

**PROGRESİF DİSPNE İLE SEYREDEN NADİR BİR AKCİĞER TÜMÖRÜ:  
PULMONER FİBROM**  
**A Rare Pulmonary Tumor Proceeding Progressive Dispne: Pulmonary Fibroma**

**Leyla HASDIRAZ<sup>1</sup>, Muharrem ÖZKAYA<sup>2</sup>, Fahri OĞUZKAYA<sup>3</sup>**

**Özet :** Pulmoner fibrom oldukça nadir bir tümördür. Sıklığı, bütün pulmoner tümörler arasında, yaklaşık olarak %0.03'tür. Büyüyerek pulmoner kompresyona neden olabilir ve tedavisi cerrahidir. Pulmoner tümörlerde cerrahi rezeksiyon malign tanılarla sınırlı değildir. Yirmi iki yıl önce tanı konup, büyüyen pulmoner tümöre bağlı progresif dispne gelişen olgumuza cerrahi uygulandı. Postoperatif periyotta hastanın pulmoner rezervi düzeldi. Benign pulmoner tümörlerin cerrahi tedavisi düşük morbidite ve mortalite ile yapılabilir.

**Summary :** Pulmonary fibroma is a very rare tumor. Its incidence is approximately 0,03% in all pulmonary tumours. A growing tumor may cause pulmonary compression and the treatment is surgery. Surgical resection is not restricted to malignancy in pulmonary tumours. Our patient who had progressive dyspnoea due to growing pulmonary tumor, which was detected twenty-two years ago, underwent surgery. The patient's pulmonary reserve improved in the postoperative period. Cure can be achieved by surgery in benign pulmonary tumours, with low morbidity and mortality.

**Anahtar kelimeler:** Pulmoner fibrom, dispne, cerrahi

**Key words:** pulmonary fibroma, dyspnoea, surgery

**Giriş:** Pulmoner fibrom oldukça nadir görülen bir tümördür. Sıklığı, bütün pulmoner tümörler arasında, yaklaşık olarak %0.03'tür. Büyüyerek pulmoner kompresyona neden olabilir ve tedavisi cerrahidir. Sunulan bu olguda bildirilen pulmoner tümörün 22 yıl sonra cerrahi tedavi ile çıkarılmış olması nedeni ile orijinal olduğu düşünülüp literatür bilgileri ışığında tartışılması amaçlandı.

ve çomak parmak olan hastanın sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar bulgularında polisitemi mevcut olan hastanın ön-arka akciğer grafisinde sağ orta zonu tamamen dolduran yaklaşık 15x12 cm boyutlarında sınırları nispeten düzgün yuvarlak lezyon mevcuttu. Bilgisayarlı toraks tomografisi lezyonun solid yapıda olduğunu göstermekteydi. (Resim1) Daha önce operasyonu reddetmiş olan hasta volum spirometrik incelemede hem obstrüktif hem restriktif tipte solunum yetmezliği (FVC:1.4 lt %41, FEV1:1.1lt %44 FEV1/FVC:%81 FEF25-75%:39 lt/sec ) olması üzerine opere edildi. Genel anestezi altında sağ posterolateral torakotomi insizyonu yapıldı. Operasyonda sağ major fissürden sağ üst lob periferine doğru uzanım gösteren, subplevral yerleşimli üst lobu kollabe eden kirli beyaz renkte düzgün sınırlı kapsüllü 13x11 cm boyutlarındaki kitle akciğer dokusundan kolayca ayrılabilirdi (Resim 2). Kitlenin pedikülü üst lobun içinde pulmoner parankimden kaynaklanıyordu. Kitle çıkarıldıktan sonra hava kaçakları sütürasyonla onarıldı.

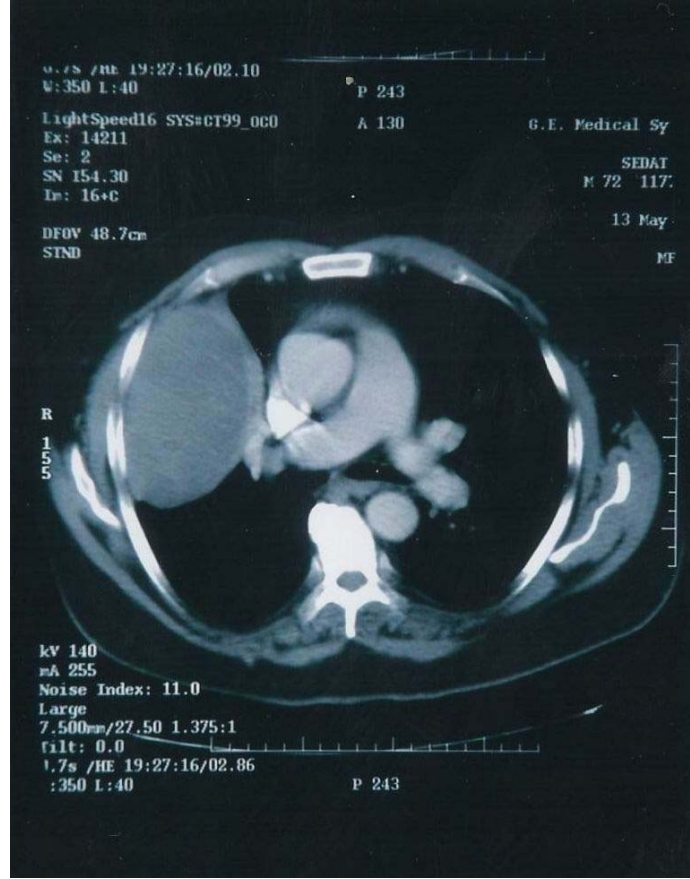
**OLGU SUNUMU**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında cerrahi tedavisi yapılan olgu; 22 yıl önce soliter pulmoner nodül tespit edilen 73 yaşında erkek hasta olup progresif solunum sıkıntısı mevcuttu. Fizik muayenede peroral siyanoz, takipne

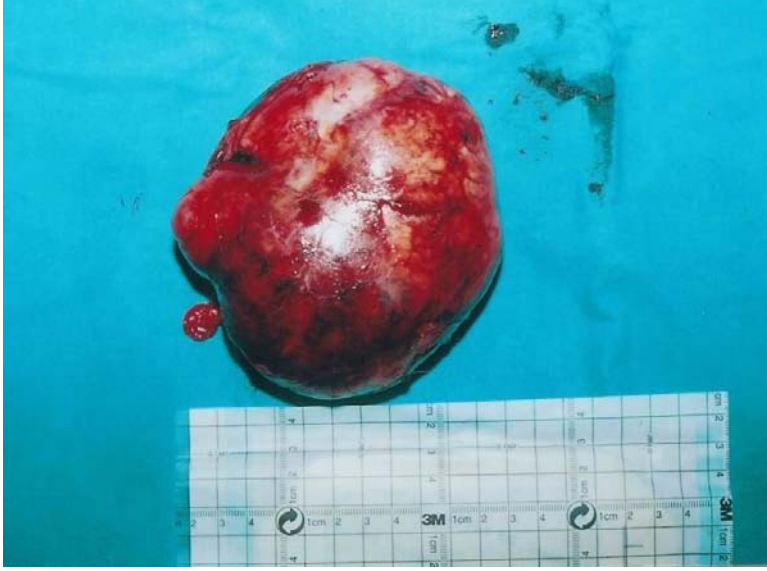
<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr. Erc. Ün. Tıp Fak, Göğüs Cerrahisi AD, Kayseri  
<sup>2</sup> Araş. Gör. Dr. Erc. Ün. Tıp Fak, Göğüs Cerrahisi AD, Kayseri  
<sup>3</sup> Doç. Dr. Erc. Ün. Tıp Fak, Göğüs Cerrahisi AD, Kayseri

Kitlenin periferinde kalan akciğer dokuları rezeke edildi.Üst lobun expanse olduğu görüldü. Postoperatif periyodu sorunsuz geçen hastanın göğüs dreni dördüncü günde çekildi. Postoperatif 15.

günde volüm spirometride FVC:1.9 %55 ve FEV1: 1.2 %48 FEV1/FVC:0,63 FEF25-75%:56 lt/sec olarak bulundu.Hasta solunum sıkıntısının azaldığını söylüyordu.



**Resim 1.** İntrapulmoner fibromun bilgisayarlı toraks tomografisindeki görünümü



Resim 2. Kitlenin çıkarıldıktan sonraki görünümü

## TARTIŞMA

İntrapulmoner benign tümörler çoğunlukla asemptomatiktir ve tanı rastlantısalıdır. Semptom vermeye başlaması lezyonun büyümesiyle ilgilidir. Nispeten büyük tümörlerde kronik öksürük, yan ağrısı ve dispne görülebilir.(2,3) Bunun yanı sıra oluşabilecek komplikasyonlara bağlı febril semptomlar ve hemoptizi daha nadirdir. Bilgisayarlı tomografi lezyonu çoğunlukla iyi bir şekilde tanımlar. Çoğunlukla periferik yerleşen bu tümörlerden perkütan transtorasik iğne aspirasyon biyopsisiyle örnek almak mümkündür. Bronkoskopi çoğunlukla tanı koydurucu değildir. Benign tümörlerin büyüerek bası oluşturması cerrahi tedaviyi gerekli kılar. Öte yandan birçok benign tümörün malign varyantlarının da olabileceği akılda tutulmalıdır. Pulmoner fibröz tümörler, plevrayla bağlantılı olabildiği gibi interlobuler septa veya pulmoner parenkim içindeki herhangi bir mezenkimal odaktan da kaynaklanabilir. Özellikle fissür lokalizasyonlu veya tamamen intrapulmoner olan fibröz tümörlerde malign varyantlar daha sık görülür. Sunulan bu olguda da intrapulmoner yerleşimli ve oldukça büyük boyutlara ulaşan kitle bası yaparak kronik obstrüktif akciğer

hastalığı da olan hastada dispneyi arttırıyordu. Fibrom major fissür ve üst lobun lateralinde viseral plevraya komşu olup, intrapulmoner lokalize fibröz tümör veya intrapulmoner lokalize fibröz mesotelyoma adıyla da bilinen ve sıklıkla subplevral yerleşen nadir bir pulmoner tümördü. İnapulmoner fibrom bazen diğer intrapulmoner patolojilerle karışabilir ve literatürde vasküler katılımını abdominal aorttan aldığı için pulmoner sekestrasyonla karışan bir olgu bildirilmiştir.(4) Dev boyutlarda olabilen fibröz bir tümörün çıkarıldığında akciğerin ani reekspansiyonu ile pulmoner ödem gelişebileceği akılda tutulmalıdır.(5) Total rezeksiyon küratiftir. Periferik yerleşimli tümörlerde kitle eksizyonu sırasında pulmoner parankim korunur. Santral yerleşimli olanlarda segmentektomi veya lobektomi gerekebilir. Kitle çıkarılması esnasında videotorakoskopik yaklaşım özellikle küçük lezyonlarda önerilebilir. Lokal rekürrens nadirdir.(3) Morbidite sıklıkla plevral bütünlüğün bozulmasına bağlı uzamış hava kaçağıdır. Mortalite genel anestezi ve torakotomiye bağlı komplikasyonlar yüzünden olabilir.

Sonuç olarak; Sunulan olguda dev boyutlara ulaşan fibromun rezeksiyonu sonrası pulmoner rezerv restorasyonunun sağlanabildiği gözlemlendi ve intrapulmoner benign tümörlerin büyüyerek bası yapması veya bu tümörlerin malign varyantlarının olması sebebiyle cerrahi olarak çıkarılmasının uygun cerrahi tekniklerin kullanılması durumunda risk yaratmayacağı ve dev boyutlara ulaşabilen fibromların rezeksiyonu sonrası pulmoner rezerv restorasyonunun mümkün olduğu düşünüldü.

#### **KAYNAKLAR**

1. Sekine I, Kodama T, Yokose T, et al. *Rare pulmonary tumors - a review of 32 cases. Oncology 1998,55; 431.*
2. Gessner C, Hammerschmidt S, Stiehl P, et al. *62-year-old patient with progressive dyspnea and positional left-sided thoracic pain. Internist 2003,44:1579-83.*
3. England DM, Hochholzer L, McCarthy MJ. *Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura. A clinicopathologic review of 223 cases. Am J Surg Pathol 1989,13:640-58.*
4. Pradeep Kaul. *Giant pleural fibroma with an abdominal vascular supply mimicking a pulmonary sequestration Ann Thorac Surg 2003,76:935-937.*
5. Angel G, Andreu JM, Aulagnier V, et al. *Re-expansion pulmonary edema after excision of an intrathoracic tumor. Ann Fr Anesth Reanim. 1997,16:370-3.*

