

## Sarkoidoz'un Noduler Dalak Tutulumu

### *Nodular Spleen Involvement In Sarcoidosis*

Serdar KALEMCI<sup>1</sup>, Ekrem KARAKAŞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep AV Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>Sanlıurfa OSM Hastanesi

#### ÖZET

Sarkoidoz sebebi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. En sık akciğerler etkilenir. Bunu sıklık sırasına göre lenf nodları, gözler, cilt, karaciğer ve dalak izler. Bilateral hiler lenf adenopati (LAP) en sık görülen radyolojik paterndir. Akciğer infiltrasyonu sıkça eşlik eder. Abdominal tutulum nadirdir. Radyolojik görünüm lenfadenopati, splenomegali, hepatomegali, hipovasküler karaciğer ve dalakta noduler lezyonlar şeklindedir Otopsi serilerinin %50-80'inde karaciğer, dalak tutulumu histolojik olarak kanıtlanmasına rağmen, bu organların disfonksiyonu sık değildir ve sadece dalak tutulumu nadir görülür. Bu yazıda abdominal BT'de karaciğer tutulumu olmayan, ancak dalakta çok sayıda hipodens noduler lezyonları olan sarkoidoz vakası bildirildi.

**Anahtar kelimeler:** sarkoidozis, dalak, izole.

#### ABSTRACT

Sarcoidosis is a multisystemic disease of unknown etiology. The lungs are the most common affected organ. In order of frequency lymph nodes, eyes, skin, liver and spleen involvement occurs. The most common radiographic pattern is bilateral hilar adenopathy. Lung infiltration commonly occupies. Abdominal involvement is rare. In radiographic evaluation lymph adenopathy, splenomegaly, hepatomegaly hypovascular liver and nodular lesion in spleen is seen. Although histologic evidence of sarcoidosis involving the liver and spleen is seen in 50%–80% of autopsy specimens, dysfunction of these organs is uncommon and solitary involvement of spleen is reported rarely. Here we report a case of a patient with numerous hypodense nodular splenic lesions and without liver involvement on abdominal CT.

**Key words:** sarcoidosis, spleen, solitary.

#### GİRİŞ

Sarkoidoz etyolojisi bilinmeyen non-kazeifiye granülomatoz lezyonlarla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Hayatın üçüncü ve beşinci dekatları arasında sık görülür. Kadınlarda erkeklere oranla biraz daha siktir. Beyaz ırkta 100000'de 20, siyah ırkta 100000'de 80 sıklıkta görülmektedir. Sebebi bilinmemekle beraber genetik, çevresel, infeksiyöz nedenler suçlanmaktadır. Çoğu olgu asemptomatiktir. Nonspesifik semptomları (kilo kaybı, ateş, halsizlik vs.)

olabilir veya tutulan organa ait semptomları bulunabilir. Uygun klinik ve radyolojik görünüm ile beraber dokuda nonkazeifiye granülomların görülmesi ve buna yol açabilecek nedenlerin dışlanması ile tanısı konur. En sık akciğerler etkilenir. Ekstrapulmoner tutulum siktir. Sıklık sırasına göre lenf nodları, gözler, cilt, karaciğer ve dalak tutulabilir. İzole bir ekstrapulmoner hastalık (hastaların %10'dan azı) bulmak nadirdir (1). Akciğer grafisinde bilateral hiler lenf adenopati (LAP) en sık görülen radyolojik paterndir ve akciğer infiltrasyonu sıkça eşlik eder(2). Görüntüleme modaliteleriyle abdominal yayılım hastaların % 5-15'inde tanımlanır. Otopsi serilerinde karaciğer ve dalak tutulumu %50-80 olguda saptanmıştır.

Abdominal sarkoidozun en sık bilgisayarlı tomografi (BT) bulgusu karaciğer, dalak büyümesi ve lenfadenopatidir. Karaciğer ve/veya dalakta multipl hipodens lezyonlar şeklinde tutulum nadir bulgudur. Etkilenmiş hastalarda abdominal semptomlar veya sistemik semptomlar ve yüksek serum anjiotensin converting enzim (ACE) seviyeleri izlenir. Yüzde yirmibeşi asemptomatikdir ve normal akciğer grafisi izlenir (3). Sarkoidoz radyolojik olarak tüberküloz ile sık karışır. Tüberkülozda da yüksek serum ACE seviyesi izlenebilir ancak dokuda aside rezistan bakteri üretilmesi ve kazeifiye granülomların görülmesi ile sarkoidozdan ayrılabilir. Bu yazıda kliniği, PA akciğer grafisi, toraks BT'si ve transbronşiyal parankim biyopsisi ile sarkoidoz tanısı konulan vakada abdominal BT'de ile saptanan ve nadir rastlanılan izole nodüler dalak tutulumu bildirilmiştir.

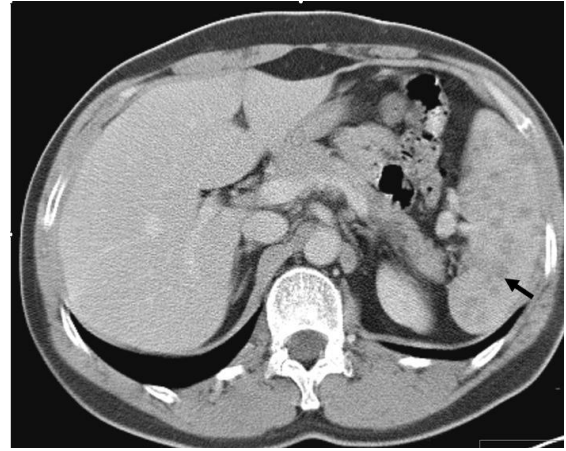
## OLGU SUNUMU

29 yaşında erkek hastaya, 2,5 ay evvel halsizlik, öksürük, karın ağrısı şikâyetleriyle gittiği özel bir poliklinikte üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek oral amoksisilin/klavulonik asit başlanmış. Şikâyetlerinin gerilememesi üzerine hastanemize başvuran hastanın, çekilen PA akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda retikülodüler vasıflı dansite artımı saptanması üzerine YRBT çekilmiş. YRBT'de mediastinal ve hiler LAP'ler, üst loblarda belirgin retikülodüler dansiteler (Şekil 1) izlenmesi üzerine hastaya tanısal amaçlı fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Yapılan transbronşiyal parankim biopsi non-kazeifiye granülamatöz iltihap ile uyumlu geldi. Bronkoalveolar lavajda aside rezistan bakteri (ARB) (-) di. Bronkoalveolar lavaj sitolojisi benign özellikteydi. (İnflamatuvar hücre oranı: makrofaj: %85, polimorf nükleer lökosit:%12, lenfosit:%3). Bronkoalveolar



**Şekil 1:** Bilateral akciğer üst loblarda retikülodüler dansiteler.

lavaj kültüründe üreme saptanmadı. Bronkoalveolar lavaj CD4/CD8 oranı 1,3 olarak saptandı. Sol üst kadranda mevcut karın ağrısı nedeniyle çekilen abdominal BT'de sadece dalakta nodüler lezyonlar vardı (Şekil 2).



**Şekil 2:** Dalakta multiple sayıda hipodens nodüler lezyonlar.

Fizik muayenesinde kan basıncı 120/75 mm Hg, ateş 37,1 derece, solunum sayısı 18/dakika, kalp hızı 90/dakika olarak saptandı. Solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem muayeneleri olağan saptandı. Batın muayenesinde sol üst kadranda hassasiyet mevcuttu.

Laboratuarda aspartat aminotransferaz (AST): 40 IU/litre (normal değer: 9-40), alanin aminotransferaz (ALT): 20 IU/litre (normal değer: 4-37), alkalen fosfataz (ALP): 180 IU/litre (normal değer: 42-172), APTT: 24,93 (normal değer: 25,8-33,2) saptandı. Böbrek fonksiyon testleri, C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı, elektrolitler, INR değerleri normal sınırlarda saptandı. Pansitopenisi yoktu. Serum ACE düzeyi 63U/I saptandı (normal deger:18-55 U/I). Hastada klinik, radyolojik ve transbronşial parankim biyopsi sonuçları ile sarkoidoz düşünüldü.

## TARTIŞMA

Ülkemizde nonspesifik şikayetlerle gelen ve akciğer grafisinde üst zonlarda retikülonodüler vasıflı dansite artımları izlenen genç erişkin bir hastada ayırıcı tanıda mutlaka tüberküloz düşünülmelidir. Tüberkülozda da bizim vakamızda olduğu gibi BT' de parankimal değişiklikler, mediastinal lenf nodları ve eşlik eden batin bulguları olabileceği unutulmamalıdır. Tüberküloz, sarkoidoz ile sık karıştırılan bir hastalıktır. Radyolojik ve klinik olarak birbirlerine çok benzerler. Ayırıcı tanılarının iyi yapılması gerekmektedir. Tedavileri tamamen farklı olmakla beraber sarkoidoz tedavisinde kullanılan ilaçlar tüberkülozun yayılıp çoğalmasına yol açabilir. Ayrıca ayırıcı tanıda; Wegener granülomatozu başta olmak üzere sistemik vaskülitler, kollojen doku hastalıkları, histoplazmozis ve histiositozis X gibi hastalıkları da düşünmek gerekir. Bu hastalıklar akciğer tutulumu yapabildiği gibi çok nadirde olsa batin tutulumu yapabilirler. Batin tutulumu dikkate alındığında bu tür vakalarda enfeksiyonları ve maligniteleri özellikle de metastatik olanları ve lenfomayı dışlamak gerekmektedir.

Sarkoidozun abdominal BT bulguları sıklık sırasına göre LAP, splenomegali, hepatomegali ve hipovasküler karaciğer, dalakta noduler lezyonlar şeklindedir (4). Biopsi ile kanıtlanmış 49 hastayı içeren seride; 20 hastada LAP, 16 hastada splenomegali, 2 hastada hepatomegali, 7 hastada karaciğer ve dalakta düşük dansiteli lezyonlar vardı (5 hastada soliter lezyon, 2 hastada multipl hepatik ve splenik noduler lezyonlar) (5). Literatürde tek bir çalışmada multipl noduler hepatik ve splenik lezyonu olan 32 sarkoidozlu vaka bildirilmiştir (6). Son bir derlemede, 20 splenik ve hepatik düşük dansiteli lezyonlar katagorize edilmiş; izole splenik yayılım 7 hastada, izole hepatik yayılım 4 hastada, simultan hepatik ve splenik yayılım 9 hastada izlenmiştir (7). Bizim vakamızda akciğer tutulumu yanı sıra, karaciğer tutulumu olmaksızın, nadir görülen sarkoidozun splenik noduler nadir tutulumu mevcut idi.

## KAYNAKLAR

1. Valeyre D, Nunes H, Duperron F, Soler P, Kambouchner M, Brauner M. Sarkoidose. *EMC-Pneumologie* 2005; 2:147-164.
2. Takashi Koyama, MD at al. Radiologic Manifestations of Sarcoidosis in Various Organs. *RadioGraphics* 2004; 24:87-104.
3. Warshauer and Lee. Imaging Manifestations of Abdominal Sarcoidosis. *AJR* 2004;182:15-28.
4. Britt AR, Francis IR, Glazer GM, Ellis JH. Sarcoidosis: abdominal manifestations at CT. *Radiology* 1991;178:91-94.
5. Foltz SJ, Johnson CD, Swensen SJ. Abdominal manifestations of sarcoidosis in CT studies. *J Comput Assist Tomogr* 1995;19:573-579.

6. Warshauer DM, Molina PL, Hamman SM. Nodular sarcoidosis of the liver and spleen: analysis of 32 cases. *Radiology* 1995; 195:757-762.
7. Scott GC, Berman JM, Higgins JL Jr. CT patterns of nodular hepatic and splenic sarcoidosis: a review of the literature. *J Comput Assist Tomogr* 1997;21:369-372.