

PULMONER HAMARTOMA

Dr. Hasan SOLAK*
Dr. Ali ERSÖZ*
Dr. Tahir YÜKSEK*
Dr. Mehmet YENİTERZİ*
Dr. Osman YILMAZ**
Dr. Özkan AKKOÇ***

SUMMARY

Hamartoma appears on a routine chest radiograph in an asymptomatic male. Malignant transformation of the epithelial component of hamartoma is extremely rare. Diagnosis and treatment is accomplished by surgical excision. In this paper two patients with pulmonary hamartomas are presented and discussed with relation to the literature.

ÖZET

Hamartoma, asemptomatik erkek hastaların rutin göğüs grafilerinde görülür. Hamartomanın epitelial komponentinin maligniteye dönüşümü oldukça nadirdir. Tanı ve tedavi cerrahi eksizyonla tamamlanır. Bu makalede pulmoner hamartomalı iki hasta takdim edilmiş olup, literatür gözden geçirilmiştir.

Hamartoma terimini ilk defa 1904 yılında Albrecht kullanmıştır. Albrecht hamartomayı; köken aldığı organı veya dokuyu ilgilendiren lokalize gelişme hatası olarak

* : S.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri.

** : S.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** : S.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

tanımlamıştır. Bu tümörler, erişkinlerde rutin radyolojik muayenelerde, diagnostik torakotomilerde ve postmortem çalışmalarda saptanabilmektedir. Takdim edilen 2 vakada da teşhis; Verem Savaş Dispanser taraması sırasında çektilen toraks grafileriyle konulmuştur.

VAKA TAKDİMLERİ

1. Vaka : M. B., 42 yaşında erkek, Prot. No: 2074/101 (Giriş: 24.4.1984, Operasyon: 1.5.1984, Çıkış: 1.6.1984) Zaman zaman hafif derecede sağ yan ağrısı ve öksürük şikayetleri olan hasta Cihanbeyli'de fırıncılık yapmaktadır. Verem Savaş Derneği ekibince yapılan sağlık kontrolü sırasında çektilen PA toraks grafisinde görülen lezyon üzerine tetkik ve tedavi için hastanemize sevkle yatırıldı. K.B.: 140/75 mmHg, Nabız: 104/dak. Sistemlerin fizik muayenesinde kayda değer patolojik fizik bulgu tespit edilemedi. Rutin kan ve idrar tetkikleri: Normal. PA toraks grafisinde sağ alt zonda parakardiak bölgeye yakın yaklaşık 4 cm kadar çapı olan muntazam kenarlı yuvarlak homojen kesafet mevcut (Resim: 1, 2). Hasta 1.5.1984 tarihinde akciğer hidatik kisti ön teşhisiyle ameliyata alındı. Sağ torakotomi yapıldı. Gözlemde sağ alt lob medial bazal segmentte lokalize olmuş 4 cm çaplı sert tümöral kitle palpe edildi. Pnömotomi yapıldı. Tümöral kitle parankimden kolayca ayrılarak extirpe edildi. Malign görünümlü olmadığı için rezeksiyon yapılmadı.

Piyenin makraskobik bulguları : 4 cm çaplı lobüle görünümde, kesiti sarı-beyaz, parlak, elastik ve gevşek olup, kıkırdak görünümde sertçe bir tümöral kitle.

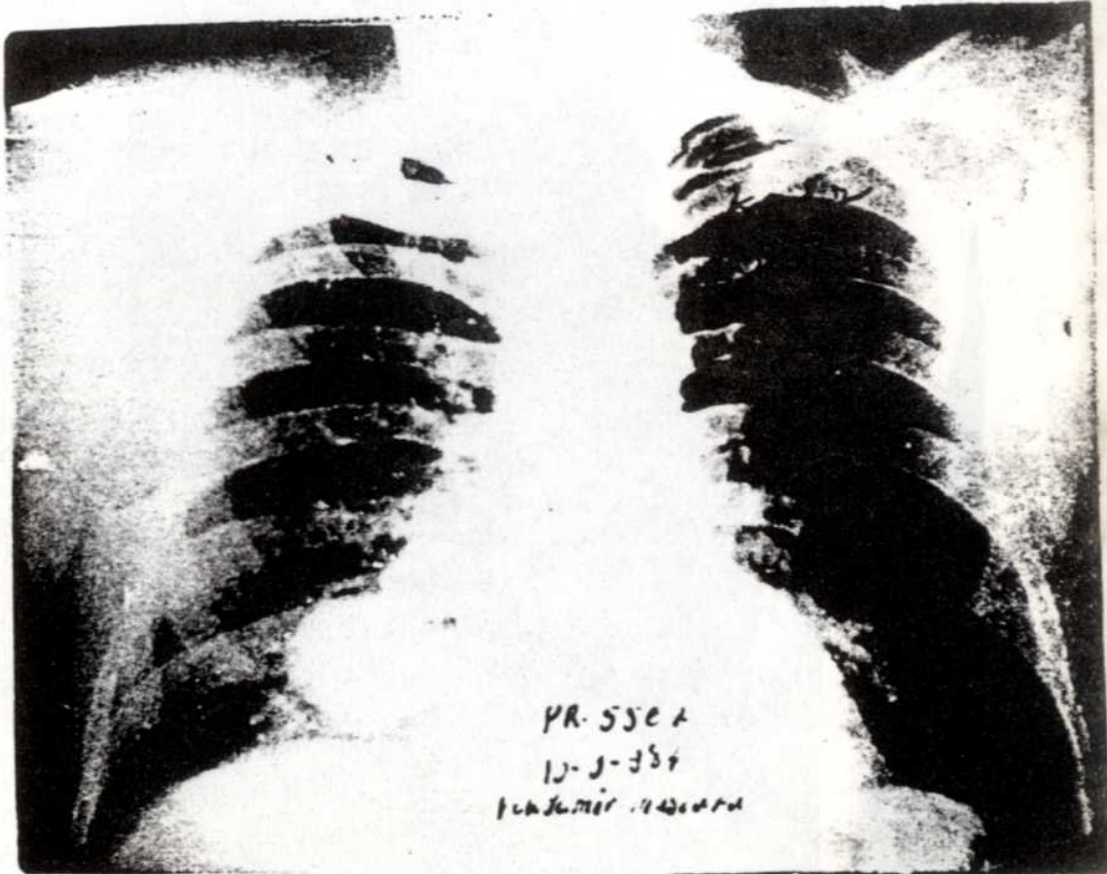
Piyenin mikroskobik bulguları : Kesitlerde kıkırdak dokusu alanları.

Bu alanlar arasında bağ dokusu demetleri.

Mikroskobik tanı : Bronşiyal hamartom.

PO dönemde ortaya çıkan kesi yerindeki cilt altı süpürasyonu yapılan pansumanlarla gerileyip geçti. Hasta 1.6.1984 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

2. Vaka : A. İ. A., 56 yaşında erkek, Prot. No: 630/32 (Giriş: 28.1.1986, Operasyon: 30.1.1986, Çıkış: 7.2.1986). Kayda değer bir şikayeti olmayan hasta, Verem Savaş Derneği mikrofilm taraması sırasında çektilen toraks grafisinde görülen lezyon dolayısıyla tetkik ve tedavi için sevkle yatırıldı. K.B.: 140/80 mmHg, Nabız: 76/dak. Sistemlerin fizik muayenesinde kayda değer patolojik bulgu tespit edilemedi. PA toraks grafisinde sol alt zonda kenarları muntazam, yaklaşık 1 cm çaplı yuvarlak homojen kesafet mevcut (Resim: 3, 4). Hastanın rutin tetkiklerinde elde edilen değerler normal sınırlarda. 30.1.1986 tarihinde ameliyata alındı. Sol torakotomi yapıldı. Gözlemlerde alt lob antero-lateral bazal segmentte lokalizasyon gösteren sert tümöral doku tespit edildi. Parankime hiç bir organik bağlantısı olmadığı için kolayca enüklüe edildi. Makroskobik olarak benign değerlendirildiğinden (Frozen imkanı olmadığı için) rezeksiyona gidilmedi.



RESİM: 1. Hasta M.B.'nin PA akciğer grafisinde sağ alt zonda hamartoma

Piyesin makroskopik bulguları : 1 cm çapında beyaz lobüllü, sertçe yer yer parlak mavi gri alanlar gösteren doku parçası.

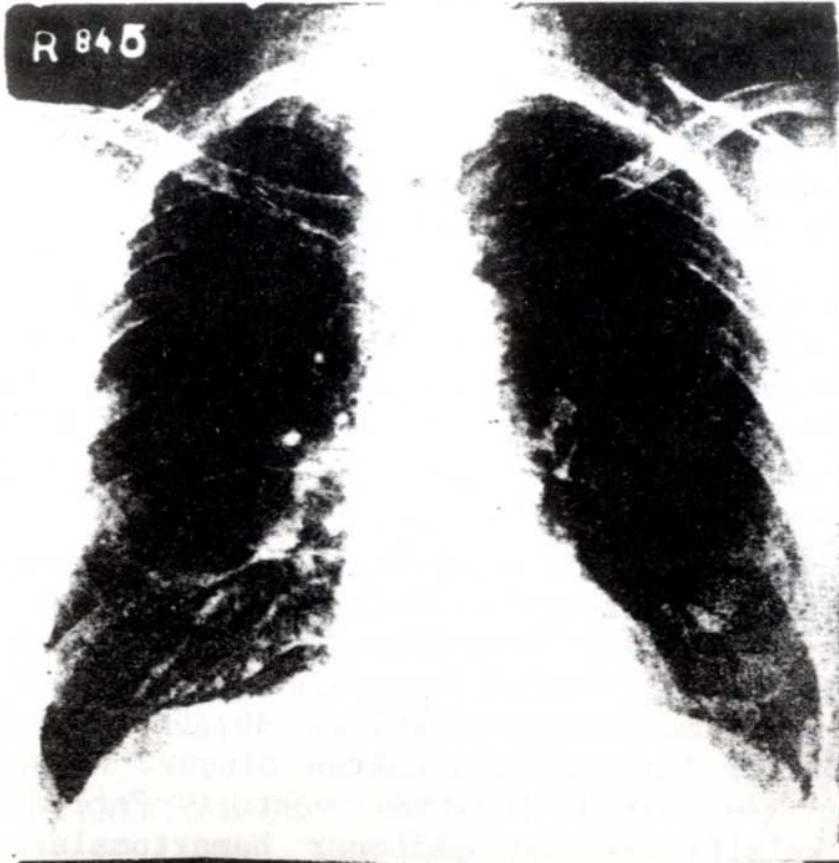
Mikroskopik bulgu : Kesitlerde lobülüsler oluşturan kıkırdak dokusu, kıkırdak adacıkları çevresinde miksömatöz bağ dokusu, arada kübik epitel ile örtülü, kronik iltihaplı bağ dokusu alanları, çok sayıda damar kesitleri görülmektedir.

Mikroskopik tanı : Hamartoma.

Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon çıkmadı. Hasta 7.2.1986 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

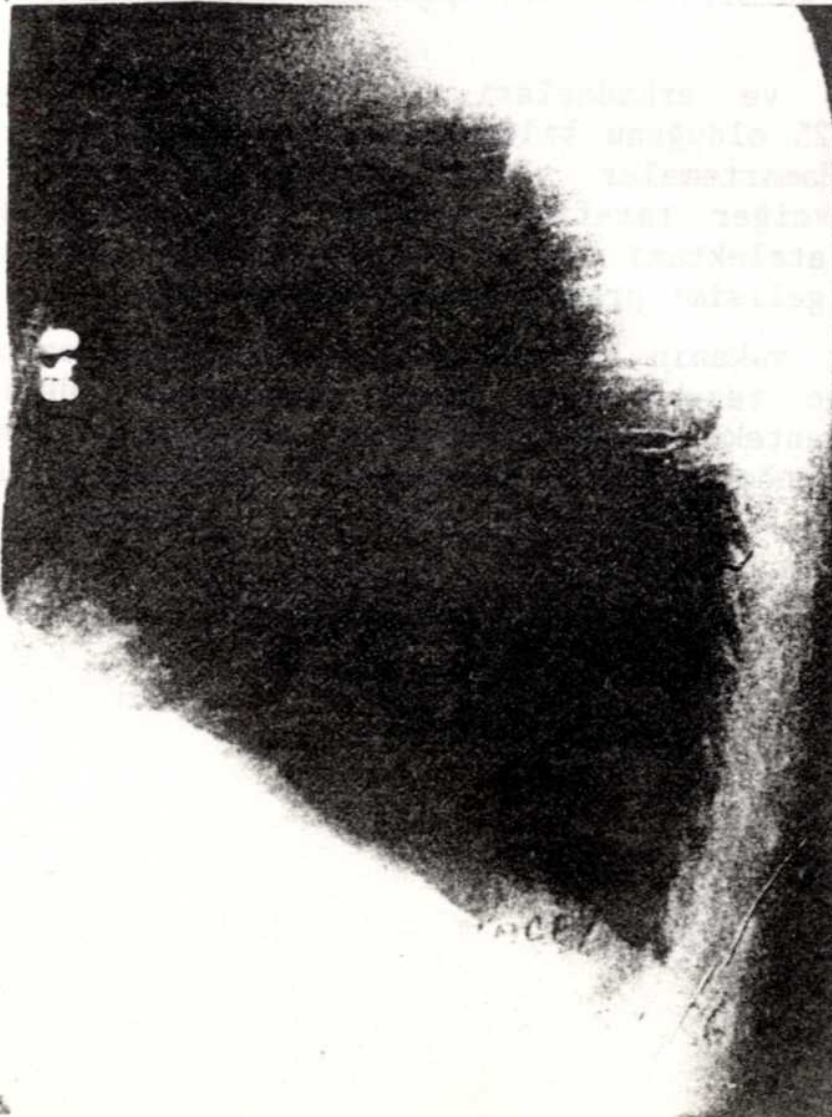


RESİM: 2. Hasta M.B.'nin lateral akciğer grafisi



RESİM: 3.

Hasta A.İ.A.'nın
PA akciğer gra-
fisinde sol alt
zonda hamartoma



RESİM: 4.

Hasta A.İ.A.'nın
lateral akciğer
grafisi

TARTIŞMA

Hamartoma akciğerin oldukça nadir görülen selim bir tümördür. Akciğerdeki bazı dokuların embriyoner devrede fazla gelişmesi sonucu meydana gelir. Pulmoner hamartomalar bronşlarda veya parankimde oluşan tümörlerdir. Her ne kadar selim tabiatlı olsalar da bazen malign tümörlerle de beraber olmaktadır. Hamartomalar, % 10 obstrüksiyonla sonuçlanan tümörlerdir. Tümörde kıkırdak, bağ dokusu ve kalsifikasyon sıklıkla görülmektedir. Epitel dokusu, genellikle görülmemesine karşın nadiren olabilmektedir.

Pulmoner hamartomaların doğuştan mı, yoksa sonradan mı geliştiği tartışma konusudur. Pulmoner hamartomalar genellikle pulmoner parankimada bulunurlar. Yaklaşık % 10'u bronş lümeninde oluşur. Tümörler 1-6 cm kadar olan büyüklükte dizilirler. Kaba muayenede yüzeyleri düzgün ve lobüllü görünür. Nodüller başlıca kıkırdaktan oluşur. Kapsül ve akciğer dokusu çevresinde invazyon yoktur. Patlamış mısır şeklindeki kalsifikasyonlar pulmoner hamartomaların % 10'unda görülür.

Mc Donald ve arkadaşları, hamartomaların genel popülasyonda % 0,25 olduğunu bildirmişlerdir. Erkek, kadın oranı 1/2'dir. Hamartomalar yavaş büyüyen tümörlerdir. Genişlemesi ve akciğer tarafına baskısı nedeniyle göğüs ağrısı, öksürük, atelektazi ve pnömonitis oluşabilir. Hamartomanın kanser gelişimi pratik olarak bilinmiyor.

Operasyon, vakanın durumuna göre yapılır. Lezyon yüzeysel ise Wedge rezeksiyonu, şayet parankimayı derin işgal ederse segmentektomi veya lobektomi tavsiye edilmesine rağmen, biz pnömotomi ile enükleasyon işlemini uyguladık.

KAYNAKLAR

1. ROBINS S. L., COTRAN R. S., KUMAR V.: Pathologic Basis of Disease 3 rd. Ed. Tokyo, W. B. Saunders co., 1984, p. 756.
2. CARTER D., EGGLESTON J. C.: Tumors of Lower Respiratory Tract. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1983, p. 221.
3. SABISTON D. C., SPENCER F. C.: Surgery of the Chest, fourth edition. W. B. Saunders Co., 1983, pp 521.
4. AKKAYNAK S. ve ark.: Göğüs Hastalıkları, Ankara, 1968, pp 209.