

AKCİĞER HAMARTOMLARI: CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

PULMONARY HAMARTOMAS: OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT

Banu YOLDAŞ

Alpaslan ÇAKAN

Ufuk ÇAĞIRICI

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Anahtar sözcükler: Hamartom, soliter, akciğer, nodül

Key words: Hamartoma, solitary, lung, nodule

ÖZET

Hamartom en sık izlenen benign akciğer tümörüdür. Bu çalışmada, kliniğimizde son sekiz yıl içinde akciğer hamartomu nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız 15 olgunun klinik özelliklerini retrospektif olarak inceledik.

Dokuzu erkek, altısı kadın olup olguların yaş ortalaması 49.1 ± 12.5 (30-74) idi. Olguların yaş ve cinsiyeti, hamartomun lokalizasyon ve boyutu, kalsifikasyon varlığı ve uygulanan operatif işlemler incelendi.

Onbeş hastanın 10'u (%66.7) asemptomatik iken, beşinde öksürük yakınması bulunmaktaydı. Hamartomlar sol akciğerde daha fazla (%60) izlenmekte olup ortalama çap 2.3 ± 1.2 (1-6) cm idi. Serimizde rezeksiyon sonrası hamartom nüksü veya primer akciğer karsinomu gelişimi izlenmemiştir. Ortalama izlem süresi 55.2 ± 36.0 (9-112) aydı.

Akciğer hamartomlarının büyük çoğunluğu soliter nodül olarak izlenmektedir. Kesin tanı ve tedavi akciğer tümörünün rezeksiyonuyla sağlanabilmektedir.

GİRİŞ

İçeriklerinde yoğun şekilde kıkırdak, bağ veya yağlı doku bulunduran hamartomlar bu özellikleri nedeniyle, kondrom, kondromiksoid

SUMMARY

Pulmonary hamartoma is the most common type of benign lung tumors. In this study, we retrospectively reviewed the clinical features of 15 patients with pulmonary hamartomas undergoing surgical resection in our clinic, during a period of last eight years.

Nine were male and six were female. Their mean age 49.1 ± 12.5 (30-74) years. The data regarding age, gender, symptoms, location of hamartoma, size of lesions, state of calcification in the hamartoma, operative procedures are analyzed.

Of the 15 patients with pulmonary hamartoma, 10 patients (66.7%) were clinically asymptomatic, five patients had cough. The hamartomas were seen dominant in the left lung (60%) with the mean diameter of 2.3 ± 1.2 (1-6) cm measured. No hamartoma recurrence and primary lung carcinoma appearance developed after resection in our series. The mean follow-up was 55.2 ± 36.0 (9-112) months.

The most of pulmonary hamartomas represent as solitary pulmonary nodule. The definitive diagnosis and treatment can be achieved by surgical resection of pulmonary tumor.

hamartom, fibrolipokondroma olarak da adlandırılmaktadır (1,2). Akciğer hamartomlarının yaklaşık %90'ı periferik nodül ya da kitle şeklinde izlendiğinden, olguların çoğu

asemptomatiktir ve genellikle kontrol amaçlı yapılan radyolojik incelemelerde rastlan-tısal olarak saptanırlar (2-5).

Çok az da olsa malignite potansiyeli taşıya-bilen hamartomların gerek tanı, gerekse te-davisinde cerrahi yaklaşımın rolü bulunmak-tadır. Akciğer parankimini olabildiğince koru-yarak rezeke edilmeleri temel yaklaşım ol-malıdır (1,2).

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde son sekiz yıl içinde, soliter akci-ğer nodülü veya kitlesi nedeniyle rezeksiyon uygulanıp histopatolojik tanısı "hamartom" olarak bildirilen 15 hasta; yaş, cinsiyet, pre-operatif semptom varlığı, lezyonun yerleşim ve boyutu, radyolojik incelemelerdeki kalsi-fikasyon varlığı, uygulanan cerrahi tedavi yöntemi ve histopatolojik alt tip yönünden retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Yaş ortalaması 49.1 ± 12.5 (30-74) olan 15 hastanın dokuzu erkek, altısı kadındı. Olgu-ların 10'u (%66.7) asemptomatik iken, geri kalan beşinde (%33.3) sadece öksürük ya-kınması bulunmaktaydı.

Sol akciğerde daha fazla (9 olgu - % 60) yer-leşim gösteren hamartomların çapları 1-6 cm arasında değişmekte olup, ortalaması 2.3 ± 1.2 cm idi. Sol alt lob hilusu yerleşimli ve 6 cm çaplı biri dışında, lezyonların 14'ü (%93.3) periferik akciğer parankimi yerleşim-liydi. Preoperatif dönemdeki PA akciğer gra-fisi ve göğüs bilgisayarlı tomografik incele-melerinde olguların sadece ikisinde (%13.3) lezyon içi kalsifikasyon izlenmişti.

Hastaların hiçbirine preoperatif invaziv tanı-sal işlem uygulanmamıştı. Belirgin kalsifi-kasyon bulunduran ve radyolojik özellikleri nedeniyle benign olduğu düşünülen iki olgu

dışında, preoperatif tanısı bulunmayan 13 olguda (%86.7) lezyon doğasının ortaya kon-ması amacıyla intraoperatif "frozen section" uygulanmış ve tümü benign olarak bildiril-miştir.

Videotorakoskopik wedge rezeksiyon uygula-nan bir olgu (%6.7) dışında, kalan tüm hasta-lardaki cerrahi yaklaşım posterolateral tora-kotomiyle gerçekleştirilmişti. Torakotomi yapılanların 10'unda (%66.6) nodül enükleas-yonu, üçünde (%20.0) wedge rezeksiyon ve birinde (%6.7) sol alt lobektomi uygulan-mıştı.

Tablo 1. Akciğer hamartomlu olguların klinik özellikleri.

15 olgu	Sayı (%)
Yaş	30-74 (ort. 49.1 ± 12.5)
Cinsiyet	
Erkek	9 (%60)
Kadın	6 (%40)
Semptomlar	
Yok	10 (%66.7)
Öksürük	5 (%33.3)
Yerleşim	
Sol üst lob	5 (%33.3)
Sol alt lob	4 (%26.7)
Sağ orta lob	3 (%20)
Sağ alt lob	2 (%13.3)
Sağ üst lob	1 (%6.7)
Boyut	1-6 (ort. 2.3 ± 1.2) cm
Radyolojik kalsifikasyon varlığı	
Var	2 (%13.3)
Yok	13 (%86.7)
Cerrahi Tedavi yöntemi	
Enükleasyon	10 (%66.6)
Wedge rezeksiyon	3 (%20.0)
Lobektomi	1 (%6.7)
Videotorakoskopik	
wedge rezeksiyon	1 (%6.7)
Histopatolojik alt tip	
Kondromatöz tip	8 (%53.3)
Lipokondromatöz	7 (%46.7)

Rezeksiyon materyallerinin histopatolojik inceleme sonucunda, hamartomların sekizi (%53.3) kondromatöz, yedisi (%46.7) lipokondromatöz yapıda bulundu.

Serimizde postoperatif komplikasyon izlenmemiş olup, hastalar ortalama 55.2 ± 36.0 (9-112) aydır izlem altındadır. Olguların klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Serimizdeki olguların çoğunda periferik akciğer lokalizasyonu nedeniyle semptom izlenmemiş ve lezyonlar radyolojik inceleme sırasında rastlantısal olarak saptanmıştı. Endobronşiyal yerleşimli hamartomlarda ise, öksürük yakınmasından öte, hemoptizi ve sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonu bulguları izlenebilmektedir (2,4,6).

Çalışmadaki olguların tümünün preoperatif dönemdeki PA akciğer grafisi ve göğüs bilgisayarlı tomografik incelemesinde, soliter, düzgün sınırlı, yuvarlak ya da ovoid homojen dansite artımı şeklinde lezyon izlenmişti. Bazen lobüle yer kaplayan oluşumlar şeklinde de görülebilen hamartomların %10-30'unda kalsifikasyon bulunmaktadır (2,4). Benzer şekilde, hastalarımızın sadece ikisinde (%13.3) lezyon içi dağınık kalsifikasyon saptanmıştı. Her ne kadar "patlamış mısır" tarzında kalsifikasyonların izlenmesi patognomonik olarak kabul edilir ise de, tanımlanan bulguya az sayıda hastada rastlanmaktadır (2,7). Bu serideki olgularda kalsifikasyon izlenme oranı literatürle uyumlu olsa da, dikkat çekici olan kalsifikasyon paterninin patognomonik olmayışı idi.

Endobronşiyal yerleşimli olgularda bronşiyal obstrüksiyona bağlı olarak atelektazi ya da tıkalı bronşun distalinde gelişen enfeksiyonlara bağlı infiltrasyonlar görülebilmektedir (6,8).

Hamartomlar genellikle orta yaş ve üstü grupta, sıklıkla erkeklerde saptanmaktadır (2,4). Olgularımızdaki erkek/kadın oranı da benzer şekilde 1.5/1 bulunmuştu. Kanımızca bunun nedeni, söz konusu yaş grubundaki erkeklerde solunumsal yakınmalar sebebiyle radyolojik incelemelerin daha sık yapılmaya başlanması olabilir. Genellikle nodül tanımına uyan şekilde, çapları 1-2 cm. arasında değişen hamartomlar sıklıkla alt loblarda lokalize olmaya eğilimlidirler (2,3,8). Bazen çok daha büyük boyutlara ulaşabildikleri de bildirilmiştir (5,7,9,10). Bu serideki olguların çoğu nodül boyutlarına uymaktaydı ve altısı (%40) alt lob yerleşimliydi. Ancak Pelosi ve ark. (11)'nin 131 olguluk, Hansen ve ark. (12)'nin ise 89 olguluk serilerinde, hamartomların anatomik yerleşiminde bir anlamlılık saptanamadığı vurgulanmaktadır.

Histopatolojik alt tipleri arasında, baskın olan dokuya göre; kondromatöz, lipokondromatöz ve fibröz tanımlamaları yapılmaktadır (4). En sık rastlananın ise, serimizdeki sınırlı olguya rağmen bizim de en çok izlediğimiz şekilde, kondromatöz hamartom olduğu rapor edilmektedir (4,7).

Bu benign tümörün büyüme hızı oldukça yavaş ise de (3,12), lokal agresif davranış sergileyebilmektedir (13). Nadir de olsa maligniteye dönüşüm gerçekleşebildiğinden cerrahi tedavi önerilmektedir. Hamartom rezeksiyonu yapılırken olabildiğince sağlam akciğer dokusu korunmalıdır. En sık tercih edilen cerrahi yöntemler enükleasyon ve wedge rezeksiyondur (1,2). Ancak serimizdeki bir olguda izlendiği gibi, lezyon lob hilusu yerleşimliyse ve parankim koruyucu bir rezeksiyonla tam olarak çıkartılamıyorsa ya da endobronşiyal yerleşimli olup distalindeki akciğer dokusunda irreverzibl değişiklikler oluşturmuşsa, lobektomi ve daha üstü rezeksiyonlar gerekli olabilmektedir (4). Cerrahi

tedavi sonrası nüks gelişebildiği de rapor edilmektedir (2,4,5).

Primer akciğer karsinomu ile hamartom birlikteliği ise henüz etiyojisi açıklanamayan tartışmalı bir konudur (2,11,14). Hamartomlu kişilerde primer akciğer karsinomu gelişme insidansı 6.3 kez daha fazladır. Bu tümörle birlikte midede epitelioid leiomyosarkom ve fonksiyonel ekstraadrenal paragangliom bulunması da "Carney triadı" olarak tanımlanmıştır (2,14).

Sonuç olarak, akciğer hamartomları histopatolojik açıdan benign kabul edilseler de,

gerek büyüme ve malign potansiyelleri, gerekse preoperatif tanısı konamamış soliter bir akciğer nodülünün etiyojisini ortaya koymak açısından rezektive edilmelidirler. Nüksü önleyebilmek açısından bu rezeksiyon komplet olmalıdır.

Normal popülasyona göre, primer akciğer karsinomu gelişme oranı çok daha fazla olduğundan, tüm olgular postoperatif dönemde dikkatle izlenmelidirler. Serimizdeki 15 hastanın ortalama 55.2±36.0 aylık izlemi boyunca nüks ve primer akciğer karsinomu gelişimi izlenmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Yüksel M, Akgül A. Akciğerin iyi huylu tümörleri. Yüksel M, Kalaycı G (ed). Göğüs cerrahisi. İstanbul: Bilmedya Grup; 2001: 221-4.
2. Shields TW, Robinson PG. Benign tumors of the lung. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, Rusch VW (eds). General thoracic surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 1778-85.
3. Shinkai M, Kobayashi H, Kanoh S, Ozeki Y, Aida S, Motoyoshi K. Pulmonary hamartoma: unusual radiological appearance. J Thorac Imaging 2004; 19: 38-40.
4. Lien YC, Hsu HS, Li WY, Wu YC, Hsu WH, Wang LS, Huang MH, Huang BS. Pulmonary hamartoma. J Chin Med Assoc 2004; 67: 21-6.
5. Lee SY, Park HJ, Lee CS, Lee KR. Giant pulmonary hamartoma. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 22: 1006.
6. Cosio BG, Villena V, Echave-Sustaeta J, Miguel E, Alfaro J, Hernandez L, Sotelo T. Endobronchial hamartoma. Chest 2002; 122: 202-5.
7. Kim GY, Han J, Kim DH, Kim J, Lee KS. Giant cystic chondroid hamartoma. J Korean Med Sci 2005; 20: 509-11.
8. Yılmaz S, Ekici A, Erdoğan S, Ekici M. Endobronchial lipomatous hamartoma: CT and MR imaging features. Eur Radiol 2004; 14: 1521-4.
9. Ganti S, Milton R, Davidson L, Anikin V. Giant pulmonary hamartoma. J Cardiothorac Surg 2006; 1: 19.
10. Kaptanoğlu M, Nadir A, Yıldız E, Elagöz S. Pulmonary hamartoma: a rare presentation. Eur J Cardiothorac Surg 2001; 20: 1031.
11. Pelosi G, Rosai J, Viale G. Immunoreactivity for sex steroid hormone receptors in pulmonary hamartomas. Am J Surg Pathol 2006; 30: 819-27.
12. Hansen CP, Holtveg H, Francis D, Rasch L, Bertelsen S. Pulmonary hamartoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1992; 104: 674-8.
13. Tomiyasu M, Yoshino I, Suemitsu R, Shoji F, Sugimachi K. An intrapulmonary chondromatous hamartoma penetrating the visceral pleura: report of a case. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2002; 8: 42-4.
14. Ribet M, Jaillard-Thery S, Nuttens MC. Pulmonary hamartoma and malignancy. Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107: 611-4.

Yazışma Adresi:

Dr. Banu YOLDAŞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi
Anabilim Dalı, Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 49 19
Faks: 0 232 390 46 81
e-posta: banu.aktin@ege.edu.tr
