

DOI: 10.4274/tpa.46.18

Solunum sıkıntısı olan bir yenidoğan

A neonate with dyspnea

Salih Bakır, Selvi Kelekçi*, A.Ediz Yorgancılar, Ramazan Gün, Berzan Miroğlu, Muhammed Ayrıl

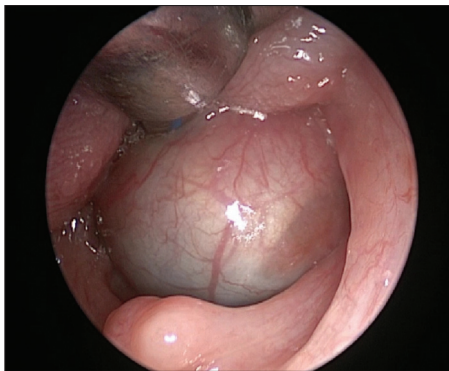
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

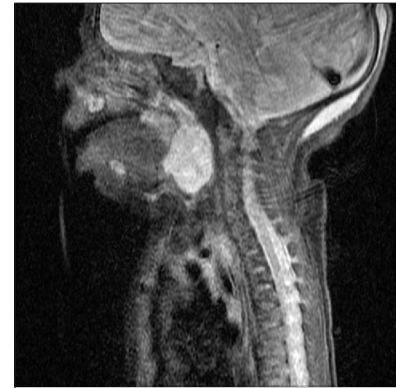
Olgu sunumu

Doğum öncesi izlemlerinde herhangi bir sorun olmayan, miadında, sezaryen ile doğurtulmuş erkek bebek, doğum sonrası ikinci günde solunum sıkıntısı, stridor ve giderek artan morarma yakınması gelişmesi üzerine çocuk acil servisine getirildi. Acil şartlarda düzeltilmeye çalışılan hasta orotrakeal entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım birimine alındı. Kardiyovasküler ve solunum sistemi başta olmak üzere fizik incelemesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Koanal atrezisi yoktu. Hastanın oda havasında oksijen doygunluğu %86, kalp tepe atımı 140/dak, dakika solunum sayısı 38/dak idi. Kan gazı ve diğer hematolojik tetkikler normaldi. Radyolojik inceleme için çekilen arka-ön akciğer grafisinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Direkt laringoskopi

yapıldı ve boyun manyetik rezonans (MRG) görüntüleme çekildi (Resim 1,2,3).



Resim 1. Larinksin direkt incelemesi



Resim 2. Manyetik rezonans görüntüleme



Resim 3. Manyetik rezonans görüntüleme

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Salih Bakır, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, 21280, Diyarbakır, Türkiye
E-posta: drsalihbakir@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 20.11.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.12.2010

Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing. All rights reserved.

Tanı

Hipofarinkste kitle-Hamartom

Direkt laringoskopide epiglot düzeyinden başlayıp, dil kökü, vallekula ve tüm hipofarinks vokal kord düzeyine kadar dolduran bir kitlenin, hava geçişini tamamen kapattığı gözlemlendi (Resim 1).

Boyun manyetik rezonans görüntüleme, hipofarinks düzeyinde 2x2x2 cm boyutlarında solunum yolunu tama yakın daraltan kitle görüldü (Resim 2 ve 3).

Hasta 12 günlük iken, direkt laringoskopi altında kitle bipolar koter kullanılarak tam olarak çıkartıldı. Histopatolojik inceleme sonucu hamartom olarak bildirildi. Beş aydır sorunsuz takip edilmekte olan olgumuzun fiberoptik endoskopik muayene ile yapılan kontrollerinde tekrar saptanmadı.

Tartışma

Hamartomlar, vücudun hemen her yerinde görülebilen, normal dokunun anormal düzen, miktar ve karışımındaki şeklinin çoğalması sonucu oluşan, selim, özellikte tümör benzeri oluşumlardır (1-3). Normal fizyolojik dokunun kendi kendini sınırlayan neoplastik olmayan, abartılı gelişimi olarak tanımlanabilir ve genellikle hayatın ilk iki yılında ortaya çıkar (3). Selim bir doku çoğalması olmasına rağmen bazen yerel olarak ciddi sorunlara neden olabilir (3).

Hamartomların etiolojisinde doğumsal malformasyon, normal dokuların hiperplazisi ve enflamasyona yanıt gibi nedenler düşünülmektedir (1,3). Hamartomlar, genellikle ağrısız bir kitle olarak kendini gösterir ve bazı olgularda hızlı büyüme görülebilir. Lezyonların ailevi özellikleri veya sendromlarla olan ilişkileri gösterilememiştir (1,4). Hamartomlar, 15 cm'lik çapa kadar ulaşabilir, ancak genellikle 2,5-5 cm boyutundadır (3). Bu tümör benzeri kitlelerin ayrıntılı bir çalışma ile lenfadenomegali, sarkom, lipom, hemanjiyom nörofibrom, dermatofibrom veya teratom gibi patolojilerden ayırıcı tanısının yapılması tedavi yaklaşımı açısından zorunludur (1,3-5).

Hamartomlar genellikle yenidoğan döneminde saptanır. Yüzde 15-20 sıklıkta doğumsaldır (6). Olguların çoğunda lezyon baş-boyun bölgesindedir. Ancak vücudun diğer bölgelerinde, hatta dil, orbita benzeri deri ile ilişkisi olmayan yerlerde de nadir olarak saptanabilir (7,8). Literatüre baktığımızda ülkemizden hipofaringeal bölgeden kaynaklanan bir hamartom olgusunun bildirilmediğini, dünyada ise birkaç olgu ile sınırlı olduğunu gördük (5,9). Literatürdeki en

küçük olgu 1979 yılında, Baarsma (9) tarafından bildirilen, vallekuladan köken almış hamartomu bulunan üç yaşındaki bir olgu iken, olgumuz hipofaringeal bölgeden kaynaklanan hamartomu olan en küçük hasta olup, iki günlük iken bulgu vermiş, 12 günlük iken ise ameliyat edilmiştir. Hamartomların doğal seyri sırasında kendiliğinden gerileme, değişim veya maliniteye dönüşüm bildirilmemiştir. Başlangıçta hızlı büyüyen lezyonların yaş ilerledikçe büyümesi yavaşlamaktadır (3).

Hipofarinksteki bu büyüme nedeniyle hamartom, yenidoğanlarda solunum sıkıntısı ve stridor yapabilen birçok neden arasında yer alan nadir nedenlerden biridir. Bulgu vermeyen olgularda hipofaringeal hamartom kolaylıkla gözden kaçabilir. Ancak büyüyen kitleler olgularda hayatı tehdit edici solunum yolu sıkıntılarına neden olabilirler. Bu durum özellikle çocuk olgularda çok daha hızlı ve ciddi olabilir. Bizim olgumuzun solunum sıkıntısının olması erken dönemde tanı koymamızı sağladı.

Bu durumlarda, fizik muayene dışında ek radyolojik tetkik gerekir. Hamartomların tanısının konmasında MRG ile değerlendirmenin yararlı olduğu bildirilmiştir (6,10). Histopatolojik inceleme ve immünohistokimyasal çalışmalar ile tanı kesinleştirilmelidir (10).

Nadir olarak görülen bu patolojinin tedavisi, oluşumu tam olarak çıkarmadır. Ancak üst solunum yollarını daraltan bir kitlenin varlığında öncelikli olarak solunum yollarının açıklığı denetim altına alınmalıdır. Seyir oldukça iyidir. Tam olarak çıkarılmadıklarında bile tekrar azdır (3).

Sonuç olarak çocuk yaş grubu hastalarda özellikle yenidoğan dönemi solunum güçlüğü yapan nedenler araştırılırken doğumsal nedenler arasında hipofaringeal bölgedeki yumuşak doku kitlelerinin var olabileceği ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Nadir de olsa solunum güçlüğü olan yenidoğanda doğumsal hamartomatöz lezyonların da görülebileceği akılda tutulmalı ve ameliyat öncesi dönemde dikkatli bir endoskopik muayene ve gerektiğinde radyolojik incelemelerle özellikle MRG ile solunum sıkıntısı yapan neden ortaya konulmaya çalışılmalıdır. Böylece cerrahi tedavi ile belirgin düzelme sağlanan bu olguların gözden kaçması engellenebilir.

Çıkar çatışması: Bildirilmedi.

Kaynaklar

1. Dickey GE, Sotelo-Avila C. Fibrous hamartoma of infancy: current review. *Pediatr Dev Pathol* 1999; 2: 236-43. (Abstract) / (PDF)
2. Majumder NK, Venkataramaniam NK, Gupta KR, Gopalakrishnan S. Hamartoma of nasopharynx. *J Laryngol Otol* 1977; 91: 723-7. (Abstract)

3. Taskin E, Kiliç M, Özercan IH, Yılmaz E, Varol I, Aygün AD. İnfantil fibröz hamartom. Bir vaka takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 277-9. ([Abstract](#)) / ([PDF](#))
4. Paller AS, Gonzalez-Crussi F, Sherman JO. Fibrous hamartoma of infancy. Eight additional cases and a review of the literature. Arch Dermatol 1989; 125: 88-91. ([Abstract](#)) / ([PDF](#))
5. Patterson HC, Dickerson GR, Pilch BZ, Bentkover SH. Hamartoma of the hypopharynx. Arch Otolaryngol 1981; 107: 767-72. ([Abstract](#))
6. Carretto E, Dall'Igna P, Alaggio R, et al. A fibrous hamartoma of infancy: An Italian multi-institutional experience. J Am Acad Dermatol 2006; 54: 800-3. ([Abstract](#)) / ([Full Text](#)) / ([PDF](#))
7. De la Sotta P, Salomone C, González S. Rhabdomyomatous (mesenchymal) hamartoma of the tongue: report of a case. J Oral Pathol Med 2007; 36: 58-9. ([Abstract](#)) / ([Full Text](#)) / ([PDF](#))
8. Takeyama J, Hayashi T, Sanada T, Shimanuki Y, Saito M, Shirane R. Rhabdomyomatous mesenchymal hamartoma associated with nasofrontal meningocele and dermoid cyst. J Cutan Pathol 2005; 32: 310-3. ([Abstract](#)) / ([Full Text](#)) / ([PDF](#))
9. Baarsma EA. Juvenile fibrous hamartoma of the pharynx. J Laryngol Otol 1979; 93: 75-9. ([Abstract](#))
10. Öztürk H, Karaarslan K, Yılmaz F, Öztürk H. İnfantil fibröz hamartom: İmmunohistopatolojik bir çalışma. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 2: 34-6. ([PDF](#))