

Tekrarlayan Pnömoni Olgusunda Endobronşiyal Lipom

Sibel Alpar¹, Özlem Kar Kurt¹, Nazire Uçar¹, Osman Örsel¹, Esra Özaydın², Ertan Aydın³, Bahar Kurt¹

¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Tekrarlayan Pnömoni Olgusunda Endobronşiyal Lipom

Endobronşiyal lipom (EL) akciğer hasarı oluşturabilen ender benign bir tümördür. Burada tekrarlayan pnömoni ve bronş astması (BA) tanısı konulan bir olgu sunulmuş ve ayırıcı tanıda EL tartışılmıştır. 10 yıldır başka bir merkezde BA ve son bir yıldır tekrarlayan pnömoni tanısıyla izlenmekte olan 52 yaşında kadın hasta, nefes darlığı, ateş, öksürük ve balgam çıkarma yakınmalarıyla başvurdu. Serum biyokimya değerleri ve tam kan sayımı normal sınırlardaydı. Solunum fonksiyon testinde anlamlı reversibilite (%41) ve hava yolu obstrüksiyonu bulundu. Akciğer grafisi normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografide sol akciğer alt lob superiorda konsolidasyon saptandı. Fiberoptik bronkoskopide, solda alt lob girişini tama yakın oblitere eden parlak, polipoid, düzgün yüzeysel endobronşiyal lezyon görüldü. Hastaya kesin tanı ve sol alt lobdaki parankimal destrüksiyon nedeniyle yapılan sol torakotomi ve alt lobektomide elde edilen biyopsi materyalinde endobronşiyal lipom saptandı.

Anahtar sözcükler: pnömoni, bronkoskopi, lipom

ABSTRACT

Endobronchial Lipoma in a Patient with Recurrent Pneumonia

Endobronchial lipoma (EL) is a rare benign neoplasm that may cause severe pulmonary damage. Herein, a patient who was diagnosed to have recurrent pneumonia and bronchial asthma (BA) has been presented and the importance of EL has been discussed in the differential diagnosis. A 52-year old female patient who had been followed with the diagnosis of recurrent pneumonia and BA in another hospital for ten years presented with dyspnea, cough, fever and sputum. Chemical blood analysis and complete blood counts were normal. Significant reversibility (41%) and airflow obstruction were found on pulmonary function testing. Her chest radiograph was normal. A computed tomography scan disclosed a consolidation in the superior segment of the left lower lobe. Fiberoptic bronchoscopy revealed a well-circumscribed, bright, polypoid endobronchial lesion obstructing almost totally the bronchus of the left lower lobe. Because of the parenchymal destruction in the left lower lobe and for exact diagnosis, left thoracotomy and lower lobectomy was performed whereby the biopsy specimen revealed endobronchial lipoma.

Keywords: pneumonia, bronchoscopy, lipoma

Geliş tarihi: 13.05.2005

Kabul tarihi: 23.06.2005

Received: 13.05.2005

Accepted: 23.06.2005

GİRİŞ

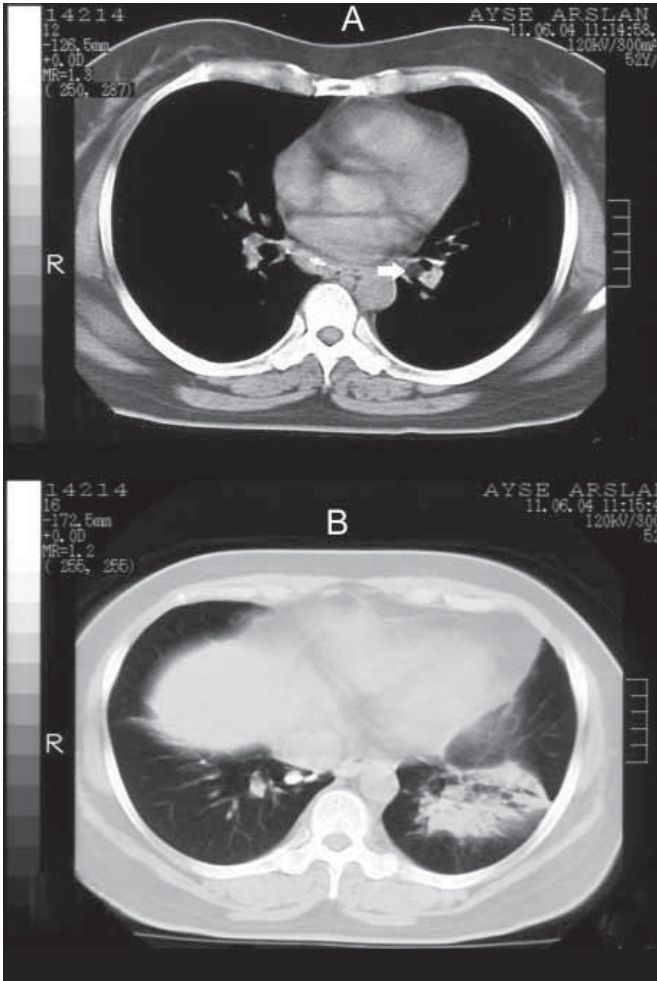
Endobronşiyal lipom (EL) akciğer hasarı oluşturabilen ender benign bir tümördür. Tüm akciğer tümörlerinin %0.1'ini, benign tümörlerin %13'ünü oluşturur [1]. EL, klinikte bronşiyal karsinoid ve malign tümörler ile karışabilir. EL tanısı konulan olgu, ender görülmesi ve tekrarlayan pnömoniyle seyretmesi nedeniyle literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek sunuldu.

OLGU

Elli iki yaşında kadın hasta nefes darlığı, sırt ağrısı, ateş, üşüme, titreme, öksürük ve balgam yakınmalarıyla başvurdu. Yaklaşık 10 yıldır orta persistan BA tanısıyla izlenen hastanın özellikle son bir yıldır yakınmalarında artış varmış. Son aylarda ateş, öksürük ve balgamı olduğunu ifade eden ve PA akciğer radyografisi normal olgu, çekilen toraks

bilgisayarlı tomografisindeki (TBT) değişiklikler üzerine tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Son bir yılda birçok kez pnömoni nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edildiği öğrenildi. Özgeçmişinde BA dışında özellik yoktu. Olgu sigara içmemişti. Soygeçmişinde, annesinde de BA mevcuttu. Fizik incelemesinde, genel durumu iyi, bilinci açıktı. Kan basıncı: 120/70 mmHg, nabız:76/dk, ateş:36.6 °C, solunum sayısı: 19/dk idi. Solunum sistemi muayenesinde, bilateral bifazik ronküsleri mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde, tam kan sayımı ve serum biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Sedimentasyon hızı 18 mm/saat olarak bulundu. Balgamda bakılan ARB üç kez negatifti. Solunum fonksiyon testinde FEV₁/FVC:%67, FEV₁:%46 (1.07 L), FVC:%59 (1.60 L) ve reversibilite %41 bulundu. Transkütan oksijen satürasyonu %96'idi. PA akciğer ve yan radyografisi normaldi. TBT'sinde sol akciğer alt lob bronşunda hipodens lezyon (Şekil 1A) ve sol akciğer alt lob superiorda konsolidasyon alanı saptandı (Şekil 1B).

Yazışma Adresi: Dr. Sibel Alpar, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Ankara-Türkiye, Tel: +90 312 3552110, e-posta: sibel_alpar@hotmail.com

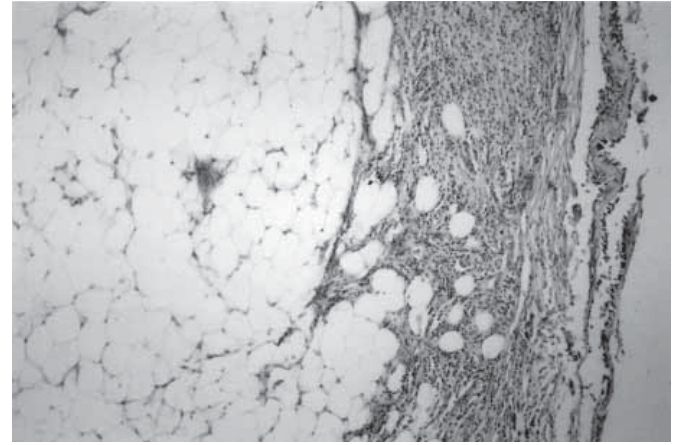


Şekil 1A. Toraks BT incelemesinde sol akciğer alt lob girişinde hipodens lezyon. **1B.** Sol akciğer alt lob superiorda konsolidasyon görülmektedir.

Tekrarlayan pnömoni etyolojisini araştırmak amacıyla fiberoptik bronkoskopi (FOB) planlandı. BA yönünden stabil hale geldikten sonra hastaya yapılan FOB'da sol alt lob girişini tama yakın oblitere eden parlak, düzgün yüzeyli endobronşiyal lezyon saptandı Bu görünümüyle bronşiyal karsinoidi düşündüren lezyonun eksize edilebilmesi amacıyla rijid bronkoskopi planlandı. Ancak TBT'de görülen sol alt lobdaki kronik parankimal değişiklikler nedeniyle göğüs cerrahisi ile konsülte edilen hastaya rijid bronkoskopi yapılmaksızın sol alt lobektomi gerçekleştirildi. Patolojik incelemede, bronş duvarında mixed tip iltihabi hücre infiltrasyonu yanında çok sayıda matür yağ hücreleri görülmeleriyle EL tanısı konuldu (Şekil 2).

TARTIŞMA

EL ilk kez 1854 yılında Rokitanski tarafından tanımlanmış olup 1927'de Kernan tarafından bildirilmiştir [2]. Trakeobronşiyal sistemin tümörlerinin çoğu malign karakterdedir. Akciğerin benign tümörleri tüm rezekte edilen akciğer kanserlerinin %1'inden azını içermektedir [3]. EL



Şekil 2. Bronkoskopik biyopsi incelemesinde psödostratifiye solunum yolu epiteli ile döşeli bronş duvarında mixed tip iltihabi hücre infiltrasyonu devamlığında matür yağ hücreleri izlenmektedir. HE x100

tüm akciğer tümörlerinin %0.1'ini, benign tümörlerinin %13'ünü oluşturur [1,4-6]. Lipomlar akciğer içerisinde herhangi bir adipoz dokudan kaynaklanabilir. Çoğu matür adipoz doku içerikli olsa da kemik, kartilaj gibi diğer hücre tipleride tanımlanmıştır. Bronşiyal ve subplevral olmak üzere ikiye ayrılırlar. Tümörler genellikle dumbel şeklindedir ve bronşiyal lümeni doldurur. Subepitelyal tabaka ile aralarında ince bir boyun oluşturur. Büyüme süreçleri içerisinde bronşiyal duvarın normal içeriğine bası yaparak inceltir. Zamanla kas atrofisi bağ doku ile yer değiştirir. Bazen pulmoner lipomlar bizzare nükleuslu küçük dev hücreler içerebilir. Bu pleomorfik tabloya rağmen 18 aya kadar varan takiplerde nüks izlenmemiştir [7].

EL'li olgular 29-85 yaş arasında değişmekle birlikte, hastaların çoğu orta yaştadır [1,2]. Erkeklerde daha fazladır. Olgumuz 52 yaşında kadın hasta idi. EL klinikte asemptomatik olabileceği gibi genellikle semptomlar obstrüksiyona bağlıdır. Olguların çoğu; öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum, hemoptizi ve obstrüktif pnömoni semptomlarıyla başvurur. Semptom süresi genellikle birkaç ay ile birkaç yıl arasında değişebilir [1,2,8]. Olgumuzun öyküsünde son bir yıldır tekrarlayan pnömoni atakları mevcuttu. Beraberinde öksürük, nefes darlığı şikayetleri olan hasta aynı zamanda 10 yıldır orta persistan BA tanısıyla takip edilmekteydi. Karsinoid tümörlerin bazılarında BA benzeri klinik olduğu bilinmektedir. Fakat, EL ile BA birlikteliğini bildiren veri bulunamamıştır. Olgumuzda bu birliktelik koinsidans olarak düşünülmüştür.

EL, atelektazi, obstrüktif pnömoni ve bronşektaziye neden olabilir [9,10]. Japonya'da 64 EL olgusunun bildirildiği bir seride, hastaların %80'inde akciğer grafisinde anormallik görülmüş, geri kalanında akciğer grafisi normal olarak bulunmuştur. Radyolojik görünümlerin hemen hemen yarısı konsolidasyon, atelektazi nedeniyle infiltra-

tif görünüm ve akciğerin distalinde pnömoni şeklindedir. Olguların yaklaşık üçte ikisinde tümör sağda yerleşmiştir [11]. Ülkemizden bildirilen bir olguda da EL sağ üst lob bronşunu tıkayan polipoid kitle şeklinde olup akciğer grafisinde sağ üst lob atelektazi bulguları olduğu görülmüştür [12]. Olgumuzda PA radyografisi normal görünümdeydi. Ancak TBT'sinde sol alt lobda konsolidasyon saptandı. FOB'de de sol alt lobda üzeri parlak, hafif sarı renkli, düzgün yüzeyle endobronşiyal lezyon mevcuttu. EL, yaklaşık 1-3 cm boyutlarında olup, genellikle büyük bronşlara lokalizedir [1,2,8]. Endoskopik görünümü parlak, düzgün yüzeyle, şeffaf veya grimsi olabilir. EL çoğunlukla pedinkülerdir. Bronşiyal karsinoid ile karışabilir. Bu nedenle tanı genellikle rijit bronkoskopi veya torakotomi ile olmaktadır. BT'de yağ dansitesinde homojen kitle ve kontrastın artmasının lipom için tanısız olduğu düşünülmektedir.

EL komplike olmamış olgularda konservatif olarak ve benign karakteri nedeniyle erken dönemde endoskopik olarak tedavi edilebilir. Bununla birlikte, eğer tümör büyük veya tümör arkasındaki akciğer dokusunda harabiyet varsa cerrahi rezeksiyon düşünülmelidir [13,14]. Bu veriler ışığında olgumuz EL ön tanısıyla cerrahiye verildi ve sol alt lobektomi uygulandı. Patolojik tanısı endobronşiyal lipom olarak rapor edildi. Operasyon sonrası komplikasyonu olmayan olgu BA yönünden stabil olarak izlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Huisman C, van Kralingen KW, Postmus PE, Sutedja TG. Endobronchial lipoma. *Respiration* 2000;67:689-92.
2. Jensen MS, Petersen AH. Bronchial lipoma. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1970;4:131-4.
3. Martini N, Beattie EJ. Less common tumors of the lung. In: Shields TW; ed. *General Thoracic Surgery*. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger;1983:770-9.
4. Shah H, Garbe L, Nussbaum E et al. Benign tumors of the tracheobronchial tree: Endoscopic characteristics and role of laser resection. *Chest* 1995;107:1744-51.
5. Farsad GR, Makoui C. Endobronchial lipoma. *Am Surg* 1981;47:236-8.
6. Moran C, Suster S, Koss MN. Endobronchial lipomas: A clinicopathologic study of four cases. *Mod Pathol* 1994;7:212-4.
7. Hasleton PS. Benign lung tumors and their malignant counterparts. In: Hasleton PS; ed. *Spencer's Pathology of the Lung*. 5th ed. USA: McGraw-Hill;1996:879-80.
8. Dogan R, Unlu M, Gungen Y, Moldibi B. Endobronchial lipoma. *Thorac Cardiovasc Surg* 1988;36:241-3.
9. Ovil Y, Schachner A, Schujman E et al. Benign endobronchial lipoma masquerading as recurrent pneumonia. *Eur J Respir Dis* 1982;63:481-3.
10. Box K, Kerr K, Jeffrey R, Douglas JG. Endobronchial lipoma associated with lobar bronchiectasis. *Respir Med* 1991;85:71-2.
11. Muraoka M, Oka T, Akamine S et al. Endobronchial lipoma. review of 64 cases reported in Japan. *Chest* 2003;123:293-6.
12. Celik G, Kaya A, Ozdemir O et al. Endobronchial lipoma: A case report. *Tuberk Toraks* 2003;51:432-5.
13. Smirniotopoulos TT, Quate LJ, Arabian A, Rohatgi PK. Endoscopic removal of a bronchial lipoma with the Neodymium-YAG laser. *Endoscopy* 1986;18:197-8.
14. Destito C, Romagnoli A, Carlucci I et al. Endobronchial lipoma: Endoscopic resection or surgical excision? Report of a case and review of the literature. *G Chir* 1995;16:445-7.