



Endobronşial Polip

Endobronchial Polyp

Ahmet Arısoy,¹ Selami Ekin,² Bülent Özbay,³ Erdoğan Çetinkaya,⁴ Akif Özgül⁴

Özet

Akciğer benign endobronşial tümörleri oldukça nadirdir. Kronik öksürük, nefes darlığı ve obstrüktif pnömonilere neden olabilirler. Endobronşial olduklarından ne akciğer grafisinde ne de toraks bilgisayarlı tomografisinde tespit edilemeyebilirler. Bu yazıda 65 yaşında erkek bir hastanın, klinik sorunları, bilgisayar tomografi bulguları, bronkoskopik görüntüleri ve uygulanan tedavi sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Polip, pnömoni, bronkoskopi.

Abstract

Pulmonary benign tumors are quite rare neoplasms. They can cause chronic cough, shortness of breath, and obstructive pneumonias. They may not be detected by chest x-ray or computed tomography of thorax. The current study presents the case of a 65-year-old male patient and his clinical problems, computed tomography findings, bronchoscopic images, and treatment.

Key words: Polyp, pneumonia, bronchoscopy.

¹Özel İstanbul Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van
²Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van
³Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla
⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

¹Clinic of Chest Diseases, Private İstanbul Hospital, Van, Turkey
²Department of Chest Diseases, Yeni Yüzyıl University, Faculty of Medicine, Van, Turkey
³Department of Chest Diseases, Sıtkı Koçman University, Faculty of Medicine, Muğla, Turkey
⁴Clinic of Chest Diseases, Yedikule Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Submitted (Başvuru tarihi): 08.02.2014 Accepted (Kabul tarihi): 27.03.2014

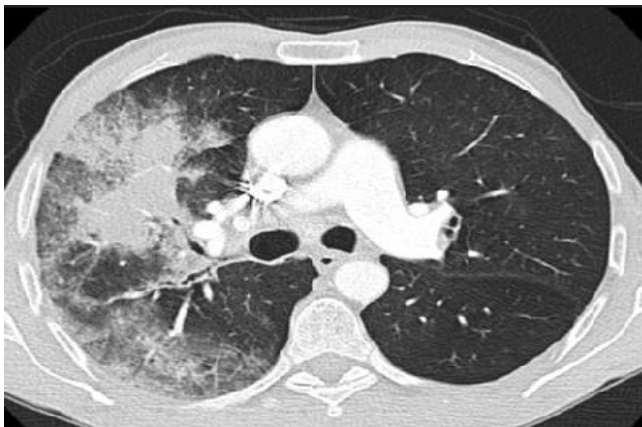
Correspondence (İletişim): Ahmet Arısoy, Özel İstanbul Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van
 e-mail: drahmetarisoy@gmail.com



Endobronşial malign ve benign tümörler hava yolu tıkanıklığına veya sekonder akciğer enfeksiyonlarına sebep olabilirler. Trakeobronşiyal tümörler benign, düşük grade malign veya yüksek grade malign olabilirler. Çoğu zaman akciğer grafilerinde görünmemeleri sebebi ile tanıları gecikmektedir. Bu hastaların tanısında bronkoskopi kadar bilgisayarlı tomografi (BT) de katkı sağlamaktadır. Bu tür hastalarda girişimsel bronkoskopi acil tedavide ve tanıda çok önemlidir. Ayrıca BT bu tümörlerle ilişkili beklenmeyen lezyonların tespitine imkan sağlamaktadır (1-3). Bu tür hastalarda girişimsel bronkoskopi, tanıdaki katkısının yanında acil tedavide de önemli yere sahiptir. Benign endobronşiyal polip tanısı koyduğumuz bir hastamızı literatür eşliğinde sunmaktayız.

OLGU

Altmış beş yaşında erkek hasta, iki aydır devam eden öksürük ve balgam şikâyetleri ile başvurdu. Akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonlarda konsolidasyonu olan hastaya toraks BT çekildi. Toraks BT’de sağ akciğer alt ve orta loblarda geniş konsolidasyon alanları tespit edildi (Şekil 1). Hastaya endobronşiyal lezyon açısından değerlendirilmek amacıyla bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopik incelemede sağ akciğer alt lob medial segment bronş girişinin düzgün sınırlı polipoid lezyon ile tama yakın tıkalı olduğu görüldü (Şekil 2). Biyopsi alındı. Patolojik inceleme sonucu benign olarak raporlanan hastaya endobronşiyal kriyoterapi uygulandı. Endobronşiyal tedaviden beş ay sonra yapılan bronkoskopide lezyonun tamamen kaybolduğu görüldü (Şekil 3).



Şekil 1: Aksiyel Toraks BT’de sağ akciğer alt ve orta loblarda konsolidasyon.

TARTIŞMA

Benign endobronşiyal tümörler oldukça nadirdir ve akciğer tümörlerinin sadece %1,9’unu oluşturur (4). Klinik olarak endobronşiyal tümörler hava yolu tıkanıklığı ve bu duruma

bağlı sekonder akciğer enfeksiyonlarına sebep olabilirler (1-6). Genellikle akciğer grafilerinde görünmezler ve bu sebeple tanıları gecikmektedir. Bu hastaların tanısında bronkoskopi kadar BT de fayda sağlamaktadır (7). Girişimsel bronkoskopi bu hastaların tanısında sağladığı imkânlar kadar tedavide sağladığı imkânlarla da öne çıkmaktadır. Trakeobronşiyal tümörler benign, düşük grade veya yüksek grade malign karakterde olabilirler ve eşlik eden farklı lezyonlar bulunabilir. Bu lezyonların aydınlatılmasında BT oldukça faydalıdır.



Şekil 2: Bronkoskopide, sağ akciğer alt lob medial segment bronş ağızını tama yakın tıkayan düzgün yüzeyli polipoid lezyon.



Şekil 3: Hastanın girişimsel bronkoskopiden 5 ay sonra kontrol bronkoskopik görüntüsü.

Günümüze kadar endobronşiyal birçok benign tümör bildirilmiştir. Papillom, müköz doku adenomu, enflamatuvar miyofibroblastik tümör, schwannoma, leiomyom, hamar-

tom, hemangiom ve kondrom rapor edilmiş benign tümörlerdir (3).

Literatürde bildirilmiş birçok endobronşial polip olgusu ve bu olgular için tanımlanmış farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. Rowlands ve ark. (8) henüz endobronşiyal tedavinin olmadığı 1960 yılında, 38 yaşında erkek bir hastada tekrarlayan pnömoni ve multinodüler polip tespit etmişler ve biyopsi ile bu polipte neoplastik değişiklikler olmadığını göstermişlerdir. Bu hastayı sağ alt ve orta lobları rezeke ederek tedavi etmişler ve hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadığını bildirmişlerdir.

Bu olgudan farklı olarak eşlik ettiği problem nedeniyle rezeksiyon yapılan olgular da mevcuttur. Dincer ve ark. (9) 55 yaşındaki rekürren pnömonili bir hastada; sağ akciğer orta lob bronşundan kaynaklanan fibroepitelyal polip tespit etmişler ve kistik bronşektaziler nedeniyle sağ alt lobektomi yapmışlardır.

Bizim olgumuza benzer şekilde, Komatsu ve ark. (10) 37 yaşında ve tekrarlayan pnömonisi olan erkek bir hastaya bronkoskopi yapmışlar, sağ ana bronшта fibroepitelyal polip tespit etmişler ve endoskopik olarak tedavi etmişlerdir.

Benign endobronşial tümörlerin tedavisinde cerrahi ve girişimsel bronkoskopik teknikler kullanılabilir. Benign karakterli tümörlerde özellikle bronkoskopik yöntemler tercih edilmelidir. Ancak, büyük bir lezyonsa ya da tümörün arkasında hasarlanmış doku mevcutsa cerrahi tedavi tercih edilebilir (11). Rijid bronkoskopi altında laser ve mekanik rezeksiyon temel tedavi yöntemi olmasına rağmen seçilmiş olgularda fiberoptik bronkoskopi ve elektrokoter güvenli ve kolay uygulanan bir seçenek olabilir. Rezidüel doku için en iyi seçenek striktür, stenoz ve başka bir komplikasyon olmaması nedeni ile kriyoterapidir (12). Sonuç olarak; benign endobronşial tümörler nadir olup sıklıkla tekrarlayan pnömonilere ve kronik öksürüğe neden olurlar. Toraks BT'de tespit edilemeyebilirler. Hastamızda olduğu gibi tekrarlayan pnömonisi olan hastalarda bronkoskopi mutlaka düşünülmelidir. Tedavi seçeneği olarak lobektomi gibi rezeksiyon yöntemlerindense endobronşiyal tedaviler öncelikle tercih edilmelidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - A.A., S.E., B.Ö., E.Ç., A.Ö.; Tasarım ve Dizayn - A.A., S.E., B.Ö., E.Ç., A.Ö.; Denetleme - A.A., S.E., B.Ö.,

E.Ç., A.Ö.; Kaynaklar - A.A.; Malzemeler - A.A.; Veri Toplama ve/veya İşleme - S.E., E.Ç.; Analiz ve/veya Yorum - E.Ç., B.Ö.; Literatür Taraması - B.Ö., A.Ö.; Yazıyı Yazan - A.A., E.Ç.; Eleştirel İnceleme - B.Ö.

KAYNAKLAR

1. Schneider P, Schirren J, Muley T, Vogt-Moykopf I. Primary tracheal tumors: experience with 14 resected patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 20:12-8. [\[CrossRef\]](#)
2. Refaely Y, Weissberg D. Surgical management of tracheal tumors. *Ann Thorac Surg* 1997; 64:1429-32. [\[CrossRef\]](#)
3. Arısoy A, Ekin S, Gunbatar H, Sertogullarından B, Akdeniz H, Bulut G, et al. Endobronchial tumours presenting as asthma. *Respir Care* 2014; 58:e115-7. [\[CrossRef\]](#)
4. Shah H, Garbe L, Nussebaum E, Dumon JF, Chiodera PL, Cavaliere B. Benign tumors of the tracheobronchial tree. Endoscopic characteristics and role of laser resection. *Chest* 1995; 107: 1744-51. [\[CrossRef\]](#)
5. Pearson FG, Todd TR, Cooper JD. Experience with primary neoplasms of the trachea and carina. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 88:511-8.
6. Xu LT, Sun ZF, Li ZJ, Wu LH, Wang ZZ. Tracheobronchial tumors: an eighteen-year series from Capital Hospital, Peking, China. *Ann Thorac Surg* 1983; 35:590-6.
7. Aberle DR, Brown K, Young DA, Batra P, Steckel RJ. Imaging techniques in the evaluation of tracheobronchial neoplasms. *Chest* 1991; 99:211-5. [\[CrossRef\]](#)
8. Rowlands DT Jr. Fibroepithelial polyps of the bronchus: a case report and review of the literature. *Dis Chest* 1960; 37:199-202. [\[CrossRef\]](#)
9. Dincer I, Demir A, Akin H, Melek H, Altın S. A giant endobronchial inflammatory polyp. *Ann Thorac Surg* 2005; 80:2353-6. [\[CrossRef\]](#)
10. Komatsu Y, Koizumi T, Ideura G, Wakamatsu T, Tsushima K, Urushihata K, et al. A case of bronchial fibroepithelial polyp. *J Jpn Soc Resp Endoscopy* 2006; 28:310-3. [\[CrossRef\]](#)
11. Sahin AA, Aydinler A, Kalyoncu F, Tokgozoglu L, Baris YI. Endobronchial hamartoma removed by rigid bronchoscope. *Eur Respir J* 1989; 2:479-80.
12. Seğmen F, Aktaş Z, Yılmaz A, Özadın E, Kaya A. A case of endobronchial hamartoma treated with interventional bronchoscopy. *Tuberk Toraks* 2013; 61:348-50.