanıya ulaşılmıştır.

Sonuç olarak; 21 (%56.7) olguda kesin doku tanısına, 12(%32.5) olguda öykü, klinik ve radyolojik verilerle olası tanıya ulaşıldığı, 4 (%10.8) olguda ise spesifik tanıya ulaşılamadığı görüldü. Tedavi açısından değerlendirildiğinde sarkoidozlu olgularımızda takip ve tedavide daha başarılı olduğumuz görüldü. DİAH'ta tanıya ulaşmanın zor olduğu, öykü, klinik, radyolojik bulguların birlikte titizlikle değerlendirilmesinin gerektiği, tolere edebilen olgularda bronkoskopi, TBAB ve BAL yapılmasının tanıda önemli olduğu, sonuç alınamayan olgularda ise AAB uygulanmasının gerekliliği görüldü. Hastalarımızın kontrollerinin YRBT, solunum fonksiyon testleri, diffüzyon kapasitesi ölçümü ile yapıldığı, ancak hastaların yeterince uyum sağlayamadıkları gözlemlendi.

Kaynaklar

- Özdemir Ö. İnterstiyel Akciğer Hastalıklarının Genel Özellikleri. Numanoğlu N (Editör). Solunum Sistemi ve Hastalıkları. Ankara: Antıp, 2001. 486-97.
- Reynolds HY. Diagnostic and management strategies for diffuse interstiyel lung disease. Chest 1998; 113:192-202.
- Raghu G. İnterstiyel Lung Disease: A clinical overview and general approach. In: Fishman AP ed. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. Third edition. New York: McGraw-Hill, 1998;1037-57.
- Gaensler EA, Carrington CB. Open biopsy for chronic diffuse infiltrative lung diseases: clinical, roentgenographic and physiological correlation in 502 patients. Ann Thorac Surg 1980;30:411-27.
- Arbak P, Karacan Ö, İdilman R ve ark. İdiopatik Pulmoner Fibrozis(12 olgu nedeni ile).Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2000; 48(1):57-62.
- Kaya A,Alper D.Sarkoidoz :Tanım, Sınıflama, Epidemiyoloji. İn.Alper D,Kumbasar Ö Ö(eds).Güncel Bilgiler Işığında Sarkoidoz.Bilimsel Tıp Yayınevi,Ankara;1999:5-11.
- Mannino DM, Etzel RA, Parrish RG. Pulmonary fibrosis deaths in the United States, 1979-1991. An analysis of multiple cause mortality data. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153:1548-52.
- Wells AU, Hansel DM, Rubens MB, et al. The predictive value of appearances on thin section computed tomography in fibrosing alveolitis. Am Rev Respir Dis 1993;148: 1076-82.
- Raghu G. İnterstiyel lung disease. A diagnostic approach. Are CT scan and lung biopsy indicated in every patient? Am Resp Crit Care Med 1995;151:909-14.
- Swensen SJ, Aughenbaugh GL, Myers JL. Diffuse lung disease diagnostic accuracy of CT in patients undergoing surgical biopsy of the lung. Radiology 1997; 205:229-34.
- Franquet T, Gimenes A, Monill JM, et al. Primary Sjogren's Syndrom and associated lung disease: CT findings in 50 patients. AJR 1997;169: 655-58.
- Vallyathan V, Brower PS, Green FHY, Attfield MD. Radiographic and pathologic correlation of coal workers pneumoconiosis. Am J Respir Crit Care Med 1996; 154: 741-8.
- Walaert B, Hatron R, Grosbois J, et al. Subclinical pulmonary involvement in collagen-vascular disease assessed by bronchoalveolar lavage. Am Rev Respir Dis. 1986;133:574-80.
- Winterbauer RH, Lammert J, Selland M, et al. Bronchoalveolar lavage cell population in the diagnosis of sarcoidosis. Chest 1993; 104:352-61.
- Turner-Warwick M. Burrows B, Johnson A. Cryptogenic fibrosing alveolitis: Clinical features and their influence on survival. Thorax 1980;35:171-80.
- Haslam PL, Turton CWG, Lukoszek A, et al. Bronchoalveolar lavage fluid cell counts in criptogenic fibrosing alveolitis and their relation to therapy. Thorax 1980; 35:328-39.
- Schwarz MI, King TE, Cherniack RM. Principles of and Approach to the Patient with Interstitial Lung Disease. In: Murray JF, Nadel JA(eds). Textbook of Respiratory Medicine. WB Saunders Company. Philadelphia; 2000; 1666-67.
- Kvale PA. Bronchoscopic biopsies and bronchoalveolar lavage. Chest Surgery Clinics of North America 1996;62:205-22.
- Oğul EÇ, Gür A, Barcan F, et al. Diffüz akciğer lezyonlarında transbronşiyel biyopsinin tanı değeri. Solunum Hastalıkları 1999;10:259-62.
- Ertürk A, Gülhan M, Çapan N, et al. Diffüz interstiyel akciğer hastalıkları (58 olgunun retrospektif değerlendirilmesi). Solunum Hastalıkları 2000;11:367-75.
- Sarcoidosis. Diagnosis of Disease of the Chest (fourth edition). Fraser RS, Müller LN, Colman N, Pare PD (eds). WB. Saunders Company 1999:1570-71.