

PLAUČIŲ SARKOIDOZĖS DIAGNOSTIKA II: Bronchoskopinės plaučių biopsijos diagnostinė vertė

Edvardas Danila

*Vilniaus universiteto Infekcinių, krūtinės ligų, dermatovenerologijos ir alergologijos klinika,
VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Pulmonologijos ir alergologijos centras*

IVADAS

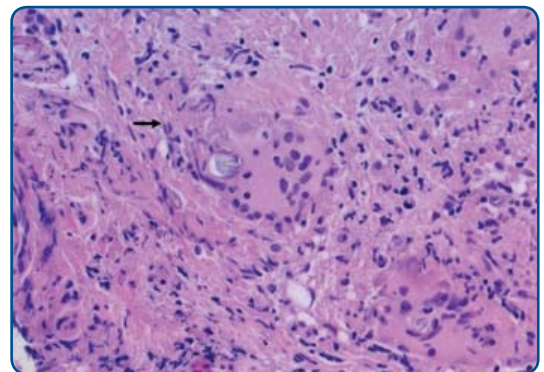
Gerėjant radiologinei diagnostikai vis daugiau diagnozuojama anksčiau santykinai retomis laikytų plaučių ligų. Plaučių sarkoidozė yra viena iš tokių ligų. Ji gali pasireikšti įvairiais klinikiniais ir radiologiniais požymiais. Kai kurie radiologiniai simptomai sergant sarkoidoze pasitaiko santykinai dažnai, todėl vadinami tipiniais (pvz., simetriškai padidėję plaučių šaknų limfmazgiai, antrinėje plaučių skiltelėje perilimfiškai išsidėstę smulkūs židiniai, pritemimai abiejų plaučių šaknų srityse). Kiti radiologiniai pokyčiai pasitaiko rečiau, būna sergant ir kitomis plaučių ligomis, todėl vadinami netipiniais (pvz., padidėjusiais vieno plaučio šaknies limfmazgiais, pavieniais padidėjusiais priekinio ar užpakalinio tarpuplaučio limfmazgiais, dauginiais plaučių infiltratais, konglomeratais, matinio stiklo ploteliais, vadinamuoju netaisyklingos formos akmenų grindinio vaizdu).

Dėl didelės radiologinių simptomų įvairovės ir esant ne visiškai būdingiems klinikiniams simptomams, sarkoidozės diagnostika gali būti sudėtingesnė. Jei bronchoalveolinio lavažo (BAL) skysčio ląstelinės sudėties pokyčiai netipiški sarkoidozei, ligonį būtina toliau tirti. Pirmojo pasirinkimo tyrimo metodas, kai BAL skysčio duomenys nepatvirtina sarkoidozės, yra bronchoskopinė plaučių biopsija. Apie bronchoalveolinio lavažo skysčio tyrimo vertę rašoma straipsnyje „Plaučių sarkoidozės diagnostika I: Bronchoalveolinio

lavažo skysčio tyrimo interpretavimas“ (*Pulmonologijos naujienos* 2013; 2: 5–6). Šio straipsnio tikslas yra aptarti bronchoskopinės plaučių biopsijos diagnostinę vertę.

BRONCHOSKOPINĖS PLAUČIŲ BIOPSIJOS DIAGNOSTINĖ VERTĖ

Daugumai ligonių, sergančių sarkoidoze, bronchoskopuojant nematoma jokių pataloginių trachėjos ir bronchų pokyčių. Tik apie 10 proc. jų būna įvairių pokyčių – bronchų stenozė, suapvalėjusios bronchų keteros, gleivinės mazgeliai (infiltratai), pagausėjęs pogleivio kraujagyslių tinklas. Jei bronchoskopuojant matoma gleivinės mazgelių ar uždegimo požymių, rekomenduojama atlikti gleivinės biopsiją pirmosios bronchoskopijos metu po to, kai



Epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granuloma plaučių bioplate. Dažyta hematotoksilinu ir eozinu. Padidinta 200 kartų. Rodykle pažymėtas gigantiškoje ląstelėje esantis kalcinatas (Šaumano kūnelis, angl. Schaumann body).

buvo atliktas bronchoalveolinis lavažas. Mūsų patirtis rodo, kad beveik visuomet bronchų gleivinės biopsinėje medžiagoje bus rasta epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granulomų, kuriose nėra nekrozės. Tokiu būdu nereikės daryti bronchoskopinės plaučių biopsijos (BPB). Kitu atveju rekomenduojama atlikti BPB.

Atliekant BPB, 6 tinkamo dydžio (apie 2 mm) gabalėlių dažniausiai pakanka, kad pakaktų medžiagos histologiniam tyrimui ir biopsinėje medžiagoje būtų rasta sarkoidozei būdingų kompaktiškų, gerai suformuotų epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granulomų be nekrozės (žr. paveikslą).

Mūsų ir kitų autorių patirtis rodo, kad 80–95 proc. atvejų medžiagoje, gautoje atliekant BPB, būna epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granulomų, kuriose nėra nekrozės, limfocitų infiltratų plaučių parenchimoje. Kai kuriose granulomose gali būti fibrinoidinė nekrozė.

Epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granulomos specifiškumas sarkoidozės diagnostikai yra 57–89 proc., nes epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granulomų gali būti aptinkama ir sergant tuberkuloze, egzogeniniu alveolitu, limfoma, karcinoma, grybeline plaučių infekcija.

Nors ir ne dažnai sarkoidoze gali būti palaikyta sarkoidinė reakcija į neoplaziją. Mūsų klinikinėje praktikoje pasitaikė ne mažiau kaip 5 tokie atvejai, kai plaučių biopsinėje medžiagoje buvo rasta epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granulomų, nors ligonis sirgo karcinoma ar limfoma. Kitų autorių tyrimai rodo, kad sarkoidinės reakcijos požymių dar dažniau aptinkama asmenų, sergančių vėžiu, limfmazgiuose.

Specifiškumas yra mažesnis, jei šalies (tai būdinga Lietuvai) gyventojų sergamumas tuberkuloze yra santykinai didelis. Tyrimai rodo, kad sergantiems sarkoidoze granulomų be nekrozės pasitaiko maždaug 94 proc. atvejų, o granulomų su nekroze – apie 6 proc. atvejų. Sergant tuberkuloze bronchoskopijos metu gautoje medžiagoje apie 76 proc. aptinkamų granulomų yra su nekroze, o apie 24 proc. – be nekrozės.

Svarbu prisiminti, kad patologinių BAL skysčio ir plaučių biopstatų pokyčių būna ir nesant rentgeninių plaučių pažeidimo (židinių ar infiltracijos) požymių (t.y. esant pirmai rentgeninei sarkoidozės stadijai).

Tokiu būdu epitelioidinių ir gigantiškųjų daugiabranduolių ląstelių granulomų be nekrozės radimas plaučių ar bronchų biopsinėje medžiagoje nėra išskirtinis radinys, būdingas tik sarkoidozei. Sarkoidozės diagnozė turėtų būti grindžiama klinikinių, radiologinių ir kitų tyrimų visuma. Apie sarkoidozės diagnostinį algoritmą bus rašoma kitame *Pulmonologijos naujienų* numeryje.

LITERATŪRA

1. Baughman RP, Iannuzzi MC. Diagnosis of sarcoidosis: when is a peek good enough? *Chest* 2000; 117: 931–932.
2. Danila E., Žurauskas E., Loskutovienė G., Zablockis R., Nargėla R., Biržietytė V, Valentinavičienė G. Significance of bronchoscopic lung biopsy in clinical practice. *Adv Med Sci* 2008; 53: 11–16.
3. Danila E., Žurauskas E. Diagnostic value of epithelioid cell granulomas in bronchoscopic biopsies. *Inter Med* 2008; 47: 2121–2126.
4. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, Baughman R, Cordier JF, Du Bois R et al. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 736–755.