

# Bir Endobronşiyal Lipom Olgusu

**İrfan TAŞTEPE**  
**Erkan BALKAN**  
**Nilgün KALAÇ**  
**Fehmi AKSOY**  
**Mehmet ÜNLÜ**

*ENDOBRONCHIAL LIPOMA CASE*

Atatürk Göğüs Hast. Göğüs Cer. Mrk. Göğüs Cerrahi Kliniği ve  
Ankara Hastanesi Patoloji Kliniği

Geliş Tarihi: 19 Şubat 1990  
Kabul Tarihi: 23 Haziran 1990

## ÖZET

*Endobronşiyal lipom, trakeobronşiyal ağacın en nadir tümörlerinden biridir. Histolojik olarak benign bir tümördür. Fakat geç tanınır ve tedavi edilirse, akciğerde (AC) harabiyete veya bronşektaziye neden olabilir. Birçok olguda seçilecek tedavi, bronkoskopi uygulamasıyla kitlenin çıkarılmasıdır. Bronkotomi ile eksizyon ve irreversibl değişikliklerde rezeksiyon diğer tedavi yöntemleridir. Bu nadir tümörlü olgunun klinik bulgularını, tedavisini ve tedavi sonrası değerlendirmemizi sunuyoruz.*

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal lipom, bronkotomi

T Ki Tıp Araş Dergisi C.8, S.4,1990,378-382

## SUMMARY

*Endobronchial lipoma, is one of the rarest tumours of the tracheobronchial tree. It is histologically a benign tumour. But, it can cause pulmonary damage or irreversible bronhiectasis if its diagnosis and treatment are delayed. The treatment of choice in most cases is bronchoscope removal. Excision by bronchotomy and resection of irreversible changes are other treatments. We present the clinical features of this rare case with tumour, its treatment and our evaluations after treatment.*

Key Words: Endobronchial lipoma, bronchotomy.

T J Research Med Sci V.8, N.4,1990,378-382

## GİRİŞ

Bronş lipomunu tanıtan ilk yayın 1854'de Rokitsansky (12) tarafından yapılmıştır. Laboulbenc (12) 1879'da otopsi bulgusu olarak, yağ içeren bu tümörden söz etmektedir. Bu konuda ilk derleme 1927 yılında Kernan (8,12) tarafından yapılmıştır. Kernan (8), aynı yd 50 yaşında bir erkek hastada trakea bifurkasyonuna yerleşimli, submukozal gelişmiş bir lipomu ilk kez bronkoskopi tekniğini uygulayarak çıkardığını bildirmiştir. Myerson (12) 1928'de, Mc Glade (12) ise 1939'da sol ana bronşta yerleşimli fibrolipomu bronkoskopiyle çıkarmışlar ve mikroskopisini ayrıntılarıyla yayınlamışlardır. 1946'da Watts, Clagett ve Mac Donald (13) sol üst lobda tıkanıklığa neden olarak ileri derecede bronşektazi oluşturan ve lobektomi gerektiren bir lipom olgusu tanımlamışlardır. Whalen (12) 1947'de bronkoskopi, tıkanıklığa neden olan bir lipomu çıkarırken, uygulama

sırasında bronş perforasyonu oluştuğunu, fakat hastanın iyileştiğini bildirmiştir.

Endobronşiyal lipom, trakeobronşiyal ağacın mezodermal kökenli en nadir tümörlerinden biridir (3). Şimdiye kadar yaklaşık 60 olgu bildirilmiştir (2). Pulmoner tümörlerin yaklaşık % 0.1'ini, AC ve bronşların benign tümörlerinin ise %13'ünü oluştururlar (3,6). Tümörün çoğunlukla orta yaşlı erkeklerde görüldüğü bildirilmiştir (1). Tümör yavaş büyür ve damarsızdır. Normalde bronş ağacı yapısında bulunan yağ dokusundan kaynaklanır. Genellikle lob veya segment bronşlarının proksimal kısımlarında görülür (3).

Toraks boşluğundaki lipomların yerleşimleri şu şekildedir (8):

A) Endobronşiyal, trakeobronşiyal ağacın submukozal yağ dokusundan kaynaklanır ve bronşun lümeni içine doğru büyür, genellikle bronkoskopi incelemeye uygundur.

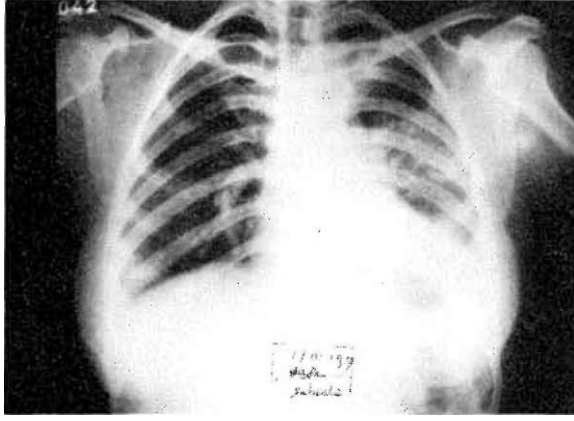
b) Parankimal, genellikle periferik yerleşimlidir. AC parankimi ile çevrilidir ve endobronşiyal yayılım yoktur.

c) Plevral, plevral boşlukta gelişir, subplevral veya ekstraplevral kitle gibi gelişir.

d) Mediastinal, mediastende yerleşmiştir,

c) Kardiyak

Bu çalışmada, bronkotomi ile eksize edilen bir endobronşiyal lipom olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

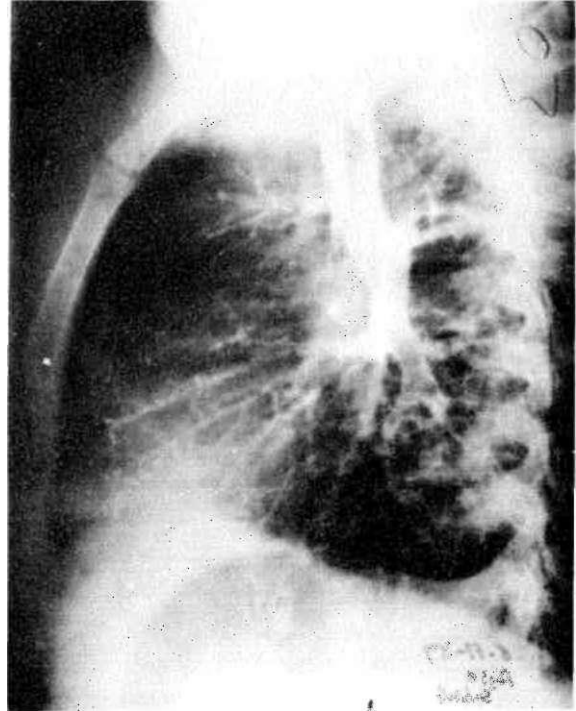
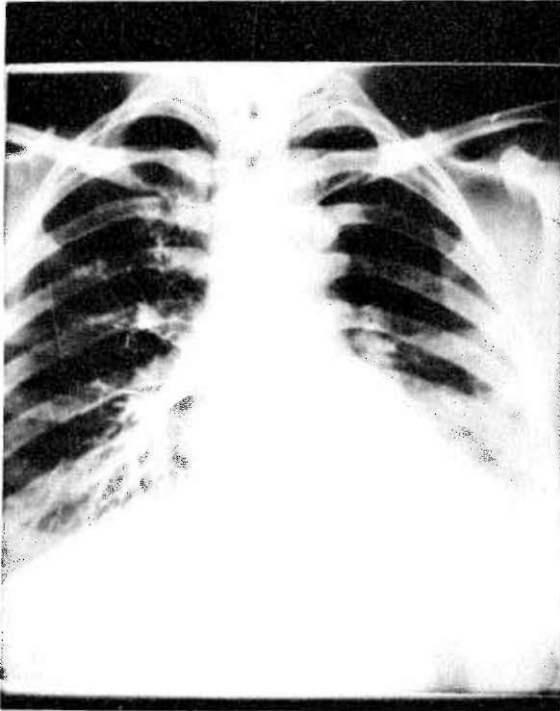


Şekil 1. Ameliyat öncesi çekilen PA-AC grafisinde sol bazalde infiltratif görünüm.

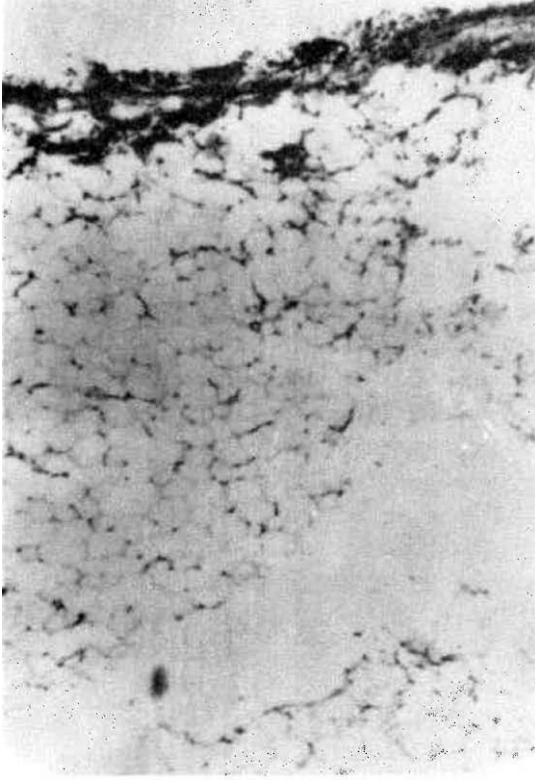
## OLGU SUNUSU

A.Ş., 39 yaşında bir bayan hasta olup, beş yıldır nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma (100 cc/gün), terleme, sol yan ve sırt ağrısı yakınmalarının olması ve son 15 gündür bu yakınmalarının artması nedeniyle tetkik için hastanemize yatırılmıştır.

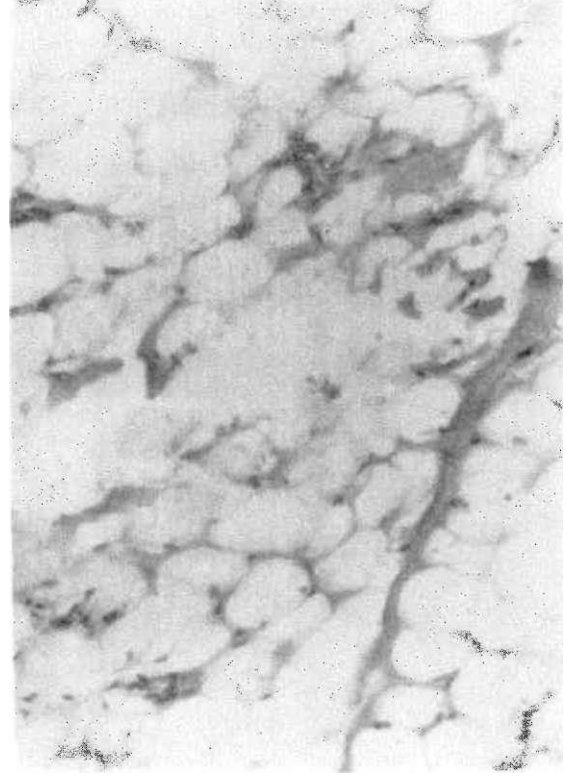
Öz ve soy geçmişinde belirgin bir özellik tesbit edilemeyen hastanın yapılan muayenesinde, sol hemitoraksta solunum seslerinde azalma, sol bazalde ronküsler tesbit edilmiş, diğer sistem muayeneleri ise normal bulunmuştur. Çekilen posteroanterior (PA) ve sol yan akciğer grafisinde (Şekil 1), sol bazalde infiltratif görünüm tesbit edilmiştir. Nonspesifik antibiyotik tedavisine rağmen hastanın klinik ve radyolojik görünümünde düzelme olmadığından, bronkoskopi planlanmıştır. Rijit bronkoskopiye, sağ sistem normal bulunmuş, sol ana bronşta solunumla 2-3 cm. hareket eden (karınaya kadar gelen) düzgün yüzeyle, mukoza renginde, yuvarlak kitle tesbit edilmiştir. Kitlenin bronş adenomu olabileceği ve bu nedenle kanama riski taşıdığı düşünüldüğünden biyopsi yapılmamıştır. Bronkografide kitlenin, sol ana bronşu hemen hemen tümüyle tıkadığı tesbit edilmiştir (Şekil 2 a-b).



Şekil 2. a-b: Bronkografide kitlenin sol ana bronşu tama yakın lığı görülmektedir.



Şekil 3. Tümörü çevreleyen **ince fibröz** kapsül ve bu kapsül altında tümörü **oluşturan** erişkin tipte yağ hücreleri (40X).



Şekil 4. Daha büyük büyütmede yağ hücreleri arasında fibröz doku uzantıları ve kapillerler görülmektedir (100X).

Endobronşiyal kitle (adenonı ?) ön tanısı ile 13 Kasım. 1989'da ameliyata alınan hastaya, 5. interkostal aralıktan, sol posterolateral torakotomi yapılmıştır. Gözlemede, sol alt lobim pnömonik konsolidasyon gösterdiği, sol AC ventilasyonunun çok zayıf olduğu görülmüştür. Aorta ile pulmoner ven arasından mediastinal plevra açılarak, sol ana bronşa ulaşılmış, üst lob bifurkasyonundan 1 cm. mesafeden karınaya doğru 2 cm. kadar transvers olarak bronkotomi uygulanmıştır. Kesi kenarlarına askı dikişleri konarak kesi alanı genişletilmiştir. Düzgün yüzeyle, üzerinde çok az kapiller damar bulunan, parlak sarı renkli kitlenin bir kısmının bronkotomi kesişinden dışarı çıktığı görülmüştür. Ayrıca kitlenin, sol ana bronşun membranöz kısmından kaynaklandığı, tabanının ise oldukça geniş ve çok hareketli olduğu gözlenmiş, palpasyonda yumuşak olarak ele gelmiştir. Yaklaşık 3X3X2 cm. boyutta olan kitle, tabanına çok yakın olarak bisturi ile kesilerek çıkarılmıştır. Kesi yerinde belirgin bir kanama olmamıştır. Tabanının

geniş olması nedeni ile, striktür oluşturmamak için koter kullanılmamıştır. Bronkotomi kesışı, 2-0 atravmatik Vicryl ile tek tek sütürlerle, kesi sınırına fazla tansiyon uygulanmaksızın, primer olarak kapatılmıştır. Basınçlı ventilasyonla kontrolde, sol AC'in gayet iyi ekspansiyon olduğu görülmüştür.

Histopatolojik incelemede, kitlenin bronş mukozası epitelile örtülü, fibröz kapsülle çevrelenmiş, olgun yağ hücrelerinden oluştuğu görülmüştür (Şekil 3-4).

Postoperatif 11. günde, sol ana bronş rijit bronkoskop ile kontrol edilmiş, bronkotomi sınırı ve kitlenin tabanının oturduğu mukozanın sağlam olduğu görülmüştür. Postoperatif 3. ay sonunda yapılan muayenede, solda solunum seslerinin, rijit bronkoskopide, bronş mukozasının normal olduğu, bronşta darlık olmadığı görülmüştür. Ayrıca bronkografide, daha önce konsolide olan sol alt lob dahil, sol AC'in tamamen normal olduğu gözlenmiştir (Şekil 5,6).

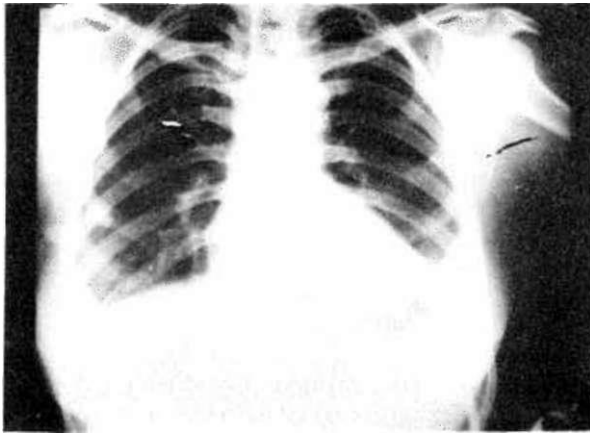
## TARTIŞMA

Watts, Clagelt ve Mac Donald (13), yaptıkları histolojik çalışmalarla şu sonuçlara ulaşmışlardır: 1) Büyük bronşların lipomları normalde submukozada bulunan yağ dokusundan kaynaklanır. 2) AC parankiminden gelişen veya plevral yerleşimli lipomlar sıklıkla küçük bronşlardan (1 mm. veya daha büyük çaplı) kaynaklanırlar.

Endobronşiyal lipomlar, yavaş büyür ve histolojik olarak benign tümörlerdir (3). Lipomun yüzeyini örten epitel yassı epitel metaplazisi gösterebilir. Bunun, sık tekrarlayan pnömoni ataklarının kronik irritasyonu sonucu olduğu üzerinde durulmaktadır (3). Endobronşiyal lipomda histolojik olarak, normal bronş mukozasının bir komponentini oluşturan olgun yağ hücreleri yanında da, bazen fibröz doku, glandüler doku, miksoid değişiklik alanları ile Bellin ve ark. (6) göre, metaplazik kemik ve kıvrıkdak doku alanları da gözlenebilir (7,8,10,13).

Endobronşiyal lipomlar, genellikle 1-3 cm. çapındadır. Fakat periferik lipomlar daha büyüktür (5). Genellikle orta yaşlı erişkinlerde ve sıklıkla sol AC'de görülürler. Yaş sınırlarının, 29 ile 85 arasında olduğu ve erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (1,3,5). Schraufnagel ve ark. (9), 49 olguyu içeren serilerinde 8 hastanın obez yapılı olduğuna dikkati çekmektedirler.

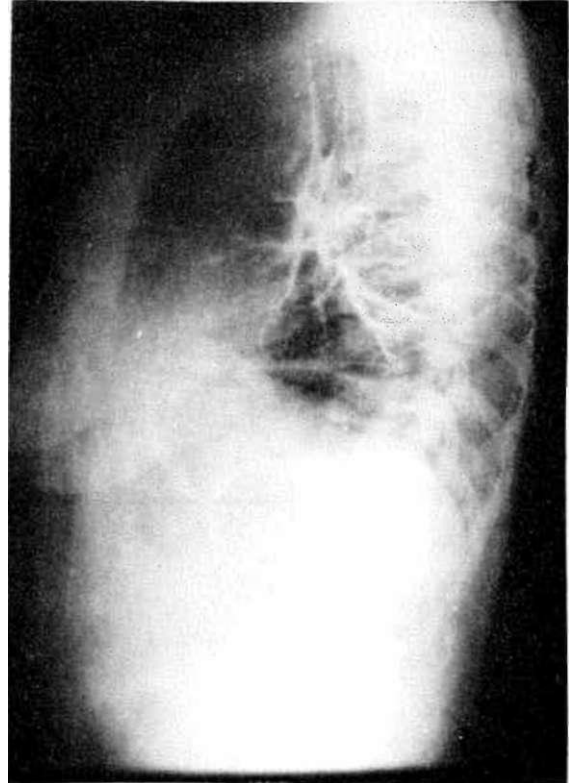
Tanıdan önceki semptomlu süre aylar ve yıllarla belirtilmektedir. Çünkü bu tümörler küçük boyutlu olup, büyüme hızları yavaştır (5). Bizim hastamızda bu süre beş yıldır. Tam olmayan bronş



tıkanıklıklarında öksürük, hırıltılı solunum ve pürülan balgam ile tekrarlayan infeksiyonlar semptomları oluşturur (3). Tam tıkanıklıklarda ateşlenme ve solunum sıkıntısı ile beraber AC parankim harabiyeti vardır. Bu hastalarda geç semptom olarak hemoptizi görülebilir (2,3).

Kesin tanı bronkoskopi ile konur. Tümör genellikle endoskopide pembe veya soluk-sarı, düzgün yüzeyle kitle olarak görülür. Bazen, makroskopik görünümü bronşiyal adenom ile karışabilir (3). Tümörün radyolojik bulguları spesifik değildir. Bronkografi, bronşial tıkanıklığın veya düzgün kenarlı dolma defektinin sınırlarının görülmesine ve lezyonun distalindeki bronş ağacının değerlendirilmesine yardım eder. Kompüterize tomografi, endobronşiyal lezyonun yapısını tanımlayarak konvansiyonel tekniklere fazlasıyla yardımcı olur ve gereksiz cerrahi girişimi önler (6).

Endobronşiyal lipomun tedavisi, eğer tam konabilirse erken dönemde çıkarılmasıdır. Küçük saplı lezyonlar bronkoskopi ile çıkarılabilir (4). Yayınlanmış serilerde olguların yaklaşık yarısı



Şekil 5. a-b) Postoperatif 3. ayda çekilen PA-AC grafisi ve BronKografide sol alt lob dahil sol AC'in tamamen normal olduğu görülmüştür.

bronkoskopi ile çıkarılmıştır (3). Büyük ve geniş tabanlı lezyonlarda sıklıkla bronkotomi gerekir. Lezyonun distalinde bronş tıkanıklığı ve kalıcı atelektazi nedeniyle AC parankiminde fibrotik değişiklikler ve bronşektazi gelişir ise, segmentektomi, lobektomi, hatta pnömonektomi gerekir (2-4). Smirniotopoulos ve ark. (11), A.B.D.'de ilk defa fiberoptik bronkoskopi ile Nd: YAĞ (neodymium-yttrium-aluminum-garnet) laser uygulaması ile bir

hastada endobronşiyal lipomu çıkardıklarını bildirmişlerdir.

Bir hastada uzun süreli öksürük, balgam çıkarma ve tekrarlayan pnömoni hikayesi, radyolojik olarak distal bronşektazi veya lobar atelektazi gelişimiyle beraberse, bronşiyal lipom da düşünülmelidir. Erken dönemde lipomun bronkoskopik yol ile çıkarılması veya uygun bir rezeksiyonla sempetomların üstesinden gelinbilir.

1. Cockerott DW, Copland GM, Donevan RE and Gourlay RII: Endobronchial lipoma: two cases and review of the literature. *Can. Med. Assoc. J.* 1976; 115(4): 326-328.
2. Dogan R, Unlii M, Gungen Y, and Moldibi B: Endobronchial lipoma. *Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1988; 36(4): 241-243.
3. Eastridge CE, Young JM, and Steplock AL: Endobronchial lipoma. *South. Med. J.* 1984; 77(6): 759-761.
4. Giudice JC, Gordon R, and Komansky IJ: Endobronchial lipoma causing unilateral absence of pulmonary perfusion. *Chest* 1980; 75(1): 104-105.
5. Iannicello CM, Shoenuit JP, Sharma GP, and McGoey JS: Endobronchial lipoma: Report of three cases. *Can. J. Surg.* 1987; 30 (6):430-431.
6. Mendelsohn SL, Fagelman D, and Zwanger-endelsohn S: Endobronchial lipoma demonstrated by CT. *Radiology* 1983; 148 (3): 790.
7. Palvio D, Eegbelad K, and Paulsen SM: Atypical lipomatous hamartoma of the lung. *Virchows Archiv (Pathol. Anat.)* 1985; 405: 255-261.
8. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, DeCock D, Stengel BF, and Choi II: Intrathoracic lipoma: Report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1979; 77(4):550-556.
9. Schraufnagel DE, Morin JE, and Wang NS: Endobronchial lipoma. *Chest* 1979; 75 (1): 97-99.
10. Shapiro R and Carter MG: Peripheral lipoma of the lung-Report of a Case. *Am. Rev. Tuberc. Pulm. Dis.* 1954; 69:1042-1044.
11. Smirniotopoulos Tf, Quate LJ, Arabian A, and Rohatgi PK: Endoscopic removal of a bronchial lipoma with the Neodymium-AG laser. *Endoscopy* 1986;18(5): 197-198.
12. Touroff ASW, and Seley GP: Lipoma of the bronchus and the lung - A report of two unusual cases. *Ann. Surg.* 1951; 134: 244-250.
13. Watts CP, Clagett OT, and McDonald JR: Lipoma of the bronchus: Discussion of benign neoplasma and report of a case of endobronchial lipoma. *J. Thorac. Surg.* 1946; 15:132-144.