

# ENDOSKOPSKI ASPEKTI SINDROMA SREDNJEG REŽNJA

Jane Bušev \*, Daniela Buklioska-Ilievska \*, Svetlana Jovevska \*\*, Nade Kočovska-Kamčevska\*, Marjan Baloski \*,  
Božidar Popovski \*, Vanče Trajkovska\*

\*Gradska opšta bolnica “8-mi septemvri” Skopje, R Severna Makedonija

\*\*Fakultet za medicinski nauki, Univerzitet “Goce Delčev” Štip, R Severna Makedonija

## Uvod

Sindrom srednjeg reznja je termin koji se u pulmologiji koristi za označavanje brojnih patoloških stanja praćenih atelektazom i smanjenjem volumena srednjeg reznja. Prema različitim autorima, sindrom srednjeg reznja se javlja kod 0,33-6% plućnih bolesnika, a kod muškaraca se nalazi oko dva puta češće. Sindrom srednjeg reznja je preliminarna klinička i radiološka dijagnoza koja zahteva dalje razjašnjenje uzroka ovog patološkog procesa. Predlaže se da se iz ovog koncepta isključe slučajevi atelektaze uzrokovane tumorskom opstrukcijom bronha. U praksi, do diferenciranja dijagnoze i utvrđivanja etiologije, u ovaj termin se može skrivati i uključujući bronhogeni karcinom. Različite varijante sindroma srednjeg reznja treba razlikovati od centralnog karcinoma pluća, tuberkuloze i interlobarnog pleuritisa. Rjeđi diferencijalno dijagnostički uzroci mogu biti perikardijalna cista i abdomenomedijastinalni lipom. Izolacija ovog sindroma je posljedica relativno visoke incidencije oštećenja ovog područja desnog pluća, što je povezano sa anatomskim karakteristikama. U poredjenju sa drugim lobarnim bronhima, srednji lobarni bronh ima najuži promjer i najveću dužinu, osim toga, kada se odvoji od intermediarnog bronha formira akutni ugao od oko 30°. U neposrednoj blizini bronha srednjeg reznja nalazi se veliki broj bronhopulmonalnih limfnih čvorova čija hiperplazija vrsi spoljasnu kompresiju zida bronha. Obzirom na ove karakteristike lakse se desava hipoventiliranost srednjeg reznja.

Cilj rada je analiza, procena i uporedjenje bronhoskopskih nalaza u slučajevima gde su indikacije za endoskopski pregled bile radiografski uocene promene (na posteroanteriornu i grafiju u lateralnom položaju) u predeo anatomske projekcije srednjeg reznja (sifra po MKB R91 – “nenormalni nalazi kod dijagnostičkog snimanja pluća” - Pulmones ad diagnosticam abnormales), bez obzira na ispoljavanju kliničkih simptoma.

## Prikaz slucaja

Slučaj 1. AM, žena 48 godina starosti, sa anamnezom za nespecificne tegobe koje su se manifestovale nekoliko dana pre javljanja na pregled: dominira laki bol u grudima i retki suvi kasalj. Nije dobiven podatak za povisenu temperaturu ili groznicu. Nepusac, bez komorbiditeta, negativna licna i porodicna anamneza. Socijalni status – radi u kuhinji na pakovanju katering ishrane, udata, ima jednu kcerku od 25 godina, zivi u gradskom podrcju u stanbeni objekat sa dobrim uslovima. Laboratorijske analize (krvna slika, pokazatelji hepatalne i renalne funkcije, enzimski status, nespecificni inflamatorni i tumorski markeri) su bili u granicama referentnih vrednosti. Rentgenografija je pokazala nalaz infiltracije u projekciji srednjeg reznja. CT toraksa je prikazao konglomerat limfoglandula u medijastinumu, konsolidacionu zonu u desnom hilusu sa anterobazalnom propagacijom, te pozitivni vazdusni bronhogram. Bronhoskopski pregled je utrdio laku stenozu usca srednjeg reznja, submukoznu i mukoznu infiltraciju sa stenozom lumena, te potpunu neprohodnost lumena distalno od infiltrirajuće mase sa hiperemicnom sluzokozom. Takodje je primecen difuzni edem sluzokoze (morfoloski podtip edematozni, hyperemic, fibrostenic). Histoloski nalaz je potvrdio granulomatoznu inflamaciju sa mnoštvom epiteloidnih granuloma, deo sa prisutnom centralnom nekrozom, oko kojih su se videli nakupine limfocita. Definitivna histoloska dijagnoza je bila Inflammatio chronica granulomatosa, cime je bila potvrđena klinicka dijagnoza endobronhijalne tuberkuloze. Mikrobioloski nalaz bronhoaspirata i sputuma nije povrdio prisustvo acidorezistentnih bacila (nisu nadjeni u direktnom preparatu i sa imunofluorescentnom tehnikom bojenja, a kultrure po Lovenstein-Jensen-u i Bactec-u su ostale negativne). Dobijen je pozitivan nalaz molekularnog testa (GeneXpert). Antituberkulotska terapija je sprovedena 9-to mesecnim rezimom (inicijalna faza RHPE u trajanju od 3 meseci i kontinuirana faza RH od 6 meseci). Odluka za produzenje standardnog na 9 mesecni rezim bila je doneta zbog produljene klinicke simptomatologije i prolongiranog radioloskog nalaza infiltrativnih promena, sto je upucivalo na produzenu aktivnost bolesti i usporene tkivne regeneracije. Usled toga je bio sproveden i vremeni oralni steroidni rezimu trajanju od 6 nedelja, nakon cega je procena srednje izrazena radioloska rezolucija (u daljem toku ce se pratiti stvaranje rezidua i sekundarnih bronhiektaticnih promena u srednjem reznju, sto ce se najverovatnije i klinicki manifestovati u sklopu “sindroma rednjeg reznja”). Terapijski rezim je završen, pacijentkinja je se vratila na posao, fizicki je u solidnu kondiciju, ali se zapazaju povremeni simptomi u vidu slabo produktivnog kaslja, stezanja u grudima, povremenim osecajem grudnog diskomforta i opste nelagodnosti, te cescih “prehlada”, dok su laboratorijski parametri i plucna funkcija u normalnim granicama. Kontrolna bronhoskopija je pokazala difuzni edem sluzkoze lika submukozne infiltracije osobito u lingularnom bronhu (u biopsiji su nadjene fibrokolagene i hijaline promene, odgovor patologa je “fibrosis”). Usce srednjeg reznja je prohodno, distalno se prati stenozna lumena bronha te se ne mogu vizuelizirati segmentalna usca (komparativno sa nalazom pre uvodjenja terapije, prati se redukcija promena usca srednjeg reznja koje je sada prohodno, dok su promene u linguli skoro identicnog izgleda). Sveukupni izgled upucuje na posttuberkulozne sekvele (u daljem toku i visegodisnjeg pracenja bice procenjeno u pogledu definitivnih rezidua kao i ispoljavanju simptoma u sklopu “sindroma srednjeg reznja”).

Slučaj 2. JV, u dobi od 72 godine, upucen pulmologu zbog opstih simptoma: osecaj malaksalosti, gubitak apetita i gubitak na telesnu tezinu, produzeni kasalj sa iskasljavanjem gustog sekreta, te bolova po celom telu osobito u ledjima (slabinskom i krstnom predelu kicme), bol u grudima sa desne strane. Tegobe traju vec 6 meseci unazad. Prethodno zbog simptoma parapareze postavljena je sumnja na paraneoplasticni sindrom. Pacijent je bio hospitalizovan na Neuroloskoj klinici gde je uradjen KT pregled LS kisme i vidjene su osteoliticke promene sa smanjenjem promera pojedinih prsljenskih tela. Iz licne anamneze: visegodisnji pusac sa prekidima, negativna anamneza o ranijim bolestima, koristi redovnu antihipertenzivnu terapiju. U objektivnom nalazu: somatski status bez osobitosti, auskultatorni nalaz na plucima pokazuje oslabljeni disajni sum s predne strane desnog hemitoraksa, u dostupnim regijama nema uvecanih limfoglandula. U laboratorijskim analizama lakse povecanje nespecificnih infmalatornih parametara, laksa anemija i hipoproteinemija. Radiografija je pokazala solidnu homogenu promenu trouglastog izduzenog oblika u projekciji srednjeg reznja (lobarna atelektaza). Bronhoskopski nalaz je bio tipican – iz usca srednjeg reznja prominira tumorska masa glatke sivkastobelicaste površine koja obturira u potpunosti usce bronha sa involviranjem interlobarne karine koja se ne moze raspoznati u tumorsku infiltraciju - endoskopska dijagnoza je bila: Infiltratio et obturatio bronchi lobi medii, Infiltratio carinae interlobaris. Patohistoloski nalaz iz biopsije je pokazao sitnoceljski karcinom (histoloska i imunohistohemijska diferencijacija podtipa nije bila uradjena). U staging-u su utvrdjene metastaze u jetri i lumbalnih prsnjena. Zbod opste loseg stanja (Karnofsky 50) kod pacijenta nije bio sproveden onkoloski tretman.

## ZAKLJUČAK

Prikazani slucaji su nedvosmisleni u dijagnostickom pogledu.

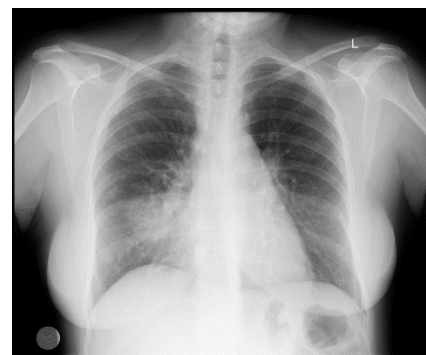
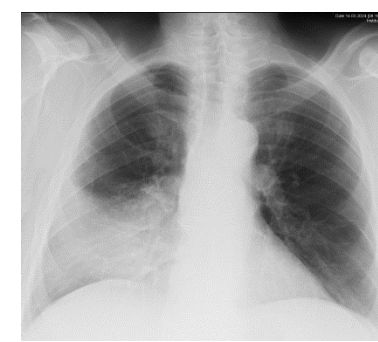
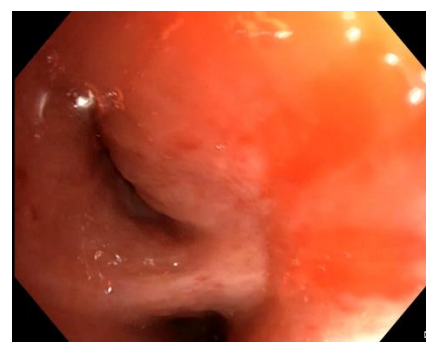
Algoritam ispitivanja kod radioloski uocenih promena u projekciji srednjeg reznja treba bezuslovno da ukljuci i endoskopski pregled. Detaljan bronhoskopski pregled je neizbezan kao jednostavan, pouzdan i pecizan dijagnosticki postupak.

U prikazanih slucaja endoskopski nalaz

je korelisao sa radioloskim i CT nalazom, sto je takodje pomoglo postavljanju dijagnoze, a i sam ishod lecenja je nadopunio dijagnozu.

## KLJUČNE REČI

srednji rezanj, sindroma lobi medii, bronhoskopija, endobronhijalna tubekuloza



Slučaj 1. stenozna usca srednjeg reznja

Slučaj 2. SCLC bronha srednjeg reznja

