

PULMONER HAMARTOMA (Vaka Takdimi)

Dr. Ahmet BAŞOĞLU(*)
Dr. Orhan ÇILDAĞ (*)
Dr. Ümit ÖZBEK (**)
Dr. Aylin GÜL (***)

ÖZET :

Bu makalede, kliniğimizde teşhis ve tedavisi yapılan 2 pulmoner hamartoma olgusu, literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

Anahtar Kelime: Pulmoner Hamartoma

GİRİŞ :

Akciğer tümörlerinin % 1'inden daha azı iyi huyludur. İyi huylu tümörler akciğerde mevcut hücre tiplerinin herhangi birinden kaynaklanabilir. En sık görüleni hamartomadır (1).

Hamartoma terimi ilk defa Albrecht tarafından 1904'te kullanılmış ve bir organdaki normalde mevcut dokuların düzensiz gelişmesi olarak tarif edilmiştir (2,3).

Ard arda karşılaştığımız iki ayrı olgu nedeniyle, genelde nadir gözükten hamartomaları literatürü gözden geçirerek yayımlamayı düşündük.

OLGU -1:

Hasta Ş.T 42 yaşında, Erzurum'dan başvuruyor. Geliş şikayetleri: Öksürük, balgam çıkarma, sırtta ağrı.

Bir yıldan beri öksürük ve balgam çıkarma, bir aydan beri de sırtında ağrı şikayeti nedeniyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastanın fizik muayenesi özellik arz etmiyordu.

Laboratuvar tetkiklerinde; sedimantasyon: 5-8 mm/1-2 saatte, akciğer PA grafisinde sağ orta zonda periferik yakın kısımda 3x3 cm ebadında, düzgün kenar-

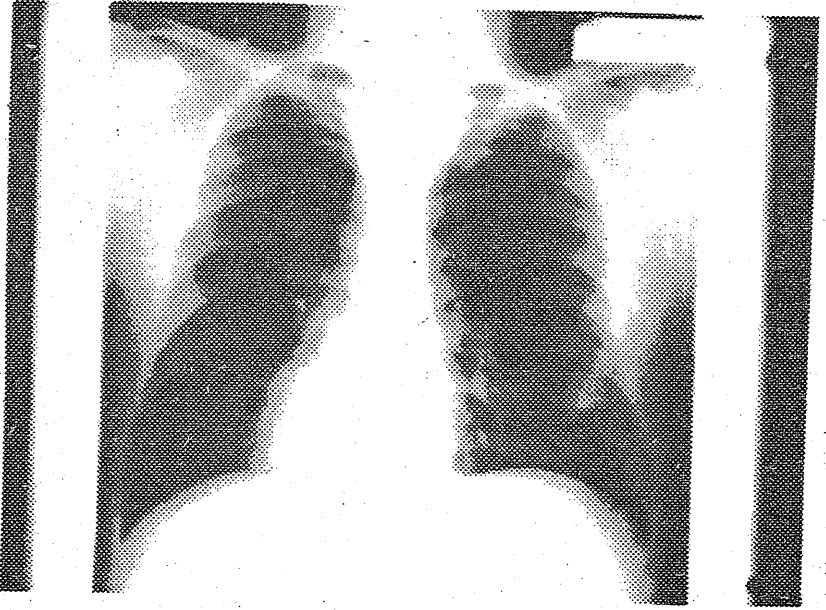
(*) Atatürk Ün. Tıp. Fak. GKDC Anabilim Dalı Doçenti

(*) Atatürk Ün. Tıp. Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Doçenti

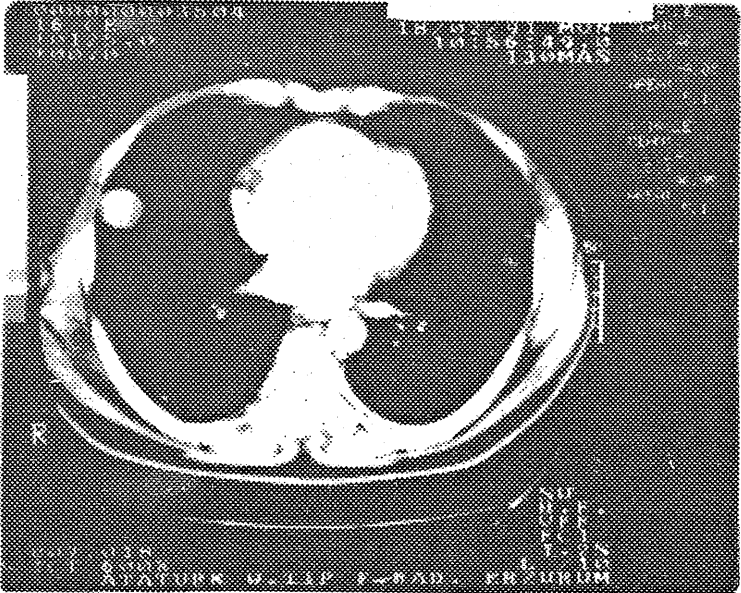
(**) Atatürk Ün. Tıp. Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Y. Doçenti

(***) Atatürk Ün. Tıp. Fak. GKDC Anabilim Dalı Arş. Gör.

lı, içinde dağınık kalsifikasyon gösteren lezyon mevcuttu. Yapılan bilgisayarlı toraks tomografisinde (&) sağ akciğer orta zon lateralde plevral yaprağa oldukça yakın lokalizasyonda; yuvarlak, düzgün kenarlı, yumuşak doku dansitesinde yaklaşık 3 cm çaplı kitle lezyon ve içinde düzensiz kalsifikasyon izlendi.



Resim 1 Olgu 1'in PA Akciğer Grafisi

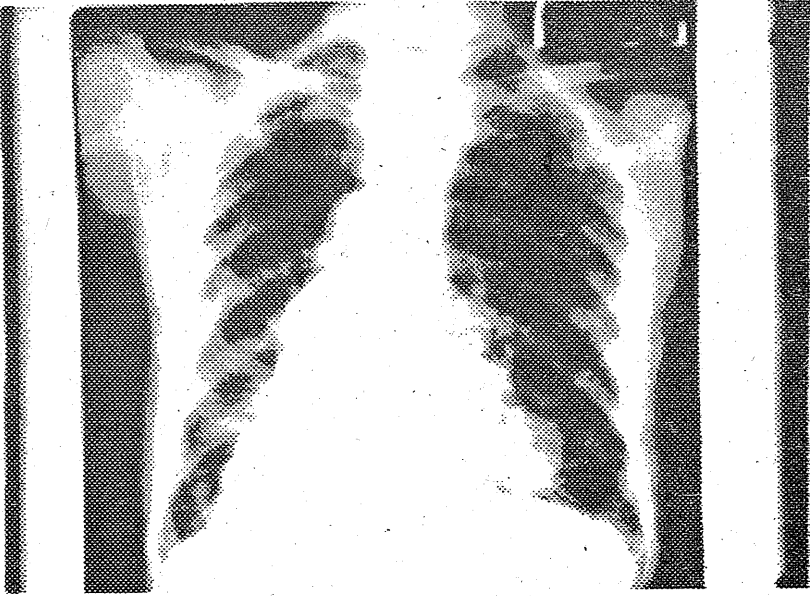


Resim 2 Olgu 1'in BTT'si

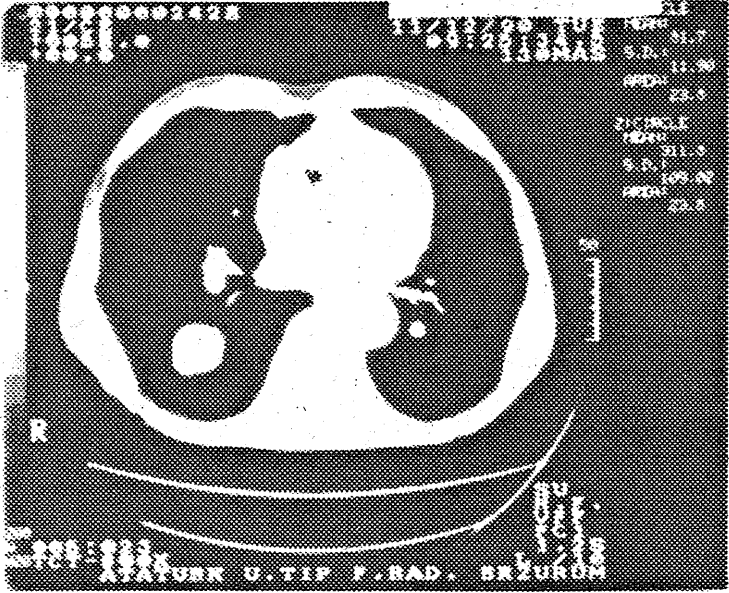
Bu bulgularla benign lezyon düşünölen hastanın operasyonuna karar veröle- rek, sağ torakotomi yapıldı. Üst lob arka yüzünde ve visseral plevra altında 3x3 cm ebadında, üzeri pürüklü kitle entükle edildi.

OLGU -2:

İ.B. 76 yaşında erkek hasta Erzurumdan öksürük ve balgam çıkarma şikayetleri ile başvuruyor. 0-30 yıldır benzer yakınmaları olan, bazen beyaz, bazen de sarı-siyah renkte balgam çıkardığını ifade eden hasta göğüs hastalıkları servisine yatırılarak tetkik edildi. 35-40 yıldır günde yarım paket sigara içen hastanın fizik muayenesinde; dinlemekle bilateral solunum seslerinde, ekspiryum da uzama, alt zonlarda inspiratuvar raller mevcuttu. Akciğer grafisinde, sağ para kardiyak dört cm çapında belirgin kenarlı oval lezyon göröldü. Balgam sitolojisinde tümör hürcesi görölmedi. Hastaya BTT ve bunun eşliğinde transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Tomografide akciğer parankiminde, sağ orta zon da, posterior lokalizasyonda 4 cm çaplı, düzgün kenarlı, çevre dokularla ilişkisi minimal olan yer, yer kalsifiye odaklar içeren lezyon göröldü.



Resim 3 Olgu 2'nin PA Akciğer Grafisi



Resim 4 Olgu 2'nin BTT'SI

Biopsi materyalinin patolojik incelemesi sonucu mezotel hücre hiperplazisi olarak bildirildi. Operasyona karar verilen hasta göğüs cerrahisi kliniğine nakle edildi. Yapılan sağ torakotomide akciğer alt lob superior segmentte yaklaşık 4x5 cm boyutlarında orta sertlikte kitle enükleasyonla çıkarıldı. Kitlenin patolojik muayenesi sonucu pulmoner hamartoma olduğu tesbit edildi.

YORUM:

Genellikle 50-60 yaşlarındaki kişilerde asemptomatik periferik lezyon şeklinde görülebilen, çoğu kez radyolojik taramalar sırasında fark edilen hamartomalar otopsielerde % 0.25 oranında rastlanmıştır (1,3,4).

Akciğer grafilerinde yuvarlak veya lobule, düzgün ve keskin sınırlı lezyon olarak gözükür. İçerdiği kalsiyum ve kemik yapı grafide gözükülebilir. Radyografik olarak popcorn şeklindeki kalsifikasyon tipik olup % 10-30 oranında görülmektedir (3,5). Yüksek rezolüsyonlu BTT kalsifikasyon tesbitinde standart tomografiye göre çok daha hassastır. Yine çoğu çalışmalarda hamartoma içindeki yağ ortaya çıkarmak için BTT uygulamaları yapılmıştır.

Siegelman ve arkadaşları (1,4) hamartomaların % 50 sinde BTT ile yağ belirlemişlerdir. Kalsifiye olmayan pulmoner nodüllerin ayırıcı tanısında pulmoner hamartoma metastatik tümörden ve primer akciğer kanserinden konvansiyonel radyografi ile ayrılamaz (3).

Hamper (3) hamartomayı radyolojik olarak iyi sınırlı, soliter, lobüle çapı 4 cm'den daha küçük, %10-30 oranında popcorn tarzında kalsifikasyon ihtiva eden % 30-50 oranında yağ içeren kitle lezyon olarak tarif etmektedir.

Rubinstein ve arkadaşları (6) BTT ile keskin sınırlı, içinde yağ ve kalsiyum ihtiva eden 2,5 cm'den daha küçük çaptaki lezyonlarda hamartoma tanısını koymaktadırlar.

Bateson (7) Radyolojik patolojiyi mezenşimal ve epitelial dokuların karışımı ile oluşan benign bir neoplazm olarak tarif etmiştir. Mezenşimal dokunun göstergesi kıkırdaktır. Kıkırdak içeriğinin fazla olması nedeniyle kondroma veya kondromiksoid hamartoma olarak da anılır (1,4).

Histogenezisi açıklamak üzere birçok teori ileri sürülmüştür (3,8).

- Bunlar: 1-Normal dokunun hiperplazisi
2- Fokal doku malformasyonu
3- Konjenital malformasyon
4- İnflamasyon veya tümöral gelişme

gibi teorileridir.

Hamper ve arkadaşları (3) transtorasik iğne biopsisi ile hamartomalara % 85 doğrulukla tanı koymuşlardır. Ancak bu lezyonların sert olması nedeniyle aspirasyon sonrası % 50 oranında pnömotoraks gelişebilir. Bu komplikasyon diğer periferik nodüllerdekinin iki mislidir (1).

Aspirasyon materyalindeki kıkırdak fragmanları hamartoma için diagnostiktir. Bundan dolayı standart radyografi ve BTT'de hamartomadan şüphe edilen olgularda iğne aspirasyon biopsisi endikasyonu vardır. Özellikle torakotomi için genel durumu uygun olmayanlarda yararlıdır (1,4).

Yazarlar minimal büyüme gösteren lezyonlarda konservatif davranmayı, ancak hızlı büyüyen ve 2,5 cm'den büyük olanlarda operasyon önermektedirler (9). Bazı yazarlar bu görüşe katılmamakta ve akciğerin kondromatöz hamartoması ile akciğer kanseri arasında ilişki olduğunu belirtmektedirler (6). İlave olarak bazıları benign lezyonların malignleşebileceğini bildirmişlerdir (9). Bu görüşe inanan yazarlar pulmoner hamartomalı hastalarda malignleşme potansiyeli nedeniyle enükleasyon yerine lokektomi yapılmasının daha uygun olacağını belirtmişlerdir (9-12).

Siegelman ve arkadaşları (5) çalışmalarında 47 hastada herhangi bir malignleşme görmemişlerdir. Bu nedenle konservatif davranmayı tavsiye etmektedirler.

Rubinstein ve arkadaşları (6) pulmoner hamartomalı lezyonlarda kürabl akciğer kanseri olabileceğinden segmental rezeksiyon önerirler.

Birinci olgumuzda toraks grafisi ve BTT'de iyi huylu lezyon düşünüldü. Ancak lezyonun çapı 3 cm idi. Bazı yazarların 2,5 cm'den küçük lezyonlarda önerdiği konservatif davranmayı gerektiren sınırı aşmıştır. Bu nedenle torakoto mi yapılarak enükleasyon uygulandı.

İkinci olgumuz yaşlı olup solunum fonksiyonlarında orta derecede obstrüktif tipte yetersizlik vardı. Akciğer grafisi ve tomografide görülen lezyon yaklaşık 4 cm çapında idi. Tanıyı kesinleştirmek amacıyla ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Patolojik inceleme sonucu, lezyonun malign olabilme ihtimalini - ekarte etmiyordu. Kitle torakotomi ile enüklea edilerek çıkarıldı. Solunum yeterliliğine neden olmamak için rezeksiyondan kaçınıldı.

Sonuç olarak hamartoma gibi benign lezyon düşünülen olgularda; çapı 2,5 cm'den küçük ise konservatif gidilmesi, daha büyüklerde ise lezyonun cerrahi olarak çıkarılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz. BTT ve bunun rehberliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biopsisi kesin tanıya ulaşmakta en uygun yöntemlerdir. Bu yöntemlerle malignite şüphesi giderilemezse, hastaya cerrahi müdahale ile ekizyon uygulanmalı.

SUMMARY :

PULMONARY HAMARTOMA

In this article two patients with pulmonary hamartomas and a review of the literature are presented, who were diagnosed and treated in our clinics.

KAYNAKLAR :

- 1- Shields, TW, Robinson P.G.: Benign and Lees common mali gnant tumors of the lung (in Shields TW (Ed) General Thoracic Surgery 3.nd, Ed., Philadelphia Lea febiger p: 935-936, 1989
- 2- Borro JM, Moya JA, Botella JD, Padilla A, Canto A, Paris F: Endobronchial Hamartoma Scand J Thor. cardiovasc. Surg. 23: 285-287, 1989.
- 3- Hamper UM, Khouri NF, Stitik FP, Siegelman SS: Pulmonary hamartoma: diagnosis by transthoracic needle aspiration biopsy. Radiology 155: 15, 1985.
- 4- Siegelman SS, Khouri NF, Scott WW Jr, Leo FP, Hamper UM, Fishman EK, Zerhouni EA: Pulmonary Hamartoma CT Findings. Radiology 160: 313-317, 1986.
- 5- Siegelman SS, Khouri NF, Leo FP, Fishman EK, Braverman RM, Zerhouni EA: Solitary Pulmonary Nodules: CT Assessment Radiology 160: 307-312, 1986.
- 6- Rubinstein I, Hoffstein V: Pulmonary Hamartoma: CT Findings. Radiology 162: 878 1987.
- 7- Bateson EM: so called hamartoma of the lung a true neoplasm of fibrous connective tissue of the bronchi. Cancer 31: 1458-1467, 1973.

- 8- Böke, E, Doğan R, Günay I, Soncul H, Özbay G, Mohamed MH: Pulmoner Konduromatöz Hamartomalar. *tüberküloz ve toraks* 33: 239-242, 1985.
- 9- Karasik A, Modam M, Jacob CO, Liberman Y: Increased risk of lung cancer in patients with chonduromatous hamartoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 80:217-220 1980,
- 10- Poulsen JT, Jacobsen M, Francis. D: Probable malignant transformation of a pulmonary hamartoma. *Thorax* 34: 557-558, 1989.
- 11- Kılıçarslan, Z, Küçükusta AR, Öztekin İ, Dölalan, M, Kanca A.: Üç pulmoner hamartoma olgusu *tüberküloz ve toraks* 34: 36-40 1986.
- 12- Doğan R, Yüksel M, Süzer K, Kaya S, Çetin G: Pulmoner Hamartomalar. *Tüberküloz ve toraks* 35: 33-39, 1987.