

# Girişimsel bronkoskopi ile tedavi edilen endobronşiyal hamartom olgusu

Fatih SEĞMEN<sup>1</sup>, Zafer AKTAŞ<sup>1</sup>, Aydın YILMAZ<sup>1</sup>, Esra ÖZADIN<sup>2</sup>, Akın KAYA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara,

<sup>2</sup> Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara,

<sup>3</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

*Tuberk Toraks 2013; 61(4): 348-350 • doi: 10.5578/tt.5923*

Elli dokuz yaşında erkek hasta altı aydır öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde sigara kullanımı yok. Fizik muayenede solunum sesleri normal. Çekilen düz akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda infiltrasyon görüldü (Resim 1). Çekilen toraks tomografisinde intermedius bronş içerisinde orta lob bronşuna uzanan endobronşiyal lezyon izlendi (Resim 2). Yapılan fiberoptik bronkoskopiye intermediyer bronşta düzgün sınırlı endobronşiyal lezyon izlendi (Resim 3). Hastaya tanı ve tedavi amaçlı girişimsel bronkoskopi yapıldı. Lezyon 60 watt APC ile koagüle edilerek rijid pensle tek seferde ekstrakte edildi. Lezyonun çapı 3 cm idi. Lezyonun kaynaklandığı intermediyer bronş medial duvarı karbonize edildi. Çıkan parçaların patolojide incelenmesiyle doku örneklerinde etrafı solunum yolu epiteliyle çevrili stroması fibroadipöz doku, kas doku ve bir alanda distrofik ossifikasyon gösteren kartilaj dokudan oluşan polipoid gelişim gösteren endobronşiyal hamartom ile uyumlu olarak geldi (Resim 4). Bir ay sonra yapılan kontrol bronkoskopisinde intermediyer bronş medial duvarında sekel değişiklikler dışında ek patoloji görülmedi (Resim 5,6).

## TARTIŞMA

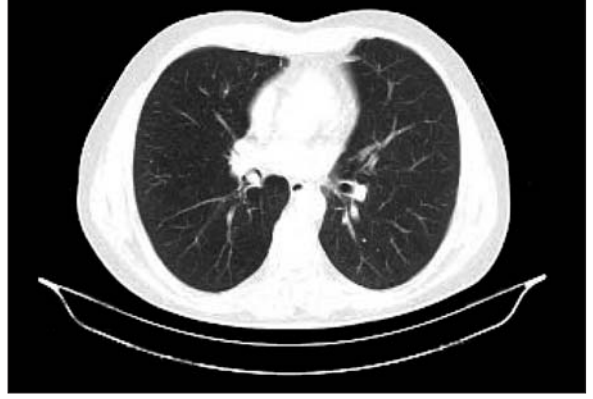
Hamartomlar akciğerde parankimal ve ya endobronşiyal yerleşim gösteren, nadiren malign transformasyon ve invazyon gösteren çoğunlukla benign tümörlerdir (1,2). Genellikle periferik intraparakimal nodül şeklindedirler, nadiren endobronşiyal lokalizasyon gösterirler (2-4). Hamartomlar tüm akciğer tümörlerinin %3'ünü, soliter pulmoner nodüllerin ise %6'sını oluşturur (5). Hamartomlar her yaş grubunda görülmekle beraber olguların çoğu 40-70 yaşları arasındadır (6). Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür (5,7). Pulmoner hamartomlar yerleşim yerine göre parankimal ve endobronşiyal hamartomlar olmak üzere iki grupta sınıflandırılır. İntraparakimal ve endobronşiyal lezyonların kökeni çeşitli matür mezenkimal dokulara diferansiyasyon yeteneği olan primitif mezenkimal dokudur (8). Hem mezenkimal hem endobronşiyal lezyonlar kıkırdak, yağ, fibröz doku ve epitelyal komponent içerirler (9,10). Parankimal lezyonlar genellikle semptomsuz olmakla birlikte endobronşiyal lezyonlar atelektazi ve postobstrüktif pnömoniye neden olarak semptom verirler (5,7,11,12). Hamartom lezyonlarının en sık segment bronşunda, sonra lob bronşunda izlenmekte ve

## Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

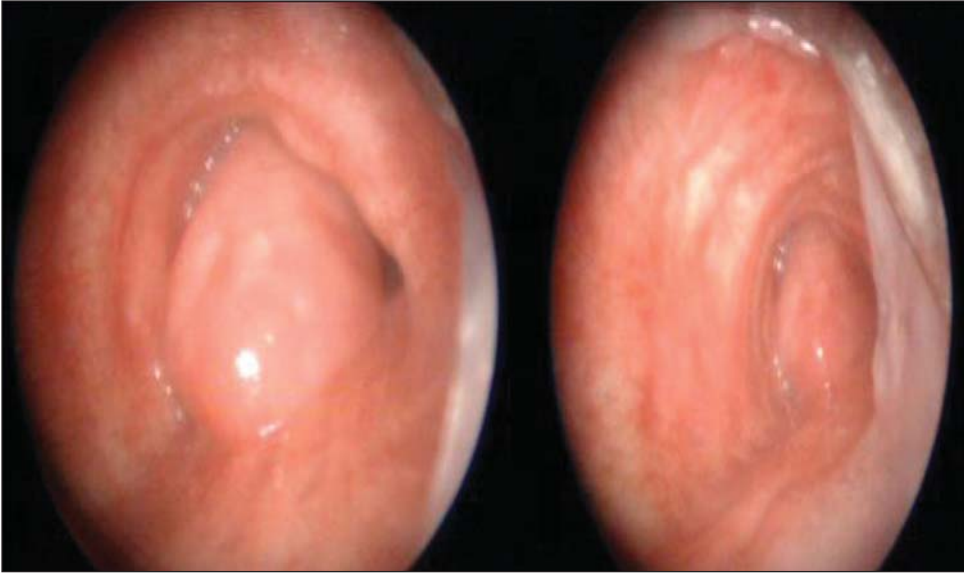
Dr. Fatih SEĞMEN, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Göğüs Hastalıkları Kliniği,  
Keçiören, ANKARA- TÜRKİYE  
e-mail: drsegmen@hotmail.com



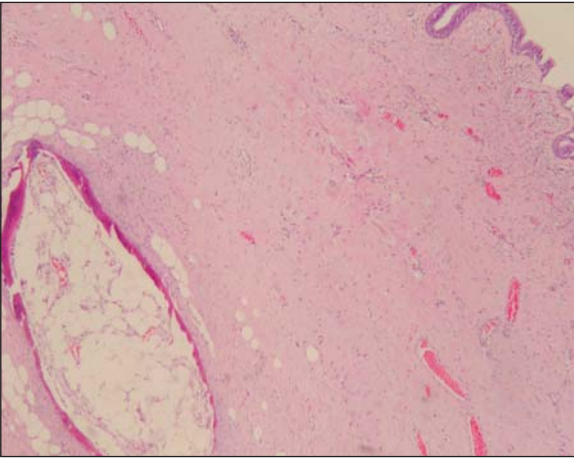
Resim 1. İlk başvuru akciğer grafisi.



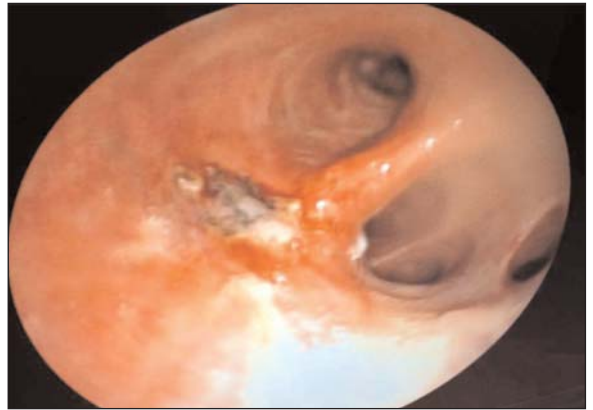
Resim 2. Toraks tomografisi.



Resim 3. Sağ intermediyer bronş içi EBL.



Resim 4. Hamartom mikroskopik görüntüsü.



Resim 5. İşlemden bir ay sonra intermediyer bronş distali.



Resim 6. İşlem sonrası akciğer filmi.

lob dağılımı açısından anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir (13). Hamartomların tomografik görünümünde yağ dansitesinde homojen kitle şeklinde izlenir (14). Benign karakterli hamartom tedavisinde cerrahi ve girişimsel bronkoskopik teknikler kullanılabilir. Benign karakterli tümör olmalarından dolayı bronkoskopik yöntemler tercih edilmelidir. Ancak, büyük bir lezyonsa ya da tümör arkasında hasarlanmış doku mevcutsa cerrahi tedavi tercih edilebilir (14). 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 olması nedeni ile kriyoterapidir (15).

#### ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bildirilmemiştir.

#### KAYNAKLAR

1. Ishibashi H, Akamatsu H, Kikuchi M, Sunamori M. Resection of endobronchial hamartoma by bronchoplasty and transbronchial endoscopic surgery. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: 1300-2.
2. Sharkey RA, Mulloy EMT, O'Neill S. Endobronchial hamartoma presenting as massive haemoptysis. *Eur Respir J* 1996; 9: 2179-80.
3. Shields TW, Robinson PG. Benign tumors of the lung. *General Thoracic Surgery* 1994; 2: 1307-10.
4. Cosío BG, Villena V, Echave-Sustaeta J, de Miguel E, Alfaro J, Hernandez L, et al. Endobronchial hamartoma. *Chest* 2002; 122: 202-5.
5. 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.
6. Gjevre JA, Myers JL, Prakash UB. Pulmonary hamartomas. *MayoClin Proc* 1996; 71: 14-20.
7. Selvi ÇB, Ertuğrul M, Tuncer LY ve ark. Bronchopulmonary hamartomas. *Akciğer Dergisi* 2006; 12: 35-40.
8. Tomaszewski JF. Benign endobronchial mesenchymal tumors: their relationship to parenchymal pulmonary hamartomas. *Am J Surg Pathol* 1982; 6: 531-40.
9. Davis WK, Roberts L Jr, Foster WL Jr, Peyton RB, Halvorsen R Jr. Computed tomographic diagnosis of an endobronchial hamartoma. *Invest Radiol* 1988; 23: 941-4.
10. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ Jr. Fat-containing lesions of the chest. *Radio Graphycs* 2002; 22: 61-78.
11. Kim SA, Um SW, Song JU, Jeon K, Koh WJ, Suh GY, et al. Bronchoscopic features and bronchoscopic intervention for endobronchial hamartoma. *Respirology* 2010; 15: 150-4.
12. Tajima H, Hayashi Y, Maehara T, Morohoshi T, Imada T, Amano T, et al. Endobronchial hamartoma treated by an Nd-YAG laser: Report of a case. *Surg Today* 1998; 28: 1078-80.
13. Kim SA, Um SW, Song JU, Jeon K, Koh WJ, Suh GY, et al. Bronchoscopic features and bronchoscopic intervention for endobronchial hamartoma. *Respirology* 2010; 15: 150-4.
14. Stey AC, Vogt P, Russi EW. Endobronchial lipomatous hamartoma. A rare cause of bronchial occlusion. *Chest* 1998; 113: 254-5.
15. Sahin AA, Aydiner A, Kalyoncu F, Tokgozolu L, Baris YI. Endobronchial hamartoma removed by rigid bronchoscope. *Eur Respir J* 1989; 2: 479-80.