

Relaps olmuş bir kronik eozinofilik pnömoni olgusu

Ahmet Ertuğrul (*), Hayati Bilgiç (*), Kudret Ekiz (*)

ÖZET

Kronik eozinofilik pnömoni nadir görülen ve steroid tedavisine çok iyi yanıt veren, ancak tedavinin erken kesildiği durumlarda relaps olma ihtimali yüksek olan bir eozinofilik pnömonidir. Genellikle 1-3 yıl gibi sistemik steroid tedavisi yeterli olurken, bazı olgularda ömür boyu steroid tedavisi gerekebilmektedir. Bu yazımızda bir dış merkezde eozinofilik pnömoni tanısı alan, ancak tedavisi erken kesilince relaps olan bir kronik eozinofilik pnömoni olgusunu özellikle steroid tedavi süresinin önemini belirtmek için sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: *Kronik eozinofilik pnömoni, steroid tedavisi*

SUMMARY

A case of chronic eosinophilic pneumonia with relapses

Chronic eosinophilic pneumonia is a rare type of eosinophilic pneumonia that gives excellent response to steroid treatment, however the probability of relaps is high when the treatment is stopped early. A steroid treatment of 1-3 years is usually sufficient, however, a life-long steroid treatment may be required in some cases. In this article, we present a case of chronic eosinophilic pneumonia, which was diagnosed to have eosinophilic pneumonia in another center and relapsed however after stopping the treatment early to emphasize the importance of the duration of steroid treatment.

Key words: *Chronic eosinophilic pneumonia, steroid treatment*

Giriş

Kronik eozinofilik pnömoni (KEP) ilk kez 1969 yılında Carrington tarafından tanımlanan nadir görülen bir eozinofilik pnömonidir. İki haftadan daha fazla süren respiratuvar semptomlar, alveoler ve/veya periferik kan eozinofilisi, periferik akciğer infiltrasyonları ve eozinofilik akciğer hastalıklarının diğer nedenlerinin dışlanması başlıca tanı kriterleridir (1). Kortikosteroidler tedavide esastır ve steroidlere dramatik yanıt KEP tanısı için oldukça önemlidir. Ancak hastalıkta steroid dozu azaltılırken ya da erken kesilince relapslar sıklıkla ve hastaların büyük kısmına uzun süreli steroid tedavisi gerekmektedir (2). Biz de tedavisi erken kesildikten sonra relaps olmuş bir KEP olgusunu tedavi süresinin önemini belirtmek için sunmayı uygun bulduk.

Olgu Sunumu

Daha önce sağlıklı olan 29 yaşında bayan hasta, yaklaşık 6 aydır devam eden öksürük, nefes darlığı ve ateş yakınmaları ile bir dış merkeze başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucu akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda periferik infiltrasyonlar (Şekil 1), yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (YRBT) (Şekil 2) her iki akciğer üst loblarda daha belirgin subplevral alanda geniş plevra tabanlı parankimal nodüller izlenmiş. Hastanın periferik yaymasında %16 eozinofil, total eozinofil $1000/\text{mm}^3$ ve IgE yüksek olarak tespit edilmiş. Yapılan fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve diğer tetkikler sonucu akut eozinofilik pnömoni (AEP) tanısı konmuş ve steroid tedavi başlanıp istirahat önerilmiş. Yaklaşık 3 ay steroid tedavisi kullanan hasta daha sonra kontrollerine gitmemiş ve tedavisini sonlandırmış.

Tedaviyi kestikten yaklaşık 1 ay sonra tekrar öksürük, nefes darlığı şikayetleri başlayan hasta merkezimize başvurdu. Fizik muayenesi normaldi, 8 paket/yıl sigara içme anamnezi mevcuttu, herhangi bir ilaç kullanmıyordu ve astım hikayesi yoktu. YRBT'de her iki ak-

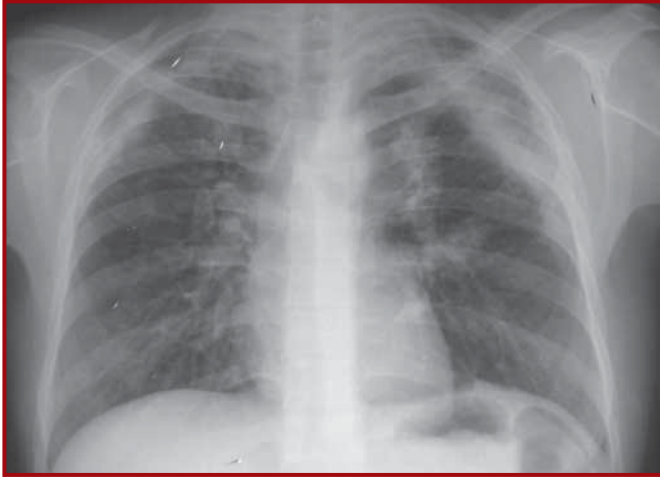
*GATF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Bu olgu "Kronik eozinofilik pnömoni: bir olgu nedeniyle" başlığıyla 29. TÜSAD Ulusal Kongresi'nde (28-31 Ekim 2007, Fethiye) poster bildirisi olarak sunulmuştur

Ayrı basım isteği: Dr. Ahmet Ertuğrul, GATF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Etilik-06018, Ankara

E-mail: ahmertugrul@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 04.01.2008 • **Kabul tarihi:** 25.03.2008



Şekil 1. Akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda periferik infiltrasyonlar



Şekil 2. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide her iki akciğer üst loblarda daha belirgin subplevral alanda geniş plevra tabanlı parankimal nodüller

çiğer alt lob mediobazal ve süperiyor segment ile orta lob medial ve sol üst lob apikoposteriyor segmentte ektazik değişiklikler ve komşuluğundaki parankiminde en büyüğü 1 cm çapında belirsiz sınırlı buzlu cam dansitesinde lezyonlar gözlendi (Şekil 3). Periferik kanda %15 eozinofil ve total eozinofil $850/\text{mm}^3$ olarak saptandı. Ig E 275 (0-85) kU/L olarak bulundu. Solunum fonksiyon testinde (SFT) FVC: %74, FEV1: %49.5, FEV1/FVC: %58.5 olarak tespit edildi. Gaitada parazit araması 3 kez negatif bulundu ve aspergillus cilt testi negatif olarak geldi. Diğer rutin kan tetkikleri normaldi. Hastaya difüzyon testi (DLCO) bakılmadı ve tekrar bronkoskopi yapılmadı. Hastanın klinik seyri incelendi ve mevcut laboratuvar, radyolojik bulgular ile beraber relaps olmuş KEP tanısı düşünüldü ve tekrar oral steroid (30 mg deflazokort+lansoprozol+INH) tedavisine başlandı. Yaklaşık 4 aylık tedavi sonrası hastanın herhangi bir şikayeti yoktu, SFT'de FVC: %112, FEV1: %107, FEV1/FVC: %83, total eozinofil $150/\text{mm}^3$, IgE: 111 kU/L olarak bulundu. Çekilen akciğer grafisi normal sınırlarda olarak izlendi, yeni bir YRBT'ye gerek duyulmadı ve tedavinin azaltılarak 1 yıla tamamlanmasına karar verildi. Yedinci ay sonunda 6 mg deflazokort dozuna düşüldü ve herhangi bir klinik kötüleşmeye rastlanmadı. Tedavinin en az 1 yıla tamamlanmasına karar verilerek hasta takibe alındı.

Tartışma

KEP tanıdan haftalar ya da aylar önce başlayan progresif respiratuvar ve sistemik semptomlar ile karakterize, nadir görülen bir eozinofilik pnömonidir. Sıklıkla bayanlarda görülür (E/K: 1/2) ve ortalama 45 yaşlarında tanı konmaktadır. En sık görülen semptomlar öksürük, dispne ve göğüs ağrısı olup, genellikle bunlara halsizlik, ateş ve kilo kaybı eşlik etmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu sigara içmemektedir

ve sigaranın KEP için koruyucu olabileceği de belirtilmektedir. Hastaların 2/3'ünde astım eşlik etmektedir (3). Bizim hastamızın öksürük, nefes darlığı ve ateş şikayetleri yaklaşık 6 aydır mevcuttu. Ancak sigara kullanıyordu ve astım anamnezi yoktu.

KEP'de sıklıkla bilateral, üst loblarda simetrik ve periferik parankimal infiltrasyon görülür. KEP için tipik olan pulmoner ödemin negatif fotoğrafik görüntüsü hastaların ancak 1/4'ünde mevcuttur. Parankimal bulgular daha çok alveoler tarzda olmakla beraber, buzlu cam opasitesinden hava bronkogramı içeren konsolidasyona kadar değişebilmektedir. Plevral efüzyon nadirdir ve mediastinal lenfadenopati tespit edilebilir. Relapslar radyolojik olarak aynı yerlerde veya farklı yerlerde olabilir ve steroid tedavisine hızlı yanıt verir (3-5). Bizim olgumuzda da dış merkezdeki YRBT'de üst loblarda periferik simetrik geniş tabanlı konsolide alanlar mevcuttu. Daha sonra relaps sırasında ise her iki alt lob, sağ orta lob ve sol üst lob apikoposteriyor segmentlerde en büyüğü 1 cm çapında sınırları belirsiz buzlu cam alanları saptandı.

KEP'de periferik eozinofili sıklıkla mevcuttur ve tanıya oldukça katkı sağlar. Total IgE düzeyleri hastaların yarısında yüksektir. Alveoler eozinofili %40'dan fazla olacak şekilde genellikle yüksek bulunur (6). Olgumuzda bronkoskopiye tekrar ihtiyaç duyulmadı ve periferik eozinofili ve IgE yüksekliği mevcuttu. KEP hastalarının yarısında SFT'de obstrüksiyon, diğer yarısında restriksiyon izlenir. Bizim olgumuzda obstrüksiyon mevcuttu ve tedavi ile SFT'leri normale dönmüştü.

KEP'de steroid tedavisi esastır. Ancak bu konuda belirlenmiş bir doz ve süre mevcut değildir. KEP, AEP'nin aksine relapsların sık olduğu bir eozinofilik pnömonidir. Yapılan çalışmalarda hastaların %50'sinden fazlasında relaps olduğu bildirilmektedir. Bu durum özel-

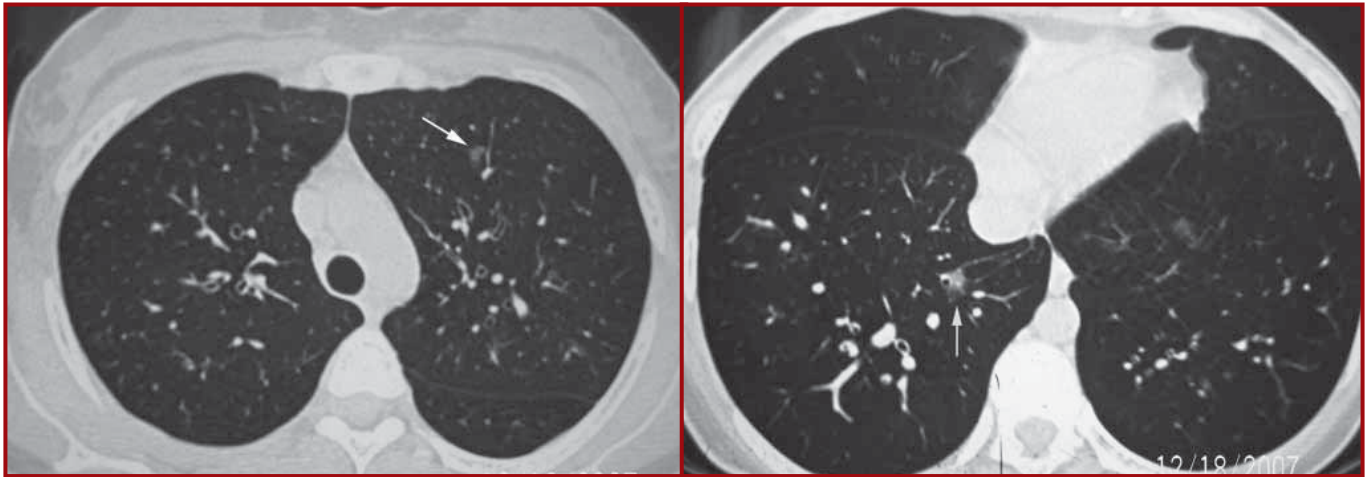
likle tedavinin erken kesildiği durumlarda belirgindir (1,3,4). Naughton ve ark. KEP tanısı olan 12 hastanın uzun dönem takip sonuçlarını incelemiş ve bu 12 hastanın 7'sinde steroid tedavisi kesilince ya da doz azaltılınca relaps olduğunu, 2 hastada 2 relaps, 5 hastada 3 veya daha fazla relaps geliştiğini, 5 hastada ise hiç relaps olmadığını ve bunların 2'sinde tedavilerin 1. ve 3. yılın sonunda sonlandırılabilirdiğini, 3'ünde ise steroid tedavisinin hiç azaltılmaya çalışılmadığını ve 7, 11 ve 12 yıl sonra tedavilerin sonlandırılabilirdiğini bildirmişlerdir. On iki hastanın 7'sinde tedavi süresi 10 yıldan fazla devam etmiştir (11-13 yıl arası) (7). Marchand ve ark. 1 yıldan daha fazla takip edilen 62 KEP hastasını incelemişler, sadece 1 hastada tedavi süresinin 6 aydan daha kısa zamanda sonlandırılabilirdiğini, hastaların çoğunluğunda ise (%68.9) uzun süreli (1 yıldan fazla) oral steroid tedavisine ihtiyaç duyulduğunu bildirmişlerdir (8). KEP'li çoğu hastada en az 1-3 yıl gibi uzun süreli tedavi gerekse de, 6 ay gibi daha kısa tedavi sonrası relapsların olmadığı bir grup hasta için tedaviyi 6. ayın sonunda kesmeyi denemek önerilmektedir (7,8). Bunun dışında özellikle bronşiyal astımı olan olgularda, oral steroid tedavisinin dozu azaltılırken tedaviye inhaler steroid eklenmesi hem daha düşük dozda oral steroid ile idame, hem de daha kolay tedavinin kesilmesini sağlayabilir (9,10). Ancak hastaların %20-30 kadarının steroid bağımlısı olarak kalabileceği de unutulmamalıdır (11). Bizim olgumuzda da tedavi 3 aydan sonra kesilmiş ve sonrasında hastada relaps meydana gelmişti. Tedaviyi tekrar başladıktan sonra hızla klinik ve laboratuvar yanıt alındı ve tedavinin en az 1 yıla tamamlanmasına karar verilerek hasta taburcu edildi.

Sonuç olarak KEP tanısı alan hastaların en az 1-3 yıl gibi uzun dönem oral steroid tedavisi gerektirebileceği unutulmamalı ve 6 aydan önce tedaviyi kesme-

nin relapslara neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca steroid dozu azaltılırken ya da kesilirken hastalar yakından izlenmeli ve uygun vakalara inhaler steroid tedavisi eklenmelidir.

Kaynaklar

1. Marchand E, Cordier JF. Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia. *Orphanet J Rare Dis* 2006; 1: 11.
2. Allen JN, Davis WB. Eosinophilic lung diseases. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 1423-1438.
3. Cottin V, Cordier JF. Eosinophilic pneumonias. *Allergy* 2005; 60: 841-857.
4. Kim Y, Lee KS, Choi DC, et al. The spectrum of eosinophilic lung disease: radiologic findings. *J Comput Assist Tomogr* 1997; 21: 920-930.
5. Şahbaz S, Uçan ES, Sevinç C, Ceylan E, Alacacioğlu A, Kargı A. Atipik klinik ve radyolojik seyirli bir kronik eozinofilik pnömoni olgusu. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 171-174.
6. Tanoue LT. The eosinophilic pneumonias. In: Fishman AP (ed). *Pulmonary Diseases and Disorders*. New York: Mc Graw Hill, 2002: 408-422.
7. Naughton M, Fahy J, FitzGerald MX. Chronic eosinophilic pneumonia. A long term follow-up of 12 patients. *Chest* 1993; 103: 162-165.
8. Marchand E, Reynaud-Gaubert M, Laque D, Durieu J, Tonnel AB, Cordier JF. Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia. A clinical and follow-up study of 62 cases. *Medicine (Baltimore)* 1998; 77: 299-312.
9. Minakuchi M, Niimi A, Matsumoto H, et al. Chronic eosinophilic pneumonia: treatment with inhaled corticosteroids. *Respiration* 2003; 70: 362-366.
10. Marchand E, Etienne-Mastroianni B, Chanez P, Lauque D, Leclerc P, Cordier JF. Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia and asthma: how do they influence each other? *Eur Respir J* 2003; 22: 8-13.
11. Durieu J, Wallaert B, Tonnel AB. Chronic eosinophilic pneumonia or Carrington's disease. *Rev Mal Respir* 1993; 10: 449-507.



Şekil 3. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide her iki akciğer alt lob mediobazal ve süperiyör segment ile orta lob medial ve sol üst lob apikoposteriyör segmentte ektazik değişiklikler ve komşuluğundaki parankiminde en büyüğü 1 cm çapında belirsiz sınırlı buzlu cam dansitesinde lezyonlar