

Pulmoner Kistik Hamartom

Pulmonary Cystic Hamartoma

Göktan Temiz¹, Suat Gezer²

Özet

Pulmoner hamartom, akciğerin en sık görülen iyi huylu tümörüdür. Boyutu genellikle 4 cm'den küçük-
tür ve 10 cm'den büyük pulmoner hamartom nadirdir. Hava dolu kistik alanlar içeren pulmoner hamartom nadir görülen bir formdur. Bu yazıda, nadir görülmesi nedeniyle, öksürük ve nefes darlığı şikâyeti ile başvuran 56 yaşındaki pulmoner kistik hamartom olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kistik, kondroid, pulmoner hamartom.

Abstract

Pulmonary hamartoma is the most common benign neoplasm of the lung. Its size is usually smaller than 4 cm, and a pulmonary hamartoma larger than 10 cm is rare. Pulmonary hamartoma with air-filled cystic areas is also an unusual form. Since it is a rare condition, in this article, we reported a case of pulmonary cystic hamartoma in a 56-year-old patient admitted with a cough and breathing difficulties.

Key words: Cystic, chondroid, pulmonary hamartoma.

RESPIRATORY CASE REPORTS

Hamartomlar, epitelyal ve mezenkimal elementlerin anormal karışımı ve gelişmesiyle ortaya çıkan organize olmamış malformasyonlardır (1). Bu kompozisyonda sıklıkla, kıkırdak yapılar, yağ dokusu, düz kaslar ve respiratuvar epitel hücreleri bulunur (2). Akciğerin en sık rastlanan benign tümörleri hamartomlardır ve tüm soliter pulmoner nodüllerin

%6'sını oluştururlar (3). Bununla birlikte akciğerin kistik hamartomları nadirdir. Klinik ile uyumlu olmayan radyolojik görüntü sergileyebilirler ve akciğerin diğer nadir görülen kistik hastalıkları ile ayırıcı tanılarının yapılması gerekir. Burada nadir görülen pulmoner kistik hamartom olgusu sunulmuştur.

¹Adana Numune Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Adana
²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

¹Clinic of Thoracic Surgery, Adana Numune Hospital, Adana, Turkey
²Department of Thoracic Surgery, Çukurova University Faculty of Medicine, Adana, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 08.05.2015 **Kabul tarihi (Accepted):** 23.07.2015

İletişim (Correspondence): Göktan Temiz, Adana Numune Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Adana
e-mail: drtemiz01@gmail.com



OLGU

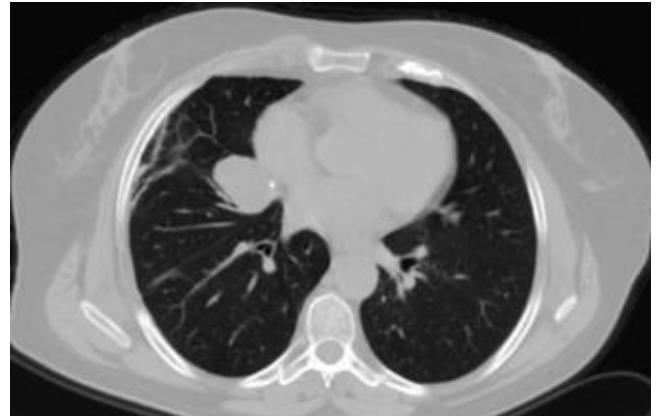
Son bir aydır göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyeti bulunan 56 yaşında bayan hastanın, üç yıl öncesine ait bronkojenik kist nedeni ile sağ torakotomi ile bronkojenik kist eksizyonu operasyonu öyküsü mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde ve laboratuvar incelemelerinde anlamlı bir bulgu saptanmadı. Toraks BT incelemesinde orta lob medialinde, parakardiyak yerleşimli, sağ atriyum komşuluğunda intraparakimal yerleşim gösteren 36x25 mm boyutlarında lobüle düzgün konturlu septalı kistik karakterde lezyon saptandı (Şekil 1, 2 ve 3). Yapılan bronkoskopi ile endobronşial lezyona rastlanılmadı. Bu bulgularla operasyona alınan hastaya sağ standart posterolateral retorakotomi yapılarak 5. interkostal aralıktan toraksa girildi. Gözlemlerde alt lob anterobazalde diafragma ve perikarda komşu 4x3x3 cm çapında kistik lezyon izlendi. Wedge rezeksiyon ile kist çıkarıldı. Çıkarılan kitlenin patolojik incelenmesinde; 4x2x1,5 cm boyutta pembe, siyah, mor renkte doku örneğinden yapılan seri kesitlerde, içerisinden sarı pembe renkte mayi boşalan multikistik yapı görüldü. Histolojik incelemede, akciğer parankiminde düz kas doku demetleri, fibrokollajen doku arasında kalın çeperli endotel ile döşeli kistik vasküler yapılar, küboidal, silindirik silyalı epitel ile döşeli, kistik genişlemeler gösteren bronşiyal yapılar görüldü (Şekil 4). İmmün-enzimatik yöntem ile dokuda; CD31(+) kistik genişlemiş kalın çeperli vasküler yapılarda endotel boyanışı, CK7 (+), kistik bronş ve alveol epitel hücre boyanışı, Desmin (+) bronş çevresi, damar duvarlarında stromada geniş alanlarda düz kas boyanışı, ki-67 (+) dokuda seyrek mitotik aktivite görüldü. Patolojisi pulmoner kistik hamartom olarak bildirildi. Postoperatif 7.günde taburcu edilen hasta kliniğimiz tarafından sorunsuz olarak takip edilmektedir.



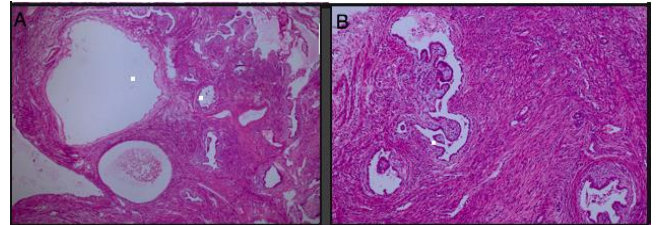
Şekil 1: Toraks BT mediastinal pencere kesiti.



Şekil 2: Toraks BT koronal kesiti.



Şekil 3: Toraks BT parankim kesiti.



Şekil 4: Kistik genişlemeler gösteren bronşiyal ve vasküler yapılar, papiller formasyon, düz kas demetleri ve hipertrofik kas dokusu. A(HEX40), B(HEX100).

TARTIŞMA

Hamartomlar, literatürde genellikle 30–60 yaş arasında ve erkeklerde daha sık olarak bildirilmiştir. Mezenkimal kistik hamartomlar ilk defa 1986 yılında tanımlanmıştır (4). Prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Karakteristik klinik ve radyolojik özellikleri küçük nodüller ve bilateral, multipl ince duvarlı kistik lezyonlara bağlı olarak değişir (5). Çoğu zaman lezyonun çapı 3 cm'den küçük-tür. Senelik büyüme oranı ortalama $3,2 \pm 2,3$ mm olarak bildirilmiştir (6). Kistik alanların oluşumu ile ilgili çeşitli hipotezler mevcuttur. İlki kitlenin bronşiolere basısı ile oluşan parsiyel obstrüksiyona bağlı 'check-valve' meka-

nizması, ikincisi yarı benzeri boşlukların tümörün boyutunun artması ile büyümesidir (7,8). Hastalığın ayırıcı tanısında; kistik bronşektazi, büllöz amfizem, Langerhans hücreli histiositoz, kistik adenoid malformasyon, lenfanjiyomyomatosis, metastatik endometrial stromal sarkom akılda tutulmalıdır (5). Bizim olgumuzda ayırıcı tanıda toraks dışı bir hastalığı düşündürecek bir semptomla rastlanmadı. Hastalığın ciddi komplikasyonları; kist içerisi-ne sistemik arteriyel kaynaklı hemoraji, subplevral yerleşimli kistlere bağlı pnömotoraks, hemotoraks ve malign transformasyondur (9,10). Bizim olgumuzda bu komplikasyonlardan hiçbirisine rastlanmadı. Lezyona cerrahi dışı yöntemlerle kesin olarak hamartom tanısı konulabilmesi çoğu kez zordur ve olası fatal komplikasyonlardan korunmak için cerrahi kaçınılmaz hale gelir. Tedavi asıl olarak, periferik tümörlerin enükleasyonunu, wedge rezeksiyonunu ve endobronşiyal lezyonların bronkoskopik olarak rezeksiyonunu içerir. Bizim olgumuzda lezyon wedge rezeksiyon ile çıkartılmıştır.

Sonuç olarak, akciğerin nadir görülen bu hastalığı genelde rastlantısal olarak, görüntüleme yöntemleri ile saptanmakta ve ciddi potansiyel komplikasyonlar içermektedir. Bundan dolayı, hemoptizi gibi ciddi semptomlar ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda daima akılda tutulmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - G.T., S.G.; Tasarım ve Dizayn - G.T., S.G.; Denetleme - G.T., S.G.; Kaynaklar -; Malzemeler -; Veri Top-

lama ve/veya İşleme -; Analiz ve/veya Yorum -; Literatür Taraması -; Yazıyı Yazan -; Eleştirel İnceleme - .

KAYNAKLAR

1. Dahnert W. Radiology review manual. 3rd ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1996; 364.
2. Osma E. Solunum sistemi radyolojisi. 1. Basım. İzmir: İzmir Tıp Kitap Evi. 2000; 245.
3. Thomas JW, Staerke GA, Whitman GJ. Pulmonary hamartoma. AJR Am J Roentgenol 1999; 172:1643. [\[CrossRef\]](#)
4. Mark EJ. Mesenchymal cystic hamartoma of the lung. N Engl J Med 1986; 315:1255-9. [\[CrossRef\]](#)
5. Sethi S, Cicienia J, Zaman T, Tietjen P. Mesenchymal cystic hamartoma of the lung. Chest 2006; 130(4_MeetingAbstracts):324S. [\[CrossRef\]](#)
6. Hansen CP, Holtveg H, Francis D, Rasch L, Bertelsen S. Pulmonary hamartoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1992; 104:674-8.
7. Doppman J, Wilson G. Cystic pulmonary hamartoma. Br J Radiol 1965; 38:629-31. [\[CrossRef\]](#)
8. Miura K, Hori T, Yoshizawa K, Hamaguchi N, Morita J. Cystic pulmonary hamartoma. Ann Thorac Surg 1990; 49:828-9. [\[CrossRef\]](#)
9. Stella F, Davoli F, Brandolini J, Dolci G, Sellitri F, Fiorentino M, et al. A rare case of giant cystic chondroid hamartoma of the lung presenting with left side pneumothorax. Minerva Chir 2009; 64:117-9.
10. Basile A, Gregoris A, Antoci B, Romanelli M. Malignant change in a benign pulmonary hamartoma. Thorax 1989; 44:232-3. [\[CrossRef\]](#)