

درمان موفقیت‌آمیز کلاپس کامل ریه به علت سودوتومور التهابی اندوبرونشیا با برونکوسکوپی: گزارش یک مورد

مسعود ناظمیه^۱، منیره حلیمی^۲، مسعود نوری وسکه^۳، اکبر شریفی^۴

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: سودوتومور التهابی ریه، یک تومور خوش‌خیم با منشأ نامشخص می‌باشد که در افراد جوان و کودکان شایع‌تر است. در این مطالعه، درمان موفقیت‌آمیز بیماری با کلاپس کامل ریه با استفاده از برونکوسکوپی Rigid گزارش گردید.

گزارش مورد: بیمار خانم ۲۲ ساله با علائم تنفسی و نتایج اسپیرومتري با الگوی انسدادی بود. یافته‌های Computed tomography scan (CT scan) نشان دهنده کلاپس کامل ریه‌ی چپ، یک ماه پس از شروع علائم بود. در برونکوسکوپی فیبروپاتیک توده‌ی اندوبرونشیا با انسداد کامل برونش اصلی چپ دیده شد و در نمونه‌ی اخذ شده، شواهدی از بدخیمی گزارش نگردید. بیمار تحت برونکوسکوپی Rigid قرار گرفت و توده‌ی اندوبرونشیا به طور کامل خارج گردید. پس از برداشتن کامل توده با استفاده از برونکوسکوپی Rigid، کلاپس ریه‌ی چپ به طور کامل بهبود یافت و علائم بیمار برطرف شد. در پی‌گیری بیمار با رادیوگرافی ساده‌ی قفسه‌ی سینه و برونکوسکوپی فیبروپاتیک، شواهدی از عود مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: سودوتومور التهابی، ممکن است تظاهرات حاد داشته باشد و با کلاپس کامل ریه شناخته شود. برونکوسکوپی Rigid می‌تواند به عنوان یک روش کمتر تهاجمی نسبت به توراکتومی در بیماران مبتلا به سودوتومور التهابی ریه مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سودوتومور التهابی، برونکوسکوپی، ریه، تومور خوش‌خیم

ارجاع: ناظمیه مسعود، حلیمی منیره، نوری وسکه مسعود، شریفی اکبر. درمان موفقیت‌آمیز کلاپس کامل ریه به علت سودوتومور التهابی اندوبرونشیا با برونکوسکوپی: گزارش یک مورد. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۲۳): ۴۰۰-۴۰۳.

مقدمه

سودوتومور التهابی ریه، یک تومور ریوی خوش‌خیم با علت ناشناخته است. سودوتومور التهابی در بیماران جوان بروز بیشتری دارد و شایع‌ترین توده‌ای است که در ریه‌ی کودکان یافت می‌گردد. بیش از ۵۰ درصد از این بیماران، سن کمتر از ۴۰ سال و ۱۵ درصد آن‌ها، سن بین ۱۰-۱ سال دارند (۱-۲).

بر اساس رده‌ی سلولی غالب، این تومور می‌تواند در دسته‌ی گرانولومای پلاسماسل، هیستوسیتوما، تومور التهابی میوفیبروبلاستیک و فیبروگراتوما قرار گیرد. تنوع در منشأ این تومور، نشانگر دانش‌اندک در شناخت دقیق پاتوژنز این بیماری است. با وجود علت نامشخص ایجاد سودوتومور التهابی، حدود یک سوم از بیماران

سابقه‌ای از عفونت‌های ریوی را اظهار نموده‌اند (۳). اگر چه این سودوتومور التهابی به عنوان توده‌ی خوش‌خیم در نظر گرفته می‌شود، اما تغییرات سارکوماتوزی و ویژگی‌های بدخیمی مانند رشد سریع و تهاجم موضعی نیز گزارش گردیده است (۴-۵).

هدف از انجام این مطالعه، گزارش تظاهر ناشایع (کلاپس کامل ریه) یک بیماری نادر می‌باشد. در این مطالعه، درمان بیماری با کلاپس کامل ریه در زمینه‌ی سودوتومور التهابی اندوبرونشیا با استفاده از برونکوسکوپی Rigid گزارش شده است.

گزارش مورد

بیمار یک خانم ۲۲ ساله بود که شکایت سرفه‌ی مزمن و تنگی نفس

۱- استادیار، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲- دانشیار، گروه پاتولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳- دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات بافت همبند، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نویسنده‌ی مسؤو: اکبر شریفی

توده‌ی اندوپرونشیاال به طور کامل خارج گردید. بررسی‌های بافت‌شناسی توده‌ی خارج شده، حاکی از انقباضیون پلاسماسل‌ها، لنفوسیت‌ها، ایمونوبلاست‌ها و پرولیفراسیون سلول‌های اسپیندل بود که با سودوتومور التهابی بیشترین سازگاری را داشت.

پس از برداشتن کامل تومور با استفاده از برونکوسکوپی Rigid کلاپس ریه‌ی چپ به طور کامل بهبود یافت و علائم بیمار برطرف شد. در پی‌گیری منظم بیمار با رادیوگرافی ساده‌ی قفسه‌ی سینه و برونکوسکوپی فیبروآپتیک یک سال پس از برداشتن تومور، شواهدی از عود مشاهده نگردید. همچنین، در پی‌گیری پنج ساله، بیمار هیچ گونه علائم تنفسی نداشت.

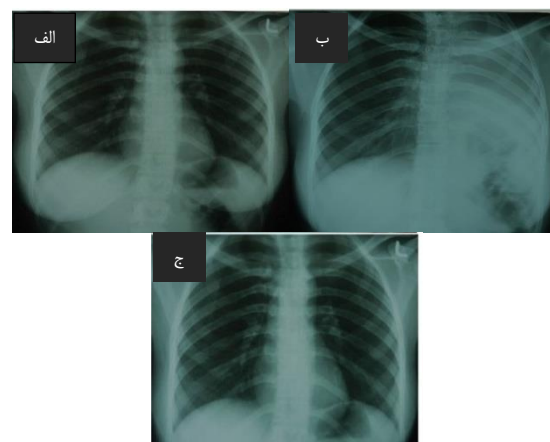
بحث

سودوتومور التهابی، یک تومور خوش‌خیم در بزرگسالان و به خصوص در کودکان می‌باشد. هر چند این سودوتومور التهابی به طور تقریبی در تمامی اعضای بدن گزارش شده است، اما در ریه و اوربیت شایع‌تر است. تظاهرات رادیولوژیک و بالینی سودوتومور التهابی، می‌تواند علائم تومورهای بدخیم ریه را تقلید کند. از این رو، نیازمند آشنایی بیشتر پزشکان جهت جلوگیری از انجام جراحی‌های غیر ضروری عمده می‌باشد (۶، ۳). سیر مزمن از ویژگی‌های بارز سودوتومور التهابی است که بیماران در مطالعات موردی اغلب بدون علامت یا با علائمی نظیر سرفه مراجعه می‌نمایند (۷). نکته‌ی قابل توجه در گزارش حاضر، سیر حاد و پیش‌رونده‌ی بیماری می‌باشد که در بیمار در مدت یک ماه، سبب کلاپس کامل ریه‌ی چپ گردید.

از نظر ویژگی‌های ماکروسکوپی، سودوتومور التهابی فاقد کپسول و توده‌ی زرد رنگ با قوام سفت می‌باشد. از نظر میکروسکوپی نیز متشکل از فیبروبلاست‌ها، بافت فیبروز، بافت گرانوله و سلول‌های التهابی شامل لنفوسیت‌ها، سلول‌های غول‌پیکر، ماکروفاژها، نوتروفیل‌ها و تعداد زیادی پلاسماسل می‌باشند (۸).

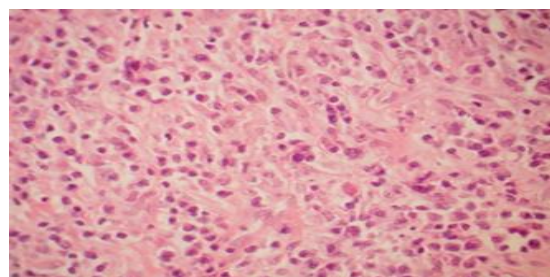
اگر چه تئوری‌های مختلفی در توصیف پاتورژن این بیماری مطرح شده است، اما اتفاق نظر بر روی این علل وجود ندارد. از عللی که بیشتر مورد قبول قرار گرفته است، می‌توان به پاسخ غیر منظم التهابی که پس از پنومونی بینایی اتفاق می‌افتد، اشاره نمود. این اتفاق، سبب ایجاد یک پنومونی سازمان یافته و سرانجام ایجاد یک سودوتومور التهابی می‌گردد؛ هر چند که این مکانیسم به طور واضح توصیف نگردیده است. تئوری دیگر بر روی ویژگی‌های بافت‌شناسی این تومور بنا نهاده شده است؛ به طوری که برخی پلاسماسل‌ها، گرانولومایی دچار رشد آهسته‌ی تومور مزانشیمی با تغییرات التهابی ثانویه می‌گردند (۹). بسیاری از بیماران مبتلا به سودوتومور التهابی ریه بدون علامت می‌باشند و به صورت اتفاقی در بررسی‌های معمول رادیوگرافیک تشخیص داده می‌شوند. با این وجود،

فعالیتی از حدود دو ماه قبل داشت. معاینات بالینی و یافته‌های رادیوگرافیک مطرح‌کننده‌ی تشخیص معینی نبود (شکل ۱).



شکل ۱. رادیوگرافی بیمار: الف) در ویزیت اولیه، ب) یک ماه پس از تشدید علائم، ج) دو ماه پس از درمان

در اسپیرومتری، شواهدی از محدودیت انسدادی جریان هوا وجود داشت و بیمار با تشخیص آسم خفیف، تحت درمان قرار گرفته بود. یک ماه بعد، بیمار به علت افزایش تنگی نفس، بار دیگر به درمانگاه بیماری‌های ریه در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز مراجعه نمود. در سمع ریوی نیم سینه‌ی چپ، صداهای وزیکولار شنیده نمی‌شد. اسپیرومتری نشان دهنده‌ی کاهش حجم‌های ریوی و یافته‌های رادیوگرافی قفسه‌ی سینه و Computed tomography scan (CT scan) نشان دهنده‌ی کلاپس کامل ریه‌ی چپ بود (شکل ۲).



شکل ۲. نمای میکروسکوپی سودوتومور التهابی خارج شده از برونش اصلی ریه چپ

در برونکوسکوپی فیبروآپتیک توده‌ی اندوپرونشیاال با انسداد کامل برونش اصلی چپ دیده شد. از توده، نمونه‌برداری انجام گردید و یافته‌های بافت‌شناسی نشانگر انقباضیون شدید پلاسماسل و لنفوسیت‌ها در لامینا پروپریا بود و شواهدی از بدخیمی وجود نداشت. به علت عدم قطعیت در تشخیص، بیمار تحت برونکوسکوپی Rigid قرار گرفت و

گزارش حاضر، سودوتومور التهابی به طور کامل با استفاده از برونکوسکوپی غیر انعطاف‌پذیر موفقیت‌آمیز بود و در پی‌گیری‌های بعدی، علائمی از عود سودوتومور التهابی وجود نداشت (۱۵). همچنین بر اساس گزارش‌های موجود، عود در این بیماری نادر است. تجربه‌ی ۴۷ ساله در کلینیک مایو در درمان این بیماران نشان دهنده‌ی ۳ مورد عود در ۲۳ مورد بیمار مبتلا به سودوتومور التهابی بود که هر ۳ مورد به علت رزکسیون ناکامل بوده است (۱۶).

بر اساس گزارش حاضر، سودوتومور التهابی می‌تواند علاوه بر تظاهرات مزمن به صورت حاد و با کلاپس ریه نیز ظاهر یابد. همچنین، رزکسیون کامل توده با درمان کمتر تهاجمی با استفاده از برونکوسکوپی Rigid می‌تواند به عنوان یک درمان کمتر تهاجمی در بیماران مبتلا به سودوتومور التهابی ریه در نظر گرفته شود. مطالعات بیشتر جهت ارزیابی سودمندی این روش در بیماران مبتلا به سودوتومور التهابی ریه و بررسی عود بلند مدت این بیماران ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از بیمار مورد مطالعه و کادر بخش برونکوسکوپی بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی تبریز سپاسگزاری می‌نمایند.

ممکن است بیماران با علائمی نظیر سرفه، تب، تنگی نفس و خلط خونی نیز مراجعه نمایند. سودوتومور التهابی، ممکن است رفتارهای تهاجمی مانند تهاجم به پرونش، مדיاستن، دیواره‌ی قفسه‌ی سینه و دیافراگم نیز داشته باشد (۱۰-۱۱).

یافته‌های آزمایشگاهی در این بیماران، به طور معمول در محدوده‌ی طبیعی است و در برخی موارد، افزایش پلاکت‌ها، افزایش سرعت رسوب گلبول‌های قرمز و افزایش گاما گلوبولین خون دیده می‌شود (۱۳-۱۲). یافته‌های رادیولوژیک در این بیماران، متنوع و غیر اختصاصی است، اما اغلب در رادیوگرافی قفسه‌ی سینه به صورت توده‌ی منفرد، محیطی و حاشیه‌ی تیز با محدوده‌ی مشخص، ضایعات حفره‌دار و به ندرت افیوژن پلور یافت می‌شوند (۱۴). یافته‌های CT scan در محدوده‌ی متنوعی از مینرالیزاسیون بدون شکل، مخلوط و نقطه نقطه تا خیلی وسیع متنوع است. این رویکرد ممکن است در برخی موارد در تشخیص سودوتومور التهابی ریه ضروری باشد (۱۰).

درمان انتخابی سودوتومور التهابی، رزکسیون کامل توده با استفاده از جراحی می‌باشد. پرتودرمانی، شیمی‌درمانی، استروئیدهای سیستمیک و آنتی‌بیوتیک‌ها، چندان موفقیت‌آمیز نیستند و به طور معمول، به عنوان خط دوم در نظر گرفته می‌شوند (۱۱)، اما در

References

- Oteo Dominguez JF, Yebra BM, Varela de UA, Berrocal VE, Perez RM, Cajal S. Endobronchial inflammatory pseudotumor. A case report and review of the literature. Arch Bronconeumol 1994; 30(1): 52-5. [In Spanish].
- Marwah N, Bhutani N, Dahiya S, Sen R. Inflammatory pseudotumour: A rare tumor of lung. Ann Med Surg (Lond) 2018; 36: 106-9.
- Alexiou C, Obuszko Z, Beggs D, Morgan WE. Inflammatory pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg 1998; 66(3): 948-50.
- Sulu E, Damadoglu E, Berk TH, Kuzu OH, Koroglu E, Yilmaz A. A case of endobronchial inflammatory pseudotumor invading the mediastinum. Tuberk Toraks 2011; 59(1): 77-80.
- Kim JH, Cho JH, Park MS, Chung JH, Lee JG, Kim YS, et al. Pulmonary inflammatory pseudotumor--a report of 28 cases. Korean J Intern Med 2002; 17(4): 252-8.
- Chaudhry IA, Shamsi FA, Arat YO, Riley FC. Orbital pseudotumor: distinct diagnostic features and management. Middle East Afr J Ophthalmol 2008; 15(1): 17-27.
- Reddy RZ, Carter YM, Hsia DW. Pulmonary inflammatory pseudotumor causing lung collapse responding to corticosteroid therapy. Respir Med Case Rep 2018; 24: 113-6.
- Paya LC, Galbis Caravajal JM, Mafe Madueno JJ, Baschwitz GB, Rodriguez-Paniagua JM, Alenda GC. Intraparenchymal pulmonary inflammatory pseudotumors. Arch Bronconeumol 2003; 39(11): 527-30. [In Spanish].
- Gal AA, Koss MN, McCarthy WF, Hochholzer L. Prognostic factors in pulmonary fibrohistiocytic lesions. Cancer 1994; 73(7): 1817-24.
- Hedlund GL, Navoy JF, Galliani CA, Johnson WH. Aggressive manifestations of inflammatory pulmonary pseudotumor in children. Pediatr Radiol 1999; 29(2): 112-6.
- Narla LD, Newman B, Spottswood SS, Narla S, Kolli R. Inflammatory pseudotumor. Radiographics 2003; 23(3): 719-29.
- Doski JJ, Priebe CJ, Driessnack M, Smith T, Kane P, Romero J. Corticosteroids in the management of unresected plasma cell granuloma (inflammatory pseudotumor) of the lung. J Pediatr Surg 1991; 26(9): 1064-6.
- Tabatabaee SA, Hashemi SM, Moradi M. Evaluation of frequency of bronchopleural fistula in patients undergoing pulmonary resection. J Isfahan Med Sch 2011; 29(140): 634-7. [In Persian].
- Agrons GA, Rosado-de-Christenson ML, Kirejczyk WM, Conran RM, Stocker JT. Pulmonary inflammatory pseudotumor: Radiologic features. Radiology 1998; 206(2): 511-8.
- Berardi RS, Lee SS, Chen HP, Stines GJ. Inflammatory pseudotumors of the lung. Surg Gynecol Obstet 1983; 156(1): 89-96.
- Cerfolio RJ, Allen MS, Nascimento AG, Deschamps C, Trastek VF, Miller DL, et al. Inflammatory pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg 1999; 67(4): 933-6.

Successful Treatment of Total Lung Collapse Due to Pulmonary Endobronchial Inflammatory Pseudotumor by Bronchoscopy: A Case Report

Masoud Nazemiyeh¹, Monireh Halimi², Masoud Nouri-Vaskeh³, Akbar Sharifi⁴

Case Report

Abstract

Background: Inflammatory pseudotumor is a benign pulmonary tumor of unknown origin which is more common in young adults and children. In this study, successful treatment of total lung collapse using rigid bronchoscopy is reported.

Case Report: The patient was a 22-year-old woman with respiratory signs and symptoms and obstructive spirometry pattern. Computed tomography (CT) scan findings represented a total lung collapse after one month of beginning the symptoms. Fiberoptic bronchoscopy showed an endobronchial mass with total left lung collapse, and there was no evidence of malignancy in the biopsy. The patient underwent rigid bronchoscopy, and the endobronchial mass was completely removed. After total removal of the mass using rigid bronchoscopy, total left lung collapse was completely improved, and patient's signs and symptoms resolved. There was no evidence of recurrence in the follow-up using chest X-ray and fiberoptic bronchoscopy.

Conclusion: Inflammatory pseudotumor may have acute presentations, and present with total lung collapse. Rigid bronchoscopy can be considered as a less invasive approach than thoracotomy in patients with pulmonary inflammatory pseudotumor.

Keywords: Inflammatory pseudotumor, Bronchoscopy, Lung, Benign neoplasms

Citation: Nazemiyeh M, Halimi M, Nouri-Vaskeh M, Sharifi A. Successful Treatment of Total Lung Collapse Due to Pulmonary Endobronchial Inflammatory Pseudotumor by Bronchoscopy: A Case Report. J Isfahan Med Sch 2019; 37(523): 400-3.

1- Assistant Professor, Tuberculosis and Lung Diseases Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- Associate Professor, Department of Pathology, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3- Student of Medicine, Connective Tissue Diseases Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- Associate Professor, Tuberculosis and Lung Diseases Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Akbar Sharifi, Email: ak.sharifi1349@gmail.com