

# BRONKOSKOPİK YOLLA TEDAVİ EDİLEN ENDOBRONŞİAL HAMARTOM OLGUSU: OLGU SUNUMU

## Endobronchial Hamartoma Case Treated with Bronchial Procedure: Case Report

Bayram METİN<sup>1</sup>, Yavuz Selim İNTEPE<sup>2</sup>, Bülent ÇİFTÇİ<sup>2</sup>

### ÖZET

Akciğerin nadir görülen benign tümörlerinden olan hamartomlar intraparenkimal veya endobronşial yerleşim gösterirler. İntraparenkimal olan hamartomlar asemptomatik oldukları sürece radyolojik olarak takip edilirken, daha çok semptomatik olan endobronşial hamartomların eksizyonu gerekir. Girişimsel bronkoskopik uygulamalar bu hastalarda tedavi seçeneklerinden biridir. Burada sol ana bronşa yerleşim gösteren ve rijit bronkoskopi ile tedavi edilen bir hamartom olgusu sunulacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** *Hamartom; Bronkoskopi; Endobronşial*

### ABSTRACT

Hamartomas which rare benign tumors of lung are located in intraparenchymal or endobronchial. While intraparenchymal hamartomas are recognized radiologically as long as they are asymptomatic, endobronchial hamartomas which are more symptomatic must be excised. Interventional bronchoscopy application is one of the treatment option in these patients. Here, a hamartoma case that it is located in the left main bronchus and treated with rigid bronchoscopy will be presented.

**Keywords:** *Hamartoma; Broncoscopy; Endobronchial*

<sup>1</sup>Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Göğüs Cerrahi AD. Yozgat

<sup>2</sup>Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Göğüs Hastalıkları AD. Yozgat

Bayram METİN, Yrd. Doç. Dr.  
Yavuz Selim İNTEPE, Yrd. Doç. Dr.  
Bülent ÇİFTÇİ, Prof. Dr.

### İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Bayram METİN  
Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Göğüs Cerrahi AD. Yozgat  
Tel: 05072385361  
e-mail:  
drbaymet@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 29.09.2017  
Kabul tarihi/Accepted: 07.11.2017

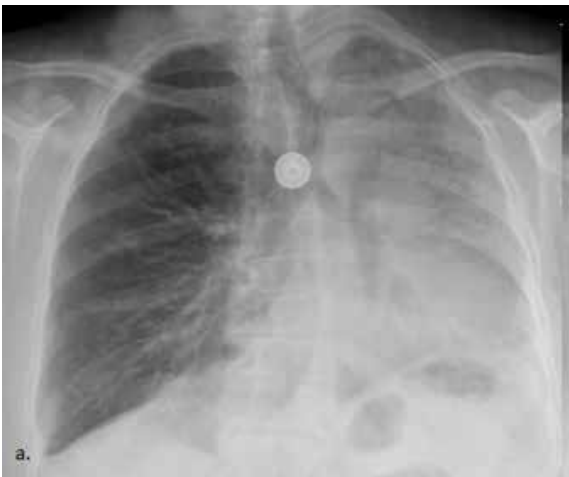
Bozok Tıp Derg 2017;7(4):108-12  
Bozok Med J 2017;7(4):108-12

## GİRİŞ

Pulmoner hamartomlar akciğerin nadir görülen benign tümörlerindedir. Nadiren malign transformasyon gösterirler. Sıklıkla kıkırdak yapılar, yağ doku, düz kaslar ve respiratuvar epitel hücreleri içeren epitelyal ve mezenkimal yapıların anormal şekilde organizasyonu sonucu oluşurlar (1,2,3). Akciğer hamartomları daha çok akciğer parankiminde periferik yerleşimli görülmele birlikte, %1,4 oranında endobronşial yerleşim gösterdikleri bilinmektedir. Endobronşial yerleşim bölgeleri içerisinde ise daha çok segment bronşlarında, daha sonra ise lob bronşlarında ve trakeada da görüldüğü bildirilmektedir (2,4). Hamartomlar endobronşial yerleşim göstermediği sürece çoğunlukla asemptomatik olarak kalmaları ile birlikte, rutin akciğer taramaları esnasında intraparakimal periferik lezyon şeklinde insidental olarak tespit edilirler. Bizde burada uzun yıllar nefes darlığı ve öksürük şikâyetleri ile astım ve kronik bronşit tanıları ile takip edilen ve yapılan bronkoskopi sonucunda endobronşial lezyonu tespit edildikten sonra rijit bronkoskopi ile küratif tedavi edilen hastamızı sunmayı amaçladık.

## OLGU

Öksürük ve nefes darlığı şikâyeti ile göğüs hastalıkları kliniğine başvuran 54 yaşında bayan hasta uzun yıllar nefes darlığı nedeni ile tedavi görmüş. Hastanın fizik muayenesinde solda solunum sesleri kabalaşmış ve sibilan ronküsleri vardı. PAAC grafisinde solda yaygın heterojen pnömonik konsolüde alanları mevcuttu.



**Resim 1. a.)** Preoperatif PAAC grafisinde solda belirgin pnömonik konsolüde görünüm izlenmektedir. **b.)** Postoperatif 2. Ayında çekilen PAAC grafisinde sol akciğerdeki pnömonik konsolidasyon tamamen kaybolmuş durumda.

Toraks CT'de sol ana bronş distal kısmını total tıkayan endobronşial lezyon ve lezyonun distalindeki akciğer parankiminde pnömonik konsolüde alan içerisinde bronşiektazik değişiklikler görülmüştü. Solunum fonksiyon testinde FVC:1,56 lt %83, FEV1:0,96 lt (%62), FEV1/FVC: %62 idi ve obstruktif akciğer hastalığı olarak yorumlanmıştı. Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopiye sol ana bronş karinasından itibaren yaklaşık 3 cm sonra sol ana bronşu total tıkayan endobronşial lezyon görüldü. Lezyonun distaline geçilemedi. Lezyondan alınan biyopsi sonucu kronik inflamasyon olarak geldi. Daha sonra hastaya rijit bronkoskopi yapılarak sol ana bronştaki yaklaşık 2,5x1,5 cm büyüklüğündeki lezyon rijit forseps yardımı mekanik rezeksiyon yöntemi ile çıkarıldı. Lezyonun sap kısmının sol ana bronş sekonder karina bölgesinden kaynaklandığı görüldü ve bölgedeki kanama alanları elektrokoter kullanılarak koagüle edildi.



**Resim 2. a.)** Rijit bronskopide sol ana bronş distalinde kitle lezyonun görüntüsü. **b.)** Rijit bronkopskopi ile eksize edilerek çıkarılan kitlenin makroskopik görünümü.

Çıkarılan lezyon frozen inceleme amaçlı patolojiye gönderildi ve sonuçta hamartom olarak belirtilmesi üzerine hastaya ek bir cerrahi müdahale uygulanmadı. Postoperatif 2. ayda çekilen toraks BT incelemesinde herhangi bir nüks ile karşılaşılmamakla birlikte sol akciğerdeki konsolüde görünümün gerilediği gözlemlenmiştir.



**Resim 3. a.)** Preoperatif Toraks BT’de sol ana bronş distal kesimde endobronşial lezyon ve lezyonun distalinde konsolüde görünüm izlenmektedir. **b.)** Postoperatif BT’de sol ana bronş lümeni açık ve distaldeki konsolüde görünüm kaybolmuş olarak izlenmektedir.

Nefes darlığı şikâyetleri tamamen gerileyen hastanın, SFT değerlerinde FEV<sub>1</sub> değeri preoperatif 0.96 lt (%62) den 1.20 lt (%78)’e kadar yükselmiş ve hastanın bronkodilatör ihtiyacı azalmıştır.

### TARTIŞMA

Hamartoma terimi ilk defa Eugen Albrecht tarafından 1900’lü yılların başlarında literatürde neoplazmadan farklı olarak normal bir doku alanında bir veya daha fazla dokunun anormal formasyonunun yer aldığı yeni bir tümör sınıfı olarak tanımlanmıştır (5). Her 400 otopside birinde görülebildiği belirtilmiştir. Hamartomaların histolojik yapısı matur kartilajdan,

sıklıkla, düz kaslar, hücrelerinin ve fibröz dokunun değişen miktarlarını içeren lobule miksoid fibröz dokuya değişim gösterir. Ayrıca bir respiratuar epitel komponenti de genellikle hamartomun yüzeyinde ve içerisinde bulunur (2,6).

Genellikle rutin göğüs filmi taramalarında insidental olarak tespit edilirler. Tümör boyutunun genellikle 1-4 cm ölçüleri arasında değiştiği, yuvarlak, düzgün kenarlı enkapsüle ve gri pembe renkte olduğu belirtilmişse de, ilerleyen yaşlarda daha büyük çapta lezyonlarla karşılaşılabilen hipotezi de bildirilmiştir. Bununla birlikte olguların en sık görüldüğü yaş ortalaması 6. dekad da erkeklerde daha sık olarak belirtilmiştir. İnfantlarda hamartomla karşılaşılma olasılığının çok nadir olduğu literatürde belirtilmiştir (2,6,7). Bizim vakamız da 54 yaşında idi ve literatürü destekleyen bir yaş aralığına girmekte idi.

Akciğer hamartomları genellikle intraparakimal yerleşim göstermekle birlikte endobronşial yerleşim gösteren hamartomların oranı da tüm akciğer hamartomları arasında %1,4 olarak belirtilmiştir. İnaparakimal yerleşim gösteren hamartomlar daha öncede belirtildiği gibi çok büyük boyutlarda olmadıkları sürece semptom vermezler ve daha çok başka bir sebeple çekilen akciğer grafilerinde insidental olarak tespit edilir. Oysa endobronşial veya endotrakeal yerleşim gösteren hamartomlar öksürük, kanlı balgam veya bizim hastamızda olduğu gibi bir ana bronşun tamamına yakınına tıkanmasına bağlı nefes darlığı gibi semptomlar ile gelebilirler (2,3,8).

Pulmoner hamartomların direk grafi ve/veya tomografik incelemelerinde yağ dansitesinde düzgün sınırlı bazende hafif lobülasyon gösteren nodüller şeklinde görülürler. Yağ dansitesi içerisinde popcorn kalsifikasyonların tüm olgularda görülmediği belirtilmekle birlikte görülme oranı %10-50 aralığında belirtilmiştir ve kalsifikasyonun görülmesi diagnostiktir (2,8). Bizim olgumuzun tomografi incelemelerinde herhangi bir kalsifikasyon gözlenmemiştir ve tamamen yağ dansitesinde idi.

Pulmoner hamartomalar benign karakterde tümör olmaları ve nüks oranının çok düşük olması nedeni ile tedavinin temel ilkesi, parankim koruyucu cerrahi uygulanmasıdır. İnaparakimal yerleşim gösteren hamartomlar radyolojik takip yöntemi ile takip edilebileceği gibi, takip sırasında büyüme göstermesi veya lokalizasyonuna ve büyüklüğüne göre semptomatik olmaları durumunda cerrahi eksizyon yöntemlerine de gidilebilir. Cerrahi eksizyon yöntemi olarak kitle enüklasyonu, wedge rezeksiyon, lobektomi ve bazen santral yerleşim gösteren hamartomlarda pnömonektomiye kadar geniş rezeksiyon yöntemleri yapılması gerekebileceği literatürde belirtilmiştir(2). Endobronşial yerleşim gösteren pulmoner hamartomalarda ise kitlenin lokalizasyonuna göre bronkotomi ile eksizyon ve lobektomi gibi diğer cerrahi rezeksiyon yöntemlerinden biri seçilebileceği gibi girişimsel bronkoskopik yöntemlerde kullanılabilir. Girişimsel bronkoskopik yöntemler arasında rijit bronkoskopi ile mekanik rezeksiyon ve lazer, elektrokoter ve krioterapi gibi aletler yardımı ile rezeksiyon yöntemleri kullanılabilirdiği literatürde belirtilmiştir (3). Bizim olgumuzda biz sol ana bronş distal kesimde yerleşim gösteren lezyonu önce rijit bronkoskopi altında rijit forseps yardımı ile mekanik olarak rezeke ettikten sonra hem kanama kontrolü hem de rezüdü tümör artıklarını yakmak amaçlı elektrokoter kullandık. Postoperatif 3. ayında çekilen kontrol tomografisinde lümen tamamen açık olarak izlendi ve kitlenin distalinde kalan akciğerdeki bronşiektazik konsolüde alanlarda belirgin düzelme olduğu gözlemlendi.

Sonuç olarak pulmoner hamartomalar benign karakterde lezyonlar olması nedeni ile çoğunlukla cerrahi tedaviden kaçınmak gerekir. Fakat çoğunlukla semptomatik olan endobronşial yerleşim gösteren lezyonlara başarılı bir bronkoskopik eksizyon yöntemi uygulanarak hem semptomların önüne geçilebilir hem de bizim olgumuzda olduğu gibi obstrüksiyonun periferinde oluşacak parankim hasarlarının önüne geçilebilir.

## REFERANSLAR

1. Dildar D, Ağca M, Bulum SC ve ark. Nadir Bir Hemoptizi Nedeni: Endobronşiyal Hamartom. Yeditepe Medical Journal 2015;11(36): 953-956.
2. Tözüm H, Üçvet A, Gürsoy S ve ark. Akciğer hamartomu: 15 olgulu bir analiz. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2009;17(3):186-190.
3. Segmen F, Aktas Z, Yılmaz A ve ark. Girişimsel bronkoskopi ile tedavi edilen endobronşiyal hamartom olgusu. Tuberk Toraks 2013; 61(4): 348-350.
4. Panagiotou M, Kalkanis A, Karagiannidis N, et al. A Case of Tracheal Hamartoma Resected with Loop Electrocautery. Case Rep Pulmonol. 2013; 2013: 568590. doi: 10.1155/2013/568590.
5. Ober W.B. Selected items from the history of pathology: Eugen Albrecht, MD(1872-1908): hamartoma and choristoma. Am J Pathol. 1978; 91(3):606.
6. Perez-atayde A.R. Seiler M.W. Pulmonary hamartoma An ultra-structural study. Cancer 1984;53: 485-492.
7. Saadi M.M, Barakeh D.H, Husain S, et al. Large Multicystic Pulmonary chondroid hamartoma in a child presenting as pneumothorax. Saudi Med. J. 2015;36(4):487-489.
8. Madan K, Sharma N, Singh N, et al. Large Pulmonary hamartoma with "popcorn" like calcification. Monaldi Arch Chest Dis. 2011;75(4):243-244.