

Eş Zamanlı Pulmoner Hamartom ve Akciğer Kanseri Olgusu

A Case of Concomitant Pulmonary Hamartoma and Lung Cancer

Osman Hacıömeroğlu, Gülbanu Horzum Ekinci, Abdurrahman Yılmaz, Elif Yılmaz, Sinem Ağca Altunbey, Adnan Yılmaz

Özet

Elli dokuz yaşında, solunum sistemi yakınması olmayan erkek hasta, başka nedenle çekilen akciğer grafisinde lezyon saptanması üzerine merkezimize sevk edilmiş. Arka-ön akciğer grafisinde sağ üst zonda ve sol alt zonda nodül saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ üst lob posterior segmentte 25x20 mm, sol alt lob posterior segmentte 25x25 mm boyutlarında nodüller görüldü. Fiberoptik bronkoskopi incelemesinde endobronşiyal sistem normal olarak değerlendirildi. Sağ üst lobdaki lezyona transtorasik iğne aspirasyonu ile küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı konuldu. PET-BT incelemesinde SUVmax değeri sağdaki lezyon için 14, soldaki lezyon için ametabolik olarak rapor edildi. Sol mini torakotomi ile nodül ekstirpasyonu yapıldı. Patolojik tanı hamartom olarak rapor edildi. Daha sonra sağ torakotomi ile sağ üst lobektomi uygulandı. Patolojik tanı adenokarsinom olarak bildirildi. Beş yıl sonra yapılan kontrolünde patolojik bulgu saptanmadı.

Anahtar Sözcükler: *Multipl pulmoner nodül, pulmoner hamartom, akciğer kanseri.*

Abstract

A 59-year-old male without respiratory symptoms was referred to our hospital because of an abnormal shadow that had been detected by chest x-ray during a medical examination for other reason. Chest x-ray showed nodules in the right upper zone and left lower zone. Computed tomography of the thorax showed a 25x20 mm in size nodule in the right upper lobe posterior segment and a 25x25 mm in size nodule in the left lower lobe posterior segment. Fiberoptic bronchoscopy revealed a normal endobronchial appearance. The diagnosis of nonsmall cell carcinoma was established with the examination of the transthoracic fine needle aspiration biopsy taken from the lesion in the right upper lobe. On FDG-PET, SUV max values of the right and left side lesions were 14 and ametabolic, respectively. A left mini thoracotomy was performed and the nodule in the left lower lobe was removed. Pathological diagnosis of this nodule was hamartoma. Later, the right upper lobectomy was performed via a right thoracotomy. Pathological diagnosis of this lesion was adenocarcinoma. Five years after operation, the patient remained disease-free without any progression.

Key words: *Multiple pulmonary nodule, pulmonary hamartoma, lung cancer.*

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Department of Pulmonology, Süreyyapaşa Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 04.03.2016 **Kabul tarihi (Accepted):** 04.05.2016

İletişim (Correspondence): Gülbanu Horzum Ekinci, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

e-mail: gulbanuh@hotmail.com



Pulmoner hamartom, akciğerin en sık görülen benign tümörü olup tüm akciğer tümörlerinin % 3'den azını oluşturur (1). Hamartomlarda, karsinom ve sarkoma malign dönüşüm olabildiği gösterilmiştir (2). Malign tümör gelişme riski pulmoner hamartomlu hastalarda yüksek olup, malign tümör hamartom tanısından önce, sonra veya hamartomla eş zamanlı olarak gelişebilmektedir (3-5). Bu yazıda eş zamanlı gelişmiş bir pulmoner hamartom ve akciğer kanseri olgusu sunulmuştur.

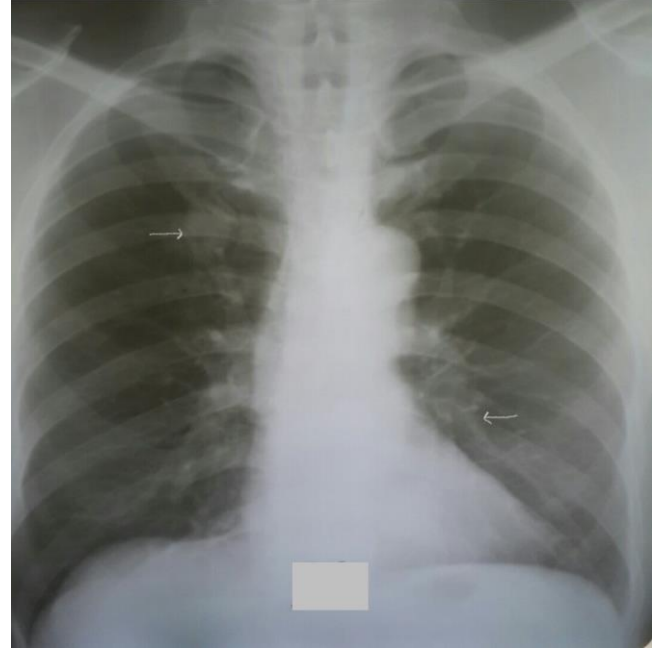
OLGU

Elli dokuz yaşında, solunum sistemi yakınması olmayan erkek hasta, başka nedenle çekilen akciğer grafisinde lezyon saptanması üzerine merkezimize sevk edilmiş. Öz geçmişinde, 18 ay öncesine kadar 25 paket-yıl sigara kullanma öyküsü dışında bir özellik yoktu. Arka-ön akciğer grafisinde sağ üst zonda ve sol alt zonda nodül saptandı (Şekil 1). Başvuru sırasında vital bulguları normal olup solunum sistemi ve diğer sistemlerin fizik bakışında patolojik bulgu saptanmadı. Rutin laboratuvar incelemeleri normal sınırlarda olup Eritrosit Sedimantasyon hızı 20 mm/saat olarak ölçüldü. İki balgam örneğinde aside dirençli basil incelemesi negatif bulundu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ üst lob posterior segmentte 25x20 mm boyutlarında, spiküler kenarlı pulmoner nodül ile sol alt lob posterior segmentte 25x25 mm boyutlarında, düzgün kenarlı pulmoner nodül görüldü (Şekil 2). Fiberoptik bronkoskopi incelemesinde endobronşiyal sistem normal olarak değerlendirildi. Bronş lavajı tanısal değildi. Sağ üst lobdaki lezyona transtorasik iğne aspirasyonu ile küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı konuldu (Şekil 3). PET-BT incelemesinde SUVmaks değeri sağdaki lezyon için 14, soldaki lezyon için ametabolik olarak rapor edildi. Sol mini torakotomi ile nodül ekstirpasyonu yapıldı. Patolojik tanı hamartom olarak rapor edildi. Daha sonra sağ torakotomi ile sağ üst lobektomi uygulandı. Patolojik tanı adenokarsinom olarak bildirildi. Hastanın beş yıl sonra yapılan kontrolünde patolojik bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

Hamartom, çeşitli organlardan kaynaklanabilen mezenterial bir tümör olup, bir organda normalde bulunan bir doku komponentinin anormal miktarı veya çeşitli doku komponentlerinin anormal karışımı olarak tanımlanır (6). İlk kez 1904 yılında Albrecht tarafından tanımlanan hamartomlar başlangıçta gelişimsel bir anomali olarak kabul edilirken, günümüzde gerçek bir tümör olduğu

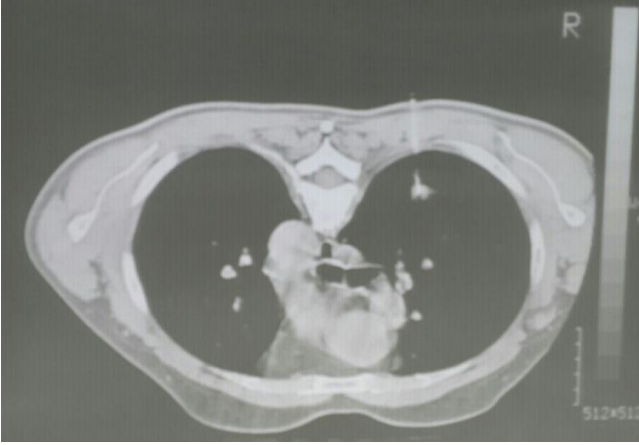
kabul edilmiştir (7). Pulmoner hamartom, akciğerin en sık görülen benign tümörü olup tüm benign akciğer tümörlerinin % 77'sini, tüm soliter pulmoner nodüllerin ise % 7-14'ünü oluşturur (7,8). Otopsi çalışmalarında pulmoner hamartom insidensi % 0,25-0,32 olarak bulunmuştur (1).



Şekil 1: Arka-ön akciğer grafisinde sağ üst zonda ve sol alt zonda nodül.



Şekil 2: Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ üst lob posterior segmentte 25x20 mm boyutlarında, sol alt lob posterior segmentte 25x25 mm boyutlarında pulmoner nodül.



Şekil 3: Sağ üst loba'daki lezyona yapılan BT eşliğinde transtoraksik inceleme aspirasyonu.

Benign bir tümör olarak kabul edilmesine karşın pulmoner hamartom ile malignite arasında bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. İki farklı çalışmada, pulmoner hamartomlu hastalarda malign akciğer tümörü gelişme riskinin normal popülasyona göre 6,3-6,66 kat daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (3,4). Pulmoner hamartomlu hastalarda, akciğer ve akciğer dışı organ maligniteleri gelişebilmektedir. Bu tümörler, hamartom tanısından önce, sonra veya hamartomla eş zamanlı olarak ortaya çıkabilmektedirler (3-6,9-11). Kawano ve ark. (11), pulmoner hamartom nedeni ile rezeksiyon yapılan 24 olgunun 6'sında primer akciğer kanseri saptamışlardır. Gjerve ve ark. (5), 215 olgu içeren serilerinde, 63 senkron ve 51 metakron tümör geliştiğini bildirmişlerdir. Malign tümör, metakron tümürlü 51 olgunun 32'sinde hamartom tanısından önce, 19'unda ise hamartom tanısından sonra gelişmişti.

Bu yazıda, eş zamanlı gelişmiş pulmoner hamartom ve primer akciğer kanseri tanılı bir olgu sunulmuştur. Hastanın radyolojik bulgusu multipl pulmoner nodül idi. Nodüllerden birinin tanısı primer akciğer kanseri, diğer nodülün tanısı ise pulmoner hamartomdu. Bilinen akciğer kanseri olan olgularda eşlik eden bir nodül veya kitle saptandığında eşlik eden lezyon genellikle metastaz olarak kabul edilir. Satellit lezyonlar metastaza bağlı olabileceği gibi ikinci primer tümöre veya benign lezyonlara bağlı olabilir (9,12). Smith ve ark. (12), akciğer kanseri nedeni ile rezeksiyon yapılan hastalarda, rezeksiyon materyalinin patolojik incelemesinde olguların % 9'unda primer akciğer kanserine benign bir lezyonun eşlik ettiğini ve bu lezyonların % 12'sini pulmoner hamartomların oluşturduğunu rapor etmişlerdir. Eş zamanlı saptanmış metastatik akciğer tümörü ve pulmoner hamartomlu olguları içeren bir başka çalışmada, olguların radyolojik olarak multipl pulmoner nodüle sahip olduğu bildirilmiş, mümkün oldu-

ğu sürece her nodülün ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği önerilmiştir (9).

Pulmoner hamartom ve malign akciğer tümörü birlikteliğinin mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Gjerve ve ark. (5), çalışmalarında, pulmoner hamartom ve malign akciğer tümörü gelişimi arasında bir ilişki olmadığını, olgulardan bazılarının akciğer kanseri gelişimi için risk oluşturan sigara ve diğer risk faktörlerine sahip olduğunu rapor etmişlerdir. Bu teori Karasik ve ark. (3) tarafından da desteklenmiştir.

Sonuç olarak, pulmoner hamartomlu olgularda eş zamanlı olarak akciğer kanseri gelişebilir. Multipl pulmoner nodül veya kitle varlığında lezyonlardan her biri başka patolojilere bağlı olabilir. Bu nedenle multipl lezyonlu hastalarda her nodül mümkün oldukça ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - O.H., G.H.E., A.Y., E.Y., S.A.A., A.Y.; Tasarım ve Dizayn - O.H., G.H.E., A.Y., E.Y., S.A.A., A.Y.; Denetleme - O.H., G.H.E., A.Y., E.Y., S.A.A., A.Y.; Kaynaklar - A.Y., O.H., G.H.E., A.Y., S.A.A., E.Y.; Malzemeler - O.H., A.Y., G.H.E., S.A.A., A.Y., E.Y.; Veri Toplama ve/veya İşleme - O.H., S.A.A., A.Y., G.H.E., A.Y., E.Y.; Analiz ve/veya Yorum - A.Y., O.H., G.H.E., A.Y., S.A.A., E.Y.; Literatür Taraması - S.A.A., A.Y., O.H., G.H.E., A.Y., E.Y.; Yazıyı Yazan - A.Y., G.H.E., O.H., A.Y., E.Y., S.A.A.; Eleştirel İnceleme - G.H.E., A.Y., O.H., A.Y., E.Y., S.A.A.

KAYNAKLAR

1. Guo W, Zhao YP, Jiang YG, Wang RW, Ma Z. Surgical treatment and outcome of pulmonary hamartoma: a retrospective study of 20-year experience. J Exp Clin Cancer Res 2008; 27:8. [\[CrossRef\]](#)
2. Poulsen JT, Jacobsen M, Francis D. Probable malignant transformation of a pulmonary hamartoma. Thorax 1979; 34:557-8. [\[CrossRef\]](#)
3. Karasik A, Modan M, Jacob CO, Lieberman Y. Increased risk of lung cancer in patients with chondromatous hamartoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1980; 80:217-20.
4. Ribet M, Jaillard-Thery S, Nuttens MC. Pulmonary hamartoma and malignancy. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107:611-4.
5. Gjerve JA, Myers JL, Prakash UB. Pulmonary hamartomas. Mayo Clin Proc 1996; 71:14-20. [\[CrossRef\]](#)

6. Onen A, Şanlı A, Karapolat S, Karacam V, Kargı A. Pulmonary hamartoma and squamous cell carcinoma: a very rare coexistence. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 15:311-3.
7. Lien YC, Hsu HS, Li WY, Wu YC, Hsu WH, Wang LS, et al. Pulmonary hamartoma. *J Chin Med Assoc* 2004; 67:21-6.
8. Arrigoni MG, Woolner LB, Bernartz PE, Miller WE, Fontana RS. Benign tumors of the lung. A ten-year surgical experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 60:589-99.
9. Kanno R, Yonechi A, Higuchi M, Suzuki H, Ohishi A. Concomitant metastatic lung tumor and hamartoma. *Fukushima J Med Sci* 2014; 60:129-32. [\[CrossRef\]](#)
10. Zeybek A, Sarper A, Kalemci S, Öz N, Erdogan A, Özbudak IH, et al. Benign lung tumors and their association with malignant tumors. *Acta Medica Mediterranea* 2013; 29:545-50.
11. Kawano R, Sato F, Tagawa K, Yokota T, Ikeda S, Hata E. Clinicopathological study of patients with coexistence of pulmonary hamartoma and primary lung cancer. *J Japan Assoc Chest Surg* 2007; 21:526-30. [\[CrossRef\]](#)
12. Smith MA, Battafarano RJ, Meyers BF, Zoole JB, Cooper JD, Patterson GA. Prevalence of benign disease in patients undergoing resection for suspected lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1824-9. [\[CrossRef\]](#)