
Endobronşiyal Yerleşimli Selim Tümöral Lezyonlarda Cerrahi Tedavi

Aysun ÖLÇMEN*, Adnan SAYAR*, Muzaffer METİN*, Yıldırım BEKAR*,
Erdal KAYA*, Adalet DEMİR*, Orhan TAŞÇI*, Müfid ÖLÇMEN*

* Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi, İSTANBUL

ÖZET

Akciğerin selim tümörleri nadir görülmektedir. Rezeke edilmiş akciğer tümörleri içinde selim olanların oranı %1 olarak bildirilmiştir. Selim tümörler akciğer kaynaklı bütün hücre tiplerinden köken alabilir ve parankimal veya daha nadiren de endobronşiyal yerleşim gösterebilir. Endobronşiyal kitlenin distalinde tıkanma sonrası gelişen olaylar nedeniyle tabloya hakim olan kronik infeksiyon ile ayırıcı tanı yapmak ve kitle ortaya konduğunda da bronkojenik karsinom olmadığını gösterilmesi en önemli sorunlardır. 1993-1998 yılları arasında Yedikule Göğüs Cerrahi Merkezi'ne poliklinik başvurusunda bulunarak incelenen ve opere edilen endobronşiyal selim tümörlü 5 olguyu değerlendirdik. Olgularımızın 3'ü kadın 2'si erkek, ortalama yaşları 42.8 (30-60) idi. En sık şikayetleri tekrarlayan solunum yolları infeksiyonu idi. Yerleşim 4 olgumuzda sağda, 1 olgumuzda solda idi. Olguların tamamına kesin tanı ve tedavi amacıyla torakotomi uygulandı. Üç olgumuzda intrabronşiyal hamartom, birinde psödopolip, bir diğerinde ise endobronşiyal lipom saptandı. Uygulanan cerrahi girişimler ise; 3 olguda lobektomi, 1 olguda alt bilobektomi, 1 olguda segmentektomi idi. Postoperatif mortalite saptamadığımız olgularımızdan alt bilobektomi yapılanda nazotrakeal aspirasyonla gerileyen atelektazi gelişti. Endobronşiyal selim tümöral lezyonlar nadir görülürler ve bronşiyal tıkanmaya bağlı semptomlara yol açarlar. Tıkanıklığın gerisinde oluşan infeksiyona bağlı değişiklikler kalıcı olmadığı sürece parankim koruyucu rezeksiyonlar tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer tümörleri, cerrahi tedavi.

SUMMARY

Surgery of Endobronchial Benign Tumors

Benign tumors of the lung are occasionally seen. The rate of benign tumors is reported to be 1% of all resected lung tumors. They may originate from all types of cells and show parenchymal or rarely endobronchial localisation. The most important problems are to make differential diagnosis from chronic infection due to parenchymal changes distal to obstruction and when tumor has located, from bronchogenic carcinoma. We evaluated 5 patients with endobronchial benign tumors admitted to the hospital, examined and operated in our clinic between 1993-1998. Three were female, 2 male with a mean age of 42.8 (30-60). The most frequent complaint was recurrent respiratory tract infections. The location was on the right in 4 cases and on the left in 1. All patients underwent thoracotomy for both definite diagnosis and treatment. We detected intrabronchial hamartoma in three cases, pseudopolip in 1, endobronchial lipoma in the other. The types of resections undertaken were lobectomy in 3 cases, bilobectomy inferior in 1, and segmentectomy in the last one. We had no postoperative mortality and only one patient with bilobectomy inferior developed atelectasis and managed by nasotracheal aspirations. Endobronchial benign lesions are rarely seen and cause symptoms due to bronchial obstruction. Unless changes due to infection beyond obstruction are persistent, parenchyme-saving resections should be preferred.

Key Words: Lung tumors, surgery.

Benign akciğer tümörleri oldukça nadir görülür ve literatürde bildirilmiş az sayıda seriler bulunmaktadır. Bu serilerde hamartoma, lipoma, fibroz mezotelyoma, inflamatuvar pseudotümörler, granuler cell myoblastoma, neurofibroma, teratoma, kondroma, sklerozan hemangioma gibi olgular bildirilmiştir.

Bunlardan en çok karşılaşılanı hamartomadır. Arrigoni ve arkadaşları (1970) serilerinde %77 oranında hamartoma ile karşılaşmışlardır (1).

Bateson (1973) inflamatuvar ve endobronşiyal hamartomaların 6. dekada pik yaptığını dikkat çekerek hamartomaların gelişimsel orjinli olmadığını, bronşiyal fibröz bağ dokusunun gerçek bir neoplazmı olduğunu bildirmektedir (2). Elli olgudan oluşan hamartoma serisinde 7 olgu intrabronşiyaldir. Koutras 1971'deki çalışmasında gözden geçirdiği 869 hamartoma olgusunun 100'ünü endobronşiyal olarak bildirmiştir (3). Tüm hamartomalar içinde endobronşiyal olanları %3-40 olarak bulmuştur (3). Erkek/Kadın oranı genellikle 2-4/1'dir. Histolojik olarak kondromatöz tip hamartoma en sık olanıdır. Skol'un 78 olgulu hamartoma serisinde endobronşiyal olan 1 tanedir (4). İntrabronşiyal lipomlar için İngilizece 110 civarında, Türkçe literatürde 2 olgu bildirilmiştir (5). Selim akciğer tümörlerinin %13'ünü oluşturlar.

MATERYAL ve METOD

1993-1998 yılları arasında kliniğimizde opere edilen 5 olguyu değerlendirdik. Olguların 3'ü kadın, 2'si erkek ve ortalama yaş 42.8 idi (30-60). Yerleşim 4 olguda sağda, 1 olguda sol akciğerdeydi. Semptomları; öksürük, balgam, nefes darlığı, sırt ağrısı gibi spesifik olmayan fakat tekrarlayan infeksiyonları düşündüren şikayetlerdi. Hastalarımız en kısa 1 ay, en uzun 2 yıldır bu şikayetler nedeniyle değişik merkezlere başvurmuşlardı ve olguların tümü (en eskisi 20 yıl önce) antitüberküloz tedavi görmüşlerdi. İntermediyer bronşta yerleşik olan olguda ilave olarak astım bronşiyale tanı ve tedavisi uygulanmıştır.

BULGULAR

PA akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografilerinde 4 olguda kitle ve atelettazi görüldü. Bir

olguda ise parankimdeki pnömonik konsolidasyon yanısıra hilusa yakın olduğu belirtilen nodüller kondansasyon hava sıvı seviyeli olduğu için infekte bül veya kavite olabileceği raporlanmıştı.

Şikayetleri 1 yıldan daha uzun seyreden 2 olguda değişik dönemlere ait 2 bilgisayarlı tomografi vardı ve bunlarda atelettazinin boyutları değişik olarak gözlenmekteydi.

Olgulara 1 ila 3 kez fiberoptik bronkoskopi uygulandı (5 olguda toplam 10 kez). Üç kez fiberoptik bronkoskopi uygulanmış olan kondromatöz hamartom olgusunda kesin patolojik tanı belirlendi, diğerlerinde ise sadece malign olay olmadığı belirlendi.

FOB tümörün kesin lokalizasyonunu belirlemekle birlikte orijin aldığı segment ve lob bronşunu belirlemede tüm olgularda başarılı olunamadı.

1. İntermediyer bronşta lokalize olan kondromatöz hamartomda kökenin orta lob olduğu belirlenemedi.

2. Ana bronş distalini tama yakın tıkayan inflamatuvar psödopolipin fiberoptik bronkoskopi ile üst lobdan köken aldığı bildirilmesine karşın ameliyatta alt lobdan kaynaklandığı tespit edildi ve alt lobektomi uygulandı. Olgulardan 2'sinde kaynaklandığı lobun tespiti için öncelikle torakotomi uygulandı.

Olgulara uygulanan minimal rezeksiyon segmentektomi oldu (1 olgu). En geniş rezeksiyon ise bilobektomiydi (1 olgu).

Olgularda postoperatif dönemde ciddi bir komplikasyon gelişmedi. Sadece bilobektomi uygulanmış olan olguda nazotrakeal aspirasyonla gerileyen atelettazi gelişti. Postoperatif mortalite yoktu.

Lezyonların yerleşimi, uygulanan cerrahi girişim ve postoperatif patolojik tanıları Tablo 1'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Endobronşiyal selim lezyonların önemi, malign lezyonlardan ayırt edilme gerekliliği ve bronş lümenini oblitere ederek distalinde sebep olduğu sekonder parankim inflamasyonudur (1).

Hamartomlar yavaş gelişen tümörler olmakla birlikte 8 x 10 cm'ye kadar büyüyenler de bildirilmiştir (4). Bizim opere ettiğimiz olgularda en büyük hamartom çapı 2 cm idi.

Özellikle bir malignite ile birlikte olduklarında veya geçmişinde herhangi bir organ kanseri olan hastalarda metastaz ihtimalinin ekarte edilmesi açısından tanı koymak önemli olacaktır (3).

Lezyona uygulanabilecek minimal rezeksiyon yapılmalıdır. Bu lezyon yerleşimi ile ilgili olduğu kadar tanı konana kadar geçen sürede distaldeki akciğer dokusunda oluşan irreversibl hasarlar da ilgilidir. Uygulayabildiğimiz en minimal rezeksiyon, şikayetleri sadece 1 aydır devam eden olguda segmentektomidir. Lobektomi uygulanan 3 olgu ve bilobektomili 1 olguda rezeke edilen parankimde bronşektazi, intertisiyel fibrotik değişiklikler ortaya çıkmıştır.

Vergnon cryotherapy uyguladığı 8 olgudan birini hamartom olarak bildirmiştir. Bunlardan ancak 3 olguda bronşun rekanalizasyonu tatminkar olabilmıştır (7). Arrigoni, birlikte metastatik hastalık mevcut olan endobronşiyal lipomlu 1 olgusunda tümörü endoskopik olarak çıkarmıştır (1).

Joyner 7 selim intrabronşiyal lezyonda fiberoptik bronkoskopi yolu ile Nd-YAG lazer tedavisi uygulamıştır (8). Lazer ile endobronşiyal lezyonlarda tedavi öneren başka yayınlar da mevcuttur (9-11). Uygulanabilirliği, lezyon distalinde irreversibl hasar oluşmaması ile mümkündür.

Sınırlı rezeksiyondan sonra kondromatöz hamartomlarda akciğer kanseri sıklığının arttığı da

bildirilmiştir. Karasik opere ettiği 52 kondromatöz hamartoma olgusunda 2-10 yıl süre takiple 4 olguda aynı lob ve muhtemelen aynı lokalizasyonda akciğer karsinomuna rastlamıştır ve bunların tümü ilk ameliyatlarında enükleasyon ile çıkarılmış olgulardır. Bu nedenle en azından segmentektomi yapılması önerilmektedir (12).

Nonneoplastik reaktif bir lezyon olarak değerlendirilen inflamatuvar pseudopolipler, benign lezyon olmalarına rağmen preoperatif tanı koyma güçlüğü nedeniyle bronkojenik karsinom ile ayırıcı tanı gerektirir. Yüzseksenbir olgunun değerlendirildiği bir çalışmada en genç hasta 1 yaşında, en yaşlı olan da 73 yaşında bulunmuştur ve bunların sadece 10'u endobronşiyal yerleşimlidir (13). Hem kesin tanı konabilmesi, hem de tedavi için cerrahi eksizyon önerilmektedir (13). Sunduğumuz olgular içinde yer alan 30 yaşındaki bayan olgumuzda 1 senelik semptomatolojik dönem sonunda inflamatuvar pseudopolip distalindeki akciğerde irreversibl değişiklikler ortaya çıktığı için lobektomi uygulandı. Enükleasyon gibi sınırlı bir işlemle çıkarılan olgularda nüks olabildiği bildirilmekte ve uygulanan radyoterapi ile olumlu cevap alınmaktadır (13). Geniş eksizyon (lobektomi) uyguladığımız için şimdiye kadar ki 3 senelik takibinde nüks ile karşılaşmadık.

Endobronşiyal lipomlar tüm pulmoner tümörlerin %0.1'ini oluştururlar. Akciğer selim tümörlerinin ise %13'ünü oluştururlar (14). Bilgisayarlı tomografide intrabronşiyal yerleşimli kitlenin yağ dansitesinde olması ve manyetik rezonans incelemesinde T1 ağırlıklı aksiyal ve koronal kesitlerde mediastinal yağ dokusu ile aynı intensiteye sahip olan kitlenin görülmesi tanı koydurucu olacaktır (15). Olgumuzda bilgisayarlı to-

Tablo 1. Endobronşiyal selim lezyonların yerleşimi, uygulanan ameliyat tipleri ve patolojik tanıları.

Lezyonun yeri ve orjini, boyut	Uygulanan ameliyat	Patolojik tanı
İntermedierde yerleşik orta lobdan kaynaklanan 1 cm'lik kitle	Alt bilobektomi	Kondromatöz hamartom
Ana bronşu daraltan üst lobdan kaynaklanan 1 x 3 cm kitle	Üst lobektomi	Lipom
Üst lob apikal segmenti tıkayan 1 x 1 cm kitle	Apikal segmentektomi	Hamartom
Ana bronş distalini tıkayan alt lobdan kaynaklanan 3 x 1 cm kitle	Alt lobektomi	İnflamatuvar psödopolip
Üst lob ağzından taşan 2 x 1 cm kitle	Üst lobektomi	Kondromatöz hamartom

mografide intrabronşiyal kitle görülememiş, sadece bulunduğu loba uyan atelektazi belirlenmişti. Fiberoptik bronkoskopi ile tanı koyma olasılığı yüksek olmasına rağmen 2 kez uyguladığımız fiberoptik bronkoskopi ile histolojik tanıya ulaşamadık, ancak selim lezyon olduğu belirlendi (6). Lipom distalinde ortaya çıkmış olan bronşektaziler nedeniyle lobektomi uygulamamız gereken olguda, sıklıkla rastlandığı gibi lipom pediküllüydü ve zemindeki bronşiyal kırıkların birinde kemikleşme ve kemik iliği oluşumu izleniyordu (15).

SONUÇ

Endobronşiyal selim tümöral lezyonlar nadir görülürler ve bronşiyal tıkanmaya bağlı semptomlara yol açarlar. Tıkanıklığın gerisinde oluşan enfeksiyona bağlı değişiklikler kalıcı olmadığı sürece parankim koruyucu rezeksiyonlar tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Arrigoni MG, Woolner LB, Bernatz PE, et al. Benign tumors of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 60: 589-98.
2. Bateson EM. So-called hamartoma of the lung- A true neoplasm of fibrous connective tissue of the bronchi. *Cancer* 1973; 31: 1458-67.
3. Koutras P, Urschel HC, Paulson DL. Hamartoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 61: 768-76.
4. Shah JP, Choudhry KU, Huvos AG, et al. Hamartomas of the lung. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136: 406-8.
5. Ölçmen A, Bekar Y ve ark. Bir endobronşiyal lipom olgusu. *Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 1997; 5: 367-70.
6. Doğan R, Ünlü M, Güngen M ve ark. Endobronchial lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1988; 36: 241-3.
7. Vergnon JM, Boucheron S, Bonamour D, et al. Intratracheal destruction of tumor lesions: laser or cryotherapy? A preliminary analysis. *Rev Pneumol Clin* 1987; 43: 19-25.
8. Joyner LR Jr, Maran AG, Sarama R, et al. Neodymium YAG laser treatment of intrabronchial lesions. A new mapping technique via the flexible fiberoptic bronchoscope. *Chest* 1985; 87: 418-27.
9. Ramser ER, Beamis JF Jr. Laser bronchoscopy. *Clin Chest Med* 1995; 16: 415-26.
10. Beamis JF Jr, Shapshay SM, Setzer S, et al. Teaching models for Nd: YAG laser bronchoscopy. *Chest* 1989; 95: 1316-8.
11. Smirniotopoulos TT, Quate LJ, Arabian A, et al. Endoscopic removal of a bronchial lipoma with the Neodymium YAG laser. *Endoscopy* 1986; 18: 197-8.
12. Karasik A, Modan M, Jacob JO, et al. Increased risk of lung cancer in patients with chondromatous hamartoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 80: 217-20.
13. Berardi RS, Lee SS, Chen HP, et al. Inflammatory pseudotumors of the lung. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 89-96.
14. Schraufrogel DE, Alarin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. *Chest* 1979; 75: 97-9.
15. Rodriguez E, Pombo F, Gallego C, Otero I. Endobronchial lipoma. Computed tomography and magnetic resonance. *Chest* 1994; 105: 1628.

Yazışma Adresi:

Dr. Aysun ÖLÇMEN

Yenilevent 15-A-8

80620, İSTANBUL