

ASTİM SEMPTOMLARI İLE BAŞVURAN DEV PULMONER HAMARTOM

GIANT PULMONARY HAMARTOMA PRESENTING WITH SYMPTOMS OF ASTHMA

**Aysen EVKAN, Berna KÖMÜRCÜOĞLU, Gamze KAPLAN,
Müge GÜVENÇLİ, Enver YALNIZ, Bilge SALIK**

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Anahtar sözcükler: Dev pulmoner hamartom, astım, benign akciğer tümörü

Key words: Giant pulmonary hamartoma, asthma, benign lung tumors

Geliş tarihi: 02 / 07 / 2015

Kabul tarihi: 18 / 09 / 2015

ÖZET

Pulmoner hamartomlar akciğerin en sık rastlanan iyi huylu tümörüdür. Genel olarak rastlantısal çekilen radyolojik görüntülemelerde 1mm- 4cm arasında boyutlarda nodül/kitle lezyonu olarak tespit edilirler. Genelde küçük boyutlu asemptomatik rastlantısal lezyonlar olarak saptanırlar. Soliter pulmoner nodüllerin %6'sını oluşturur. Değişen oranlarda matür kıkırdak, fibröz doku, yağ doku ve epitelyal elemanlardan oluşur. Genellikle 60-70 yaş arasında erkeklerde daha sık olarak görülürler. Olgumuzda olduğu gibi 8 cm'i geçen dev pulmoner kitleye neden olmalarına literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Dev boyutlu pulmoner hamartomlar nadirdir ve hava yolu obstruksiyonlarına bağlı semptomlar oluşturabilir. Bronkodilatör tedaviye yanıt vermeyen astım semptomları ile başvuran 58 yaşında kadında olguda saptanan dev pulmoner hamartom sunuldu.

t

GİRİŞ

Pulmoner hamartomlar en sık görülen benign pulmoner neoplazilerdir (1,2). Soliter pulmoner nodüllerin %6'sını oluşturur. Değişen oranlarda matür kıkırdak, fibröz doku, yağ doku ve epitelyal elemanlardan oluşur. Genel-

SUMMARY

Giant pulmonary hamartoma presenting with symptoms of asthma; Pulmonary hamartoma is the most common benign tumor of the lung. Overall they are determined as an accidentally nodules or masses on chest graphics, between 1mm- 4cm diameters. Hamartomas constitute 6% of solitary pulmonary nodules and contains of varying proportions of epithelial elements, mature cartilage, fibrous tissue, and fat tissue. They are usually seen more frequently in males between 60-70 years old. Giant pulmonary mass > 8 cm , as in our case has been rarely reported in the literature. Giant pulmonary hamartoma are rare and can create symptoms due to airway obstruction. A 58-year-old woman with asthma symptoms which not responding to treatment, was diagnosed as giant pulmonary hamartoma is presented.

likle 60-70 yaş arasında erkeklerde daha sık olarak görülürler. Çoğunlukla parankimal olmakla beraber %1,4-19,5 oranında endobronşiyal lokalizasyondadır. İntraparankimal yerleşimli olanlar çoğunlukla asemptomatiklerdir. Çekilen rutin grafilerde rastlantısal olarak saptanırlar (2-5). Hamartomlar genellikle düzgün

ASTİM SEMPTOMLARI İLE BAŞVURAN DEV PULMONER HAMARTOM

sınırlıdır ve %30'a varan oranlarda kalsifikasyon içerdikleri bildirilmiştir. Klasik olarak "patlamış mısır (popcorn) kalsifikasyonlar" pulmoner hamartoma özgül kabul edilmektedir (1,3,4).

Endobronşiyal yerleşimli olanlar; çok düşük oranda (<%10) görülmelerine rağmen genelde neden oldukları obstrüksiyona bağlı atelektazi, pnömoni yada apse formasyonu oluşturarak bariz klinik semptomlarla gelebilirler (2,3).

OLGU

58 yaşında bayan hasta kliniğimize ataklar halinde gelen nefes darlığı, öksürük yakınması ile başvurdu. Özgeçmişte; özellik yoktu, 10 paket yılı sigara kullanımı vardı. Öyküsünde hasta iki yıldır ataklar halinde gelen nefes darlığı ve hırıltılı solunum yakınması olduğunu ve farklı merkezlerde astım tanısı ile tedavi gördüğünü ancak düzenli ilaç kullanmasına rağmen yakınmalarının son dönemde giderek arttığını ifade etti. FM de; bilateral yaygın ekspiratuvar ronküsler mevcuttu. Yapılan reversibiliteli solunum fonksiyon testinde; pre FEV-1; 1.58 (% 53), post FEV-1; 1.94 (%65); pre FEV-1/FVC; % 63, pre FVC; 2.52 (%68) Post FVC ; 3.04 (%82), FEV-1/FVC; % 81- 84.

Çekilen PA akciğer grafisinde sağ üst lobda yaklaşık 7*8 cm ebadında düzgün sınırlı, yer yer kalsifikasyon odakları içeren sağ üst ve orta zonu kaplayan, mediasten ile sınırı silinmeyen homojen dansite artımı izlendi. Lezyonun distalinde orta ve alt zonlarında heterojen infiltratif alanlar mevcuttu (Resim 1) Hastaya akciğer tümörü ön tanısı ile Toraks BT çekildi. Toraks BT'de sağ akciğer üst lob posteriorndan, alt lob superiora uzanan kalsifik komponentin eşlik ettiği heterojen iç yapıda, yaklaşık 75x80 mm boyutlu kitle lezyonu ve

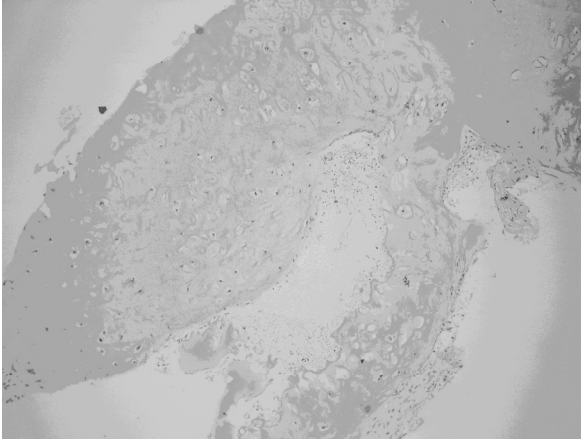
distalinde sağ akciğerde bronşektatik lezyonlar ve heterojen infiltratif alanlar mevcuttu (Resim 2 a,b,c). Çekilen PET-CT de kitle lezyonunun mediastinal vasküler yapılar ile eş düzeyde SUV tutulumu olduğu, patolojik tutulum olmadığı rapor edildi. Hastaya TTİAB biyopsisi uygulandı, patoloji "pulmoner hamartom" tanısı aldı (Resim 3). Hasta rezektabilite açısından göğüs cerrahisi ile değerlendirildi ancak hasta önerilen operasyonu kabul etmedi. Bronkodilatatör tedavi ile SFT de reversibiliteli saptanan olgu astım polikliniği ile ortak izleme alındı. Hasta izleminin 19. ayında akciğerdeki kitle lezyonu stabil, düzenli bronkodilatör tedavi ile stabil durumda izleniyor.



Resim 1. PA Akciğer grafisi: Sağ üst lobda yaklaşık 7*8 cm ebadında düzgün sınırlı, yer yer kalsifikasyon odakları içeren homojen dansite artımı, distalinde heterojen infiltrasyon alanları izlendi.



Resim 2. Toraks Bt'de sağ akciğer üst lob posteriordan, alt lob superiora uzanan kalsifik komponentin eşlik ettiği heterojen iç yapıda, yaklaşık 75x80 mm boyutlu radyolojik olarak kitle ve distalinde sağ akciğerde bronşektatik lezyonlar ve heterojen infiltratif alanlar mevcuttu (Resim 2 a,b,c)



Resim 3. Patolojik görüntü: Trucut biyopsi kesitlerinde bazofilik stroma içinde dağılmış lakünerler halinde kondrositler izlenmektedir. Her lakün içinde tek hücre mevcuttur. Hücresel atipi saptanmamıştır. Kıkırdak dokusunun hemen kenarında izlenen epitelyal hücre grupları hamartomatöz bir lezyon u desteklemektedir. (H-E x 100)

TARTIŞMA

Pulmoner hamartomlar genellikle asemptomatik soliter pulmoner nodüllerin en sık benign nedenleri arasındadır. Genel olarak rastlantısal çekilen radyolojik görüntülemelerde 1mm-4cm arasında boyutlarda nodül/kitle lezyonu olarak tespit edilirler (1,2). Yavaş büyüme

özellikleri nedeni uzun yıllar asemptomatik olma eğilimindedirler. Olgumuzda olduğu gibi 8 cm'i geçen dev pulmoner kitleye neden olmalarına literatürde nadir olarak bildirilmiştir (2,3,5). Sıklıkla akciğer tümörünü taklit edebilirler. Düzgün sınırlı olmaları, kalsifikasyon içermeleri, yavaş büyümeleri, sistemik semptomna neden olmamaları ile akciğer kanserlerinden ayırt edilebilirler (1,2). Ancak dev hamartomları ayırt etmek için mutlaka doku tanısı gerekmektedir. Dev hamartomlarda, olgumuzda olduğu gibi hava yolu basısına bağlı olarak nefes darlığı, distalinde tekrarlayan enfeksiyonlar ve bronşiektazi gelişimine neden olabilir. Ayrıca var olan astım, Koah gibi hava yolu hastalık semptomları arttırabilir, tedaviye direnç oluşturabilir (2,6,7).

Astım tanısı genel olarak öykü, semptomlar, fizik muayene ve reversibiliteli solunum fonksiyon testi ile koyulabilse de olgumuzda olduğu gibi diğer akciğer hastalıklarından ayırt etmek için rutin radyolojik görüntüleme ihmal edilmemelidir. Olgumuzda, suplinik astımın zaman içinde hamartom kitlesinin büyümesiyle distalinde yarattığı hava yolu obstruksiyonu ve enfeksiyona sekonder oluşan bronşiektaziyle beraber tedavide direnç gelişimine neden olduğu düşünüldü.

KAYNAKLAR

1. Shrager JB, Kaiser LR. Benign lung tumors. In: Pearson FG, Cooper JD, Deslauriers J, et al, eds. Thoracic surgery, 2nd edition. New York: Churchill Livingstone; 2002:753- 62.
2. Hutter J, Reich-Weinberger S, Hutarew G, Stein, HJ. Giant Pulmonary Hamartoma-A Rare Presentation of a Common Tumor. Ann Thorac Surg 2006; 82: 5-7.
3. Hansen CP, Holtveg H, Francis, D, Rasch L, Bertelsen S. Pulmonary hamartoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1992; 104: 674 – 8.
4. Gjeviri JA, Myers JL, Prakash UBS. Pulmonary hamartomas. Mayo Clin Proc 1996; 71: 14 –20.
5. Demiral F, Atahan Ş, Çakıroğlu E. Yirmidört Pulmoner Hamartoma Vakasının Klinikopatolojik Değerlendirilmesi. Ankara Patoloji Bülteni 1997; 45-47.
6. Acar M, Özateş M, Ekici F, Şimşek M. Akciğer Hamartomu . Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2001; 7: 373-5.
7. Katrancıoğlu Ö, Akkaş Y, İmamoğlu H, Polat S. Giant cystic chondroid hamartoma. Eurasian J Pulmonol 2014; 16: 121-3.

Yazışma Adresi:

Dr. Aysen EVKAN
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları, İzmir, Türkiye
draysen8185@gmail.com
