

Akciğerin Benign Tümörleri : 6 Yıllık Cerrahi Deneyim

Dr. İrfan Yalçınkaya¹, Dr. Ömer Soysal², Dr. Sadi Kaya³, Dr. Güven Çetin³

Akciğer ve trakeobronşial ağacın benign tümörleri çeşitlidir fakat nadir görülürler. 1989 ile 1994 yılları arasında, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde, 40 benign akciğer tümörlü olgu opere edildi. Bunlardan 31'i hamartom, 3'ü inflamatuvar psödotümör, 2'si leiomyom, 2'si sklerozan hemanjiom, 1'i teratom 1'i de lipom idi. Tümörün akciğer parankimini mümkün olduğu kadar koruyarak yapılacak eksizyonu kesin tanı için sıklıkla gereklidir. [Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1996;3(4):336-340]

Anahtar Kelimeler: Benign tümör, akciğer

Benign tumors of the lung : a six-year surgical experience

Different kinds of benign tumors rarely occur in the lung and tracheobronchial tree. We operated 40 patients with benign lung tumors in the Clinic of Thoracic Surgery, Atatürk Chest Diseases and Thoracic Surgery Center between 1989 and 1994. There were 31 hamartomas, 3 inflammatory pseudotumors, 2 leiomyomas, 2 sclerosing hemangiomas, 1 teratoma and 1 lipoma. Surgical removal of the tumor by preserving as much lung parenchyma as possible is often necessary for definitive diagnosis. [Journal of Turgut Özal Medical Center 1996;3(4):336-340]

Key Words: Benign tumor, lung

Akciğer ve trakeobronşial ağacın benign tümörleri bronkopulmoner neoplazmların %1-10'unu, soliter pulmoner nodüllerin ise %5-15'ini teşkil eder (1-5).

Genellikle asemptomatik olan ve radyolojik olarak soliter pulmoner nodül şeklinde karşımıza çıkan benign akciğer tümörlerinin preoperatif tanısı zordur ve malign tümörlerden ayırımı yapılmalıdır.

Benign tümörler akciğerdeki mevcut bütün hücre tiplerinden köken alabilir ve parankimal veya endobronşial lokalizasyonlu olabilir. Eğer lezyon trakeobronşial ağaçta lokalize ise bronkoskopik biyopsi tanıda yardımcıdır. Lezyonların çoğunun periferde ve parankim içinde lokalize olması nedeniyle tanı çoğunlukla torakotomi ile konmaktadır.

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

² İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

³ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde opere edilen ve histopatolojik olarak benign pulmoner tümör tanısı alan 40 olgu ele alınmıştır. Olgular, tanı ve tedavileri açısından literatür verileri eşliğinde çeşitli yönleriyle irdelenmiştir.

MATERYAL VE METOD

Ocak 1989-Aralık 1994 tarihleri arasındaki 6 yıllık periyotta 40 olguya akciğer ve trakeobronşial ağaçta benign tümör nedeniyle cerrahi uygulandı. Olgularımız Tablo 1'de görülmektedir.

Olgularımızdan 29'u erkek, 11'i ise kadındı. Yaşları 15 ile 66 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 49 idi (Tablo 2).

Tablo 1. Hastalarımızdaki tümörler		Tanı amacıyla
Tanı	Sayı	bronkoscopi; iki yönlü akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), balgam ve bronkoskopik lavaj sitolojisi yapıldı.
Hamartom	31	
İnflamatuvar psödötümör	3	
Leiomyom	2	
Sklerozan hemanjiom	2	
Teratom	1	
Lipom	1	

Lezyonun ameliyat esnasındaki makroskopik görünümü ve muayene bulgularına göre benign-malign ayrımı yapıldı. Gerekli olduğu zaman peroperatif frozen section yapıldı. Histopatolojik tanı bronkoskopik biyopsi materyalinin ve/veya opere edilen hastalarda spesmenin incelenmesi ile konuldu.

BULGULAR

Hastalarımızın 19'unda (%47,5) herhangi bir

Tablo 2. 40 benign akciğer tümörlü hastanın yaş ve cinsiyet dağılımı

Yaş	Erkek				Kadın			
	Ha	İn	Le	Li	Ha	İn	Sk	Te
10-19			2					2
20-29		2						
30-39	3			1			1	
40-49	4			2				1
50-59	10			1	1	1		
60-69	8			2				
Toplam	25	2	2	1	6	1	2	1

Ha: Hamartom, İn: İnflamatuvar psödötümör, Le: Leiomyom, Sk: Sklerozan hemanjiom, Te: Teratom, Li: Lipom

şikayet yoktu. Rutin kontroller sırasında veya başka bir hastalık sebebiyle araştırma yapılırken çekilen akciğer grafilerinde lezyona rastlanmıştır. Yirmi bir hastada ise başta öksürük olmak üzere göğüs ağrısı, balgam çıkarma, nefes darlığı ve hemoptizi şikayetlerinden bir ya da birkaçı mevcuttu.

Lezyonların 1'i trakeada, 5'i bronşlarda, diğerleri ise akciğer parankiminde lokalize idi. Endobronşial olanların 3'ü hamartom (sol ana bronş, sağ üst lob bronşu ve orta lob bronşu), 1'i leiomyom (sol ana bronş) ve 1'i de lipom (sol alt lob bronşu) idi.

21 olgumuzda akciğer grafisinde soliter pulmoner nodül mevcuttu. Diğer olgularda ise kitle görünümü saptandı. Soliter pulmoner nodüllü 4 olgunun toraks BT'lerinde lezyonun içinde noktasal ve/veya lameller tarzda kalsifikasyonlar tespit edildi. Bu dört lezyonun hepsi de postoperatif hamartom tanısı aldı.

Olgularımızda uyguladığımız cerrahi prosedürler Tablo 3'de gösterilmiştir. Postoperatif komplikasyon olarak 3 hastada uzun süren hava kaçağı ve 1 hastada da yaygın ciltaltı amfizemi gelişti.

TARTIŞMA

Akciğer ve trakeobronşial ağacın epitelyal, mezankimal ve lenfoid orjinli benign tümörleri, malign tümörlere nispetle oldukça nadirdir.

Endobronşial ve parankimal lokalizasyonlu olan bu tümörlerde klinik belirtiler daha çok tümörün büyüklüğüne ve yerleşim yerine bağlıdır. Periferde lokalize lezyonu olan hastaların çoğu asemptomatiktir. Endobronşial lezyonu olan hastalarda ise çoğunlukla öksürük, dispne,

Tablo 3. Hastalarda uygulanan cerrahi prosedürler

Prosedür	Ha	İn	Le	Sk	Te	Li	Toplam
Trakeotomi ve eksizyon			1				1
Wedge rezeksiyon	28	1		2	1		32
Sleeve rezeksiyon	1		1				2
Sleeve lobektomi	2*					1	3
Pnömonektomi		2					2

Ha: Hamartom, İn: İnflamatuvar psödötümör, Le: Leiomyom, Sk: Sklerozan hemanjiom, Te: Teratom, Li: Lipom

* Bir olgu standart lobektomi

hemoptizi ve tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlara bağlı semptomlar vardır (1-5). Olgularımızdan endobronşial lezyonu olanların hepsinde çeşitli şikayetler varken, olguların yaklaşık yarısında spesifik bir şikayet mevcut değildi.

Laboratuvar bulguları genellikle akciğer benign tümörlerinde tanıya yardımcı olmaz. Bronkoskopik inceleme endobronşial lezyonu olan olgularda yardımcıdır ve bu olgularda lezyondan biyopsi alınmalıdır. Olgularımızda endobronşial lokalizasyonlu olguların dışındakilerde preoperatif tanı konulamadı. Malignite olasılığı taşıyan ve radyolojik olarak rezektabl olan bu tümörlerde işlem sırasında ekime yol açmamak için tanı amacıyla BT eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulamayıp eksploratris torakotomi tercih ettik.

Akciğerin benign tümörleri, akciğerin bütün kısımlarında görülebilir fakat daha sıklıkla periferde ve nadiren de hiler kısımda yerleşir (1,3). Olgularımızın akciğerdeki dağılımlarında herhangi bir önemli özellik yoktu.

Hamartom, akciğer ve trakeobronşial ağacın en sık rastlanan benign tümörü olup tüm benign tümörlerin 2/3'ünü teşkil eder (1-3,6). Olgularımızın %77,5'i hamartomdu. Radyolojik olarak tespit edilen soliter pulmoner nodüllerin yaklaşık %2-10'u hamartom olarak bulunmuştur (3,7). Hamartomun boyutları artabilir fakat büyümesi ekseriye yavaştır (8). Akciğer hamartomlu hastalarda birlikte veya sonradan maligniteye rastlanabilir. Malign transformasyon rapor edilmişse de son derece nadir ve tartışmalıdır (9). Ayrıca opere edilip büllöz akciğer ve sarkoidozis tanısı alan iki olguda da beraberinde hamartom saptandı. Diğer benign tümörler gibi hamartomlar da endobronşial lokalizasyonlu olabilir. Bir olgumuzda sleeve rezeksiyon, bir olguda da sleeve lobektomi uygularken, bir olguda orta lob bronşundaki hamartom sonucu parankimde destrüktif değişiklikler geliştiğinden orta lobektomi yapmak gerekti. Bronş karsinomu nedeniyle opere edilen iki olguda diğer lobda beraberinde nodüle rastlandığından, sonradan hamartom tanısı alan bu lezyonlar peroperatif yapılan frozende benign olarak değerlendirildiğinden wedge rezeksiyon uygulandı.

Inflamatuvar psödötümör (plazma hücreli granülom), etyolojisi ve patogenezi henüz tam olarak açıklığa kavuşmamış olan bir patolojidir.

Malign değişiklik nadir de olsa bazı olgularda meydana gelebilir (10). Inflamatuvar psödötümör tanısı alan olgularımızdan ikisi bronş kanseri öntanısı ile operasyona alınmışlardı. Lezyon o taraf akciğerin hemen hemen tamamını tuttuğundan pnömonektomi tercih edildi. Bir hastada ise kist hidatik ameliyatında alt lobda saptanan nodülden peroperatif yapılan frozen benign olarak değerlendirildiği için wedge rezeksiyon yapıldı. Bu olgu sonradan inflamatuvar psödötümör tanısı aldı.

Leiomyom; trakea, ana bronşlar ve daha küçük hava yolları ile ayrıca perivasküler dokudaki düz kas hücrelerinden köken alabilir (1,11). Çoğunlukla genç ve orta yaş erişkinlerde ve daha çok kadınlarda görülür (1,3). Fakat bizim iki olgumuz da erkekti. Sol ana bronşta lezyonu olan olguda sleeve rezeksiyon uygulandı. Trakeada ise en sık rastlanan lokalizasyon 1/3 alt segmenttir ve alışılmış orijini posterior membranöz bölgedir (11). Bu şekilde lokalizasyonu olan bir olgumuzda tümör trakea lümenini %80 oranında oblitere etmişti. Sağ torakotomi yoluyla yaklaşım uygulanan olguda tümör kitlesi pediküllü olduğundan parsiyel trakea rezeksiyonu yerine tümör kitlesi total olarak eksize edildi. Preoperatif toraks BT'de alt lobda destrüktif ve bronşektatik değişiklikler saptandığından lobektomi de uygulandı. Postoperatif yapılan bronkoskopik kontrollerde nüks gözlenmedi.

Sklerozan hemanjiomun (pnömositom), histogenezi konusunda yapılan birçok elektron mikroskopik, histokimyasal ve immunohistokimyasal çalışmaya karşın görüş birliği yoktur. Tümörün epitelyal, endotelyal, histiositik veya mezotelyal orijinli olduğu görüşleri vardır (12). Bu nedenle histopatolojik olarak da akciğerin diğer benign ve malign lezyonlarını taklit edebilir. Olgularımızdan biri ilk histopatolojik incelemede sklerozan hemanjiom ile karışabilen metastatik tiroid karsinomu olarak değerlendirilmişti. Fakat histokimyasal olarak sklerozan hemanjiom olduğu tesbit edildi. Diğer karışabileceği patolojiler arasında; inflamatuvar psödötümör, akciğerin benign berrak hücreli tümörü (şeker tümörü), bronkoalveolar karsinom, mezotelyoma, metastatik renal hücreli karsinom, karsinoid tümör ve anjiosarkomlar sayılabilir (12).

Teratom, çoğunlukla mediastenden gelişen, akciğerde ender görülen bir tümördür. Gelişim şekilleri tartışmalı olmakla birlikte daha nadir olarak intrapulmoner teratomlara da rastlanır. Akciğer

parankiminde lokalize olan benign teratomların çoğu sol üst lobun anterior segmentinde bulunur ve genellikle kistik lezyon şeklindedirler (3). Bizim bir teratom olgumuz da sol üst lobun anterior segmentinde lokalize idi.

Lipomların, %80'i endobronşial ve %20'si de pulmoner parankimde meydana gelir (1,3). Lipom, bizim olgumuzda da olduğu gibi BT'de karakteristik yağ dansitesi şeklinde görülür (4). Endobronşial lezyonlarda bronkoskopik yolla elektrokoter veya lazer ile eksizyon (özellikle cerrahiye elverişli olmayan hastalarda) uygulanabilir. Biz lipom da dahil olmak üzere endobronşial lokalizasyonlu olgularda iki nedenle bronkoskopik rezeksiyonu tercih etmedik. Birinci sebep olgularımızda lezyonların bronş duvarına geniş tabanla oturmaları (pediküllü olmamaları) ve bu nedenle bronkoskopik rezeksiyona elverişli olmamaları, diğer sebep ise nüksün bu yolla yapılan rezeksiyonda daha fazla görülmesidir.

Torakotomi, bizim de olgularımızda tercih ettiğimiz gibi halihazırda endoskopik görüş sahasının dışında kalan lezyonlarda, tanı ve aynı zamanda tedavi için tercih edilen bir yaklaşımdır. Pulmoner parankimi mümkün olduğu kadar koruyarak yapılan konservatif rezeksiyon, akciğerin bütün benign tümörlerinde tercih edilen cerrahi tedavi şeklidir. Yine endobronşial lezyonlarda operasyonda bronkotomi yoluyla eksizyon (trakeada lokalize ise trakeotomi yoluyla) ya da bronkoplastik prosedürlerle tümörlü kısmın rezeksiyonu uygulanabilir. Trakeada lokalize lezyonlarda trakeanın çevresel rezeksiyonu ve uçuca anostomozu mümkündür. Benign akciğer tümörlerinde sık görülen, lezyonun obstrüksiyonu ve bronşun drenajının bozulması ile gelişen sık akciğer enfeksiyonu nedeniyle distal akciğerde bronşektazi ve destrüksiyon gelişmesi durumlarında ise segmentektomiden pnömonektomiye kadar uzanan pulmoner rezeksiyonlar gerekebilir (1,11,13,14).

Son yıllarda toraks patolojilerinin tanı ve tedavisinde oldukça fazla uygulama alanı bulmuş olan ve bizim olgularımızda uygulama imkanı bulamadığımız video yardımcı torakoskopik cerrahi, periferik pulmoner lezyonların tanı ve tedavisinde, seçilmiş ve uygun hastalarda güvenli bir işlemdir (15).

Akciğer benign tümörlerinden hamartomda nadiren nüks görülmekle birlikte diğerlerinde nüks bildirilmemiştir (5,10). Takip edebildiğimiz süre içerisinde (3 ay-5 yıl) olgularımızda nüks gözlenmedi.

Benign akciğer tümörleri sıklıkla periferik soliter pulmoner nodül şeklindedir ve preoperatif tanısı zordur. Bu nedenle torakotomi ile tanı ve tedavinin aynı seansda yapılması uygundur. Endobronşial lokalizasyonlu olanlarda bronkoskopik rezeksiyon denenebilir.

KAYNAKLAR

1. Miller JI, Hatcher CR. Benign tumors of the lower respiratory tract. In: Baue AA, ed. Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery. Appleton & Lange, New York, 1991: 301-12.
2. Mitsudomi T, Kaneko S, Tateishi M, Yano T, Ishida T, Sugimachi K. Benign tumors and tumor-like lesions of the lung. *Int Surg* 1990; 75: 155-8.
3. Shields TW, Stirling MC. Benign tumors of the lung. In: Shields TW, ed. General Thoracic Surgery. Williams & Wilkins, New York, 1994: 1307-19.
4. Houston TP, Macklin JE. Benign pulmonary tumors. *AFP* 1984; 29(1):253-7.
5. Greenfield LJ, Stirling MC. Benign tumors of the lung and bronchial adenomas. In: Sabiston DC and Spencer FC, eds. *Gibbon's Surgery of the Chest*, W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1990: 588-600.
6. Karaođlanođlu N, Soysal Ö, Taştepe I, ve ark. Pulmoner hamartom. *Solunum Hastalıkları* 1995;6(1):65-8.
7. Özcan H, Fitoz S, Akyar S. Soliter pulmoner nodüllerin değerlendirilmesinde radyolojik yöntemler. *T Klin Tıp Bilimleri Derg* 1994;14:31-8.
8. Hansen CP, Holtveg H, Francis D, Rasch L, Bertelsen S. Pulmonary hamartoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 104: 674-8.
9. Ribet M, Jaillard-Thery S, Muttens MC. Pulmonary hamartoma and malignancy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 107: 611-4.
10. Nonomura A, Mizukami Y, Matsubara F, et al. Seven patients with plasma cell granuloma (Inflammatory pseudotumor) of the lung, including two with intrabronchial growth: An immunohistochemical and electron microscopic study. *Int Med* 1992; 31(6): 756-65.
11. White SH, Ibrahim NBN, Forrester-Wood CP, Jesayingham K. Leiomyomas of the lower respiratory tract. *Thorax* 1985; 40: 306-11.
12. Yalçınkaya İ. Akciğerin nadir görülen benign tümörü: Pnömositoma. *Van Tıp Dergisi* 1995; 2(1): 60-62.
13. Shah HM, Garbe L, Nussbaum E, Dumon JF, Chiodera PL, Cavaliere S. Benign tumors of the tracheobronchial tree:

- Endoscopic characteristics and role of laser resection. Chest 1995; 107(6): 1744-51.
14. Watanabe Y, Shimizu J, Oda M, et al. Results in 104 patients undergoing bronchoplastic procedures for bronchial lesions. Ann Thorac Surg 1990; 50: 607-14.
 15. Allen MS, Deschamps C, Lee RE, Trastek VF, Daly RC, Pairolero PC. Video-assisted thoracoscopic stapled wedge excision for indeterminate pulmonary nodules. J Thorac Cardiovasc Surg 1993; 106: 1048-52.

Yazışma adresi:

Yrd.Doç.Dr. İrfan YALÇINKAYA
Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Tıp Fakültesi Hastanesi
Göğüs Cerrahisi ABD
K.Karabekir Cad.
65200, VAN
Tel: (432) 216 4705/1092
Faks: (432) 216 7519