

Rijit Bronkoskop ile Çıkarılan İki Endobronşial Hamartom Olgusu

Dr. Emel KİBAROĞLU*
Dr. Belgin SAMURKAŞOĞLU*
Dr.Sadi KAYA'
Dr. İbrahim AKKURT*
Dr.Eser ŞA VKUOĞLU*

Akciğerlerin sık görülen benign tümörlerinden olan hamartomlar, normal akciğer dokusu elemanlarının disorganize karışımından oluşan gelişim anomalileridir. Kartilaj, yağ dokusu, glandlar, fibröz doku, kistik ve kal-sifiye alanlar içerebilen; genellikle 1-3 cm. boyutlarında lezyonlardır (1,2). Soliter hamartomlar periferik hava yollarının, endobronşial yerleşimli olanlar ise proksimal hava yollarının konnektif dokusundan orijin alırlar. Endobronşial yerleşimli olanlara çok daha seyrek rastlanır. Bu yazıda rijit bronkoskop aracılığı ile çıkarılarak tedavi edilmiş olmaları nedeni ile, iki endobronşial hamartom olgusu sunuldu.

Olgu 1

O.D. 68 yaşında, erkek, protokol no: 3120/90

On yıldır zaman zaman artan öksürük, halsizlik, göğüs ağrısı yakınmaları olan hasta kronik bronşit ve kronik dekompanse karaciğer hastalığı tanıları ile tedavi görmüş. Fizik muayenesinde, göğüs ön-arka çapı artmış, sağ bazalde inspiratuvar ince railer ve yer yer ronküsler mevcuttu. S2 sertleşmişti. Karaciğer MCH'da üç cm. kadar palpabl idi. Sedimentasyon: 70 mm/st, lökosit: 12400/mm³, SGOT: 82 Ü, SGPT: 123 Ü idi. Diğer laboratuvar verileri normal bulundu. PA akciğer grafisinde sol hilus hafif geniş olarak izlendi (Şekil 1). Toraksın komputere tomografisinde arkus aortada damar duvarı kalsifikasyonu ve her iki akciğerde hiperinflasyon dışında patoloji tesbit edilmedi. SFT ile orta derecede obstrüktif tip solunum fonksiyon bozukluğu saptandı. Yapılan fiberoptik bronkoskopi ile, sağ intermedier bronş proksimal posterolateral duvarda 0.3x0.5 cm. büyüklükte üzeri normal görünümdeki mukoza ile kaplı endobronşial lezyon saptandı. Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde: Düzenli silialı alt solunum yolu epiteliyle dōşeli ve gevşek ödemi stromaya sahip polipoid yapıda olduğu izlendi. Buna ait seri kesitlerin incelemesinde iltihabi granülasyon dokusu stromal gelişim yanısıra birkısım kesitlerde adipöz

doku gelişimi dikkati çekmiş olup, bu görünüm hamartom ile uyumlu bulundu (Patoloji rap.no.1254/90). Bunun üzerine üç gün sonra hastaya genel anestezi altında rijid bronkoskopi uygulanarak lezyon forseps ile tümüyle rezeke edildi, işlem sırasında ve sonrasında hemoraji veya pnömotoraks gibi komplikasyonlar görülmeydi. Lezyonun patolojik incelemesinde: 2x4 mm kadar çapdaki orta sert, kanamalı, sarı-pembe nodüler doku parçasının seri kesitlerinin incelemesinde, kanamalı fibrovasküler stromaya sahip, yer yer atrofik bronşial epitel ile dōşeli oluşumda stromada dağınık adı pöz doku gözlenmiş olup vakada önceki biyopside olduğu gibi hamartomatöz bir lezyonun sözkonusu olduğu düşünöldü (Patoloji prot.no.1410/90).

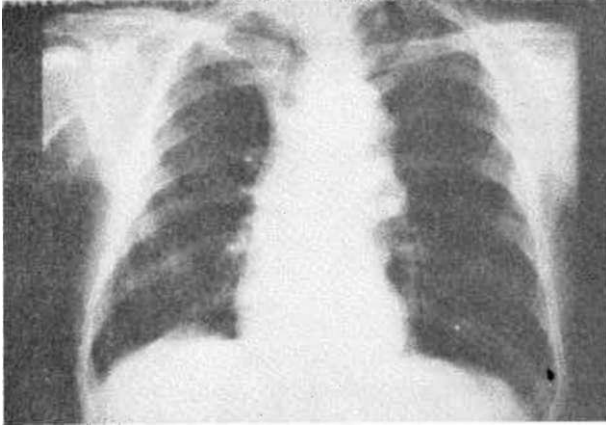
Olgu 2

A.D. 58 yaşında, erkek, protokol no: 1560/90

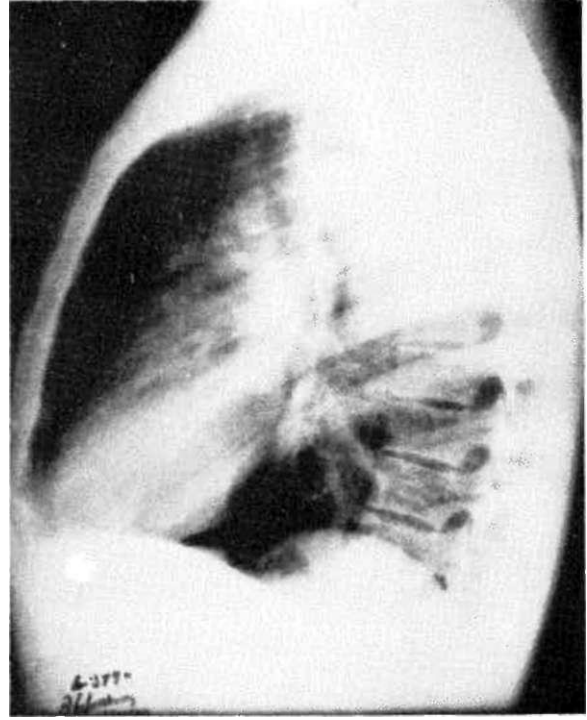
2-3 yıldır zaman zaman artan öksürük, balgam, ateş ve nefes darlığı yakınmaları ile yatırıldı. Pnömoni tanısı ile birkaç kez tedavi gördüğünü ifade ediyordu. Fizik muayenesinde bilateral seyrek ronküsler ve solda önde inspiratuvar kaba raileri duyuluyordu. Sedimentasyon 39 mm/st, diğer laboratuvar bulguları ise normal idi. PA akciğer grafisinde sol hilus dolgun, sol hiler ve parakardiyak bölgede heterojen infiltrasyon ile (Şekil 2), sol yan grafide ise hiler dolgunluk ve retrokardiyak alanda infiltrasyon izlendi (Şekil 3). Lokal anestezi ile yapılan fiberoptik bronkoskopi sol ana bronş distalinde posterolateral duvarda açık renkli, lobule endobronşial kitle izlendi. Kitle geçilerek ilerlendiğinde üst ve alt lobların açık ve normal oldukları göröldü. Lezyondan alınan biyopsi squamoz metaplazi ve papillom ile uyumlu olarak rapor edildi. Daha sonra hastaya genel anestezi altında rijit bronkoskopi yapılarak, ana bronş distalinde sınırlı olan bu lezyon forseps yardımı ile rezeke edilerek tümüyle çıkarıldı. Bronkoskopik materyalin histopatolojik incelemesinde: 1.5 cm uzun çaplı granüler düzensiz yüzeyli soluk sarı renkte ve orta

* Türkiye Solunum Araştırmaları Derneğinin XVIII. Ulusal Kongresinde sunulmuştur.

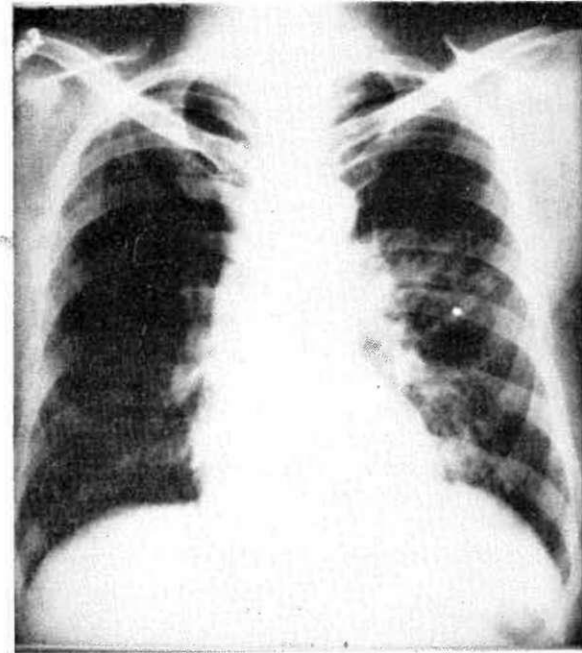
* Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, ANKARA



Şekil 1. Birinci olgunun PA akciğer grafisi



Şekil 3. İkinci olgunun sol lateral akciğer grafisi



Şekil 2. İkinci olgunun PA akciğer grafisi

sertlikteki nodüler oluşumda; Transisyonel epitelle döşeli papiller doku parçalarının kondroid ve lipomatöz gelişim gösteren fibroblastik stromaya sahip oldukları dikkati çekti ve santral hamartom olarak değerlendirildi (Patoloji prot.no.800/900) (Şekil 4)

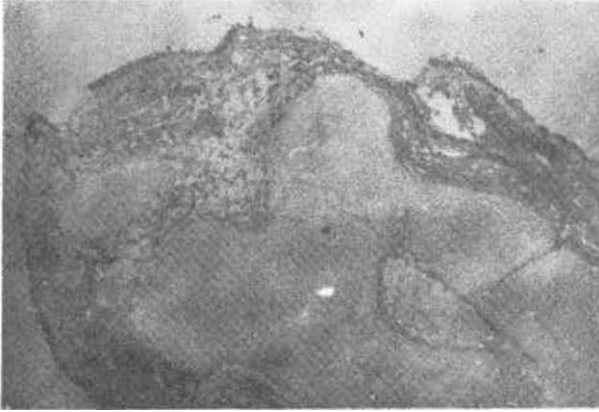
Bu işlemten sonra komplikasyon görülmedi. Hastanın iki ay sonra yapılan kontrolunda semptomlarının kaybolduğu, radyolojik (Şekil 5), bronkoskopik konsollarının normal olduğu izlendi. Çekilen bronkografide de patoloji görülmedi. Birinci olguda lezyonun küçük olması nedeni ile bronşektazi komplikasyonu düşünülmeyi için bronkografi çekilmedi. Sadece bronkoskopik kontrolle yetinildi.

T Kim Tıp Bilimleri 1992, 12

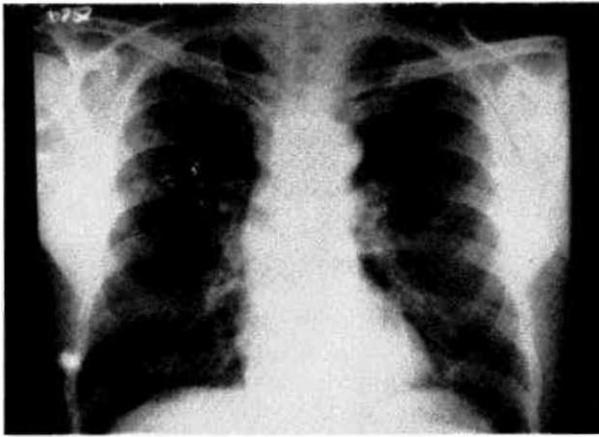
TARTIŞMA

Pulmoner hamartomlar, benign akciğer tümörleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Postmortem araştırmalarda sıklığı %0.25 olarak bildirilmiştir. Tüm pulmoner hamartomların yaklaşık %10 kadarı endobronşial yerleşimlidir (1,2). Bir çalışmada ise benign akciğer tümörlerinin %77'sinin hamartom, bunların da ancak %3'ünün endobronşial hamartom olduğu bildirilmiştir (3). En çok 40-60 yaşlarında ve erkeklerde daha sık görülmektedir.

Endobronşial hamartomlar sıklıkla, bronş obstrüksiyonu semptomları verene kadar radyolojik bulgu da vermezler. Semptom ve radyolojik bulgu verdiklerinde ise bronş karsinomlarını taklit ederler (1,4). Akciğer grafilerinde pnömoni ve atelektazi gibi görüntüler verirler. Birinci olgumuzda da standart akciğer grafisinde, **hatta** toraks CT'de lezyona ait belirgin bir patoloji saptanmadı. Ancak ikinci olgumuzda sol parahiler ve parakardiyak alanda nonhomojen infiltratif görünüm vardı. Periferik yerleşimli olanların aksine, endobronşial hamartomda hastalar öksürük, wheezing, hemoptizi, dispne ve ateş yakınmaları ile hastaneye daha erken baş vururlar. Ancak tümörün yavaş gelişimi nedeni ile bu semptomlar aylar ve yıllar içinde gelişir. Tanı konulduğunda çoğu kez bu hastalar, kronik bronşit ve pnömoni tanılarını ile defalarca daha önce tedavi görmüş olgulardır. Bizim olgularımızda da bunu destekleyen hastalık öyküleri vardı.



Şekil 4. Histopatolojik incelemede kondrolipoid gelişim gösteren doku



Şekil 5. İkinci olgunun postbronkoskopik ikinci ayda PA akciğer grafisi

Endobronşial hamartomların, periferik tiplere göre genellikle daha az kıkırdak ve daha çok yağ dokusu içerdikleri saptanmıştır (5). İkinci olgumuzda kondromatöz ve lipomatöz gelişim birarada idi. Birinci olgumuzda ise adipöz doku hakimdi. Akciğer parankiminden gelişen hamartomların tanısında komputere toraks tomografisinin kalsifikasyon ve lipid dokunun saptanmasında duyarlı bir yöntem olduğu bildirilmektedir (6). Ancak endotrakeal ve endobronşial hamartomların komputere toraks tomografisi ile tesbit edildiğini gösteren olgulara literatürde çok az rastlanmaktadır (7,8). Birinci olgumuzda da, toraks CT yapılabildi, an-

cak endobronşial lezyonun varlığı bu yöntemle gösterilemedi.

Standart akciğer grafileri ve toraksın komputere tomografileri ile önemli bilgiler edinilmesine karşılık, periferik hamartomların tanısında çoğu kez transbronşial ya da transtorasik iğne aspirasyon biyopsileri gerekir (9). Endobronşial hamartomların tanısında ise bronkoskopi ve bronkoskopik biyopsiler gerekir. Bu, olası bir maligniteyi ekarte etmek ve bronş obstrüksiyonu nedeni ile gelişebilecek kalıcı pulmoner hasarı önlemek için gecikmeden uygulanması gereken bir tanı yöntemidir (5). Bu yolla alınacak biyopsiler nonspesifik bulgular verebileceği gibi squamöz metaplazi saptanabilir. Bizim ikinci olgumuzda da bronkoskopik biyopsi ile squamöz metaplazi izlendi. Pulmoner hamartomlarda maligniteye değişim çok seyrek ve tartışmalı da olsa görülebilmektedir. Basile ve arkadaşlarının yayınladıkları bir olguda, hamartom operasyonu sonrasında pleomorfik sarkomun gelişmiş olması, hamartomun malign değişim potansiyeli olabilen bir mezanşimal neoplazm olduğunu düşündürmektedir (10). Diğer bir araştırmada da hamartom tanısı ile operasyon uygulanan 19 olgudan ikisinde aynı zamanda malignitenin de varlığı gösterilmiştir (11). Biz de her iki hastamızı, bu yönde incelemek amacı ile takibimize aldık.

Tedaviye yaklaşımda; yavaş gelişimi ve malign potansiyelinin az olması nedeni ile, kalsifikasyon gösteren küçük ve tipik lezyonlarının seri grafilerle izlenmesi veya CT ve iğne aspirasyon biyopsileri ile takipleri konservatif bir yaklaşım olarak düşünülebilir (12). Endobronşial hamartomlarda ise, bronş obstrüksiyonu ve buna bağlı gelişebilecek akciğer hasarını önlemek için lezyonun rezeksiyonu gerekmektedir. Lezyonun büyüklüğü ve lokalizasyonuna göre, yapılacak cerrahi yaklaşım bronkotomiden pnömonektomiye kadar değişebilir. Bronkoskopi ise tanıda olduğu gibi tedavide de kullanılan bir yöntemdir. Flüt bronkoskop ile endobronşial hamartomun çıkarıldığını ve sonucunda başarılı olduğunu gösteren yayınlara rastlanmaktadır. Hemorajl ve drenaj gerektirebilecek kadar pnömotoraks, işlemin olası komplikasyonlarından (13).

Bizim birinci olgumuzda, fiberoptik bronkoskop ile biyopside hamartom tanısı konuldu. Lezyonun küçük olması, akciğerde hasara neden olmadığı göz önünde tutularak rijid bronkoskop ve forseps ile çıkarıldı, ikinci olgumuzda da ilk biyopsi sonucunun benign bir endobronşial lezyon düşündürmesi ve tümörün santral lokalizasyonu nedeni ile rezeksiyon operasyonu gerekmeden rijid bronkoskop ve forseps kullanılarak hamartom çıkarıldı. Her iki olguda da komplikasyona rastlanmadı.

KAYNAKLAR

- Carr DT, Holoye PY. Benign tumours. In: Murray JF, Nadel JA, eds. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia: WB Saunders Company, 1988:1261-5.
- Fraser RG, Pare JA, Pare PD, et al. Diagnosis of Disease of the Chest. Philadelphia: WB Saunders Company, 1989:1608-13.
- Arriqoni MG, Woolner LB, Bernatz PE, et al. Benign tumor of the lung: a ten year surgical experience. J Thorac Cardiovasc Surg 1970; 60:580-99.
- Walls JT, Scrivner DL, Jagpal R, Curtis JJ. Endobronchial hamartoma. South Med J 1984; 77:757-9.

5. Dawis WK, Roberts L, Foster WL, et al. Computed Tomographic diagnosis of an endobronchial hamartoma. Invest Radiol 1988; 23:941-4.
6. Siegelman SS, Khouri NF, Scot WW. et al. Pulmonary hamartoma: CT findings. Radiology 1986; 160:313-7.
7. Alexander JE, Brodman R. Endotracheal hamartoma. New York State Journal of Medicine 1987; 87:408-9.
8. Carilli AD, Locurto J, Conoscenti C, et al. Tracheal hamartoma. Am J Med 1986; 81:1113-4.
9. Hamper UM, Khouri NF, Stitik FP, Siegelman SS. Pulmonary hamartoma: Diagnosis by transthoracic needle aspiration biopsy. Radiology 1985; 155:15-8.

10. Basile A, Gregoris A, Antoci B, Romanelli M. Malignant change in a benign pulmonary hamartoma. Thorax 1989; 44:232-3.
11. Crouch JD, Keagy BA, Starek PJ, et al. Clinical review of patients undergoing resection for pulmonary hamartoma. The American Surgeon 1988; 54:297-9.
12. De Roolj PD, Meijer S, Caíame J, et al. Solitary hamartoma of the lung: is thoracotomy still mandatory? The Netherlands Journal of Surgery 1988; 40:145-8.
13. Şahin A, Aydın A, Kalyoncu F, Tokgözlü F, Barış I. Endobronchial hamartoma removed by rigid bronchoscope. Eur J Resp Dis 1989; 2:479-80.