

## Orta lob bronşunu tıkayan endobronşiyal lipom

### *Endobronchial lipoma obliterating middle lobe bronchus*

Erkan Akar,<sup>1</sup> Tank Candan,<sup>1</sup> Nazmi Mutlu<sup>2</sup>

*Araştırma yapılan kurum:*

Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye

*Yazar adresleri:*

Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <sup>1</sup>Göğüs Cerrahi Kliniği, <sup>2</sup>Patoloji Kliniği, Bursa, Türkiye

Pnömoni tanısıyla takip edilen 62 yaşında erkek hasta, nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Akciğer grafisinde orta lob hizasında infiltratif alanlar, toraks bilgisayarlı tomografisinde ise sağ akciğer orta lobda konsolidasyon ve atelettazi saptandı. Fiberoptik bronkoskopide, sağ orta lob girişini tama yakın tıkayan, nefes alıp vermekle hareketli, parlak, polipoid, düzgün yüzeyli ve saplı endobronşiyal lezyon görüldü. Lezyon bronkoskopik olarak çıkartıldı. Patoloji sonucu endobronşiyal lipom olarak bildirildi. Bu yazıda pnömoni tanısı konulan bir olgu sunuldu ve ayırıcı tanıda endobronşiyal lipom tartışıldı.

*Anahtar sözcükler:* Bronkoskopi; endobronşiyal lipom; pnömoni.

A 62-year-old male patient who was under follow-up with the diagnosis of pneumonia was admitted to our clinic with complaints of dyspnea, cough and sputum. Chest X-ray showed infiltrative areas at level of middle lobe, while computed tomography revealed consolidation and atelectasis in the middle lobe of the right lung. On fiberoptic bronchoscopy, a lucent, polypoid, smooth and pedunculated endobronchial lesion which almost totally obliterated the entrance of the right middle lobe and mobile with respiration was observed. The lesion was removed bronchoscopically. Pathology result was reported as endobronchial lipoma. In this article, we report a case who was diagnosed with pneumonia and endobronchial lipoma in differential diagnosis was discussed.

*Keywords:* Bronchoscopy; endobronchial lipoma; pneumonia.

Endobronşiyal lipom akciğer hasarı oluşturabilen ender görülen benign bir tümördür. Tüm akciğer tümörlerinin %0.1'ini, benign tümörlerin %1.4 ile 13'ünü oluşturur.<sup>[1]</sup> Endobronşiyal lipom, klinikte malign tümörler ile karışabilir. Endobronşiyal lipom tanısı konulan olgu, ender görülmesi ve pnömoni ile seyretmesi nedeni ile literatür bilgileri altında değerlendirilerek sunuldu.

### OLGU SUNUMU

Altmış iki yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük ve balgam yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden altı aydır öksürük ve balgam yakınmaları olduğu son zamanlarda bu yakınmalarında artış olduğu öğrenildi. Olgunun arka-ön akciğer

radyografisinde orta lob hizasında infiltratif alanlar ve atelettazi görülmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) de değişiklikler tespit edilince olgu inceleme ve tedavi amacı ile kliniğe yatırıldı (Şekil 1). Öz geçmişinde bir özellik ve sigara içme öyküsü yok idi. Fizik incelemesinde, genel durumu iyi ve bilinci açıktı. Kan basıncı: 140/80 mmHg, nabız: 74/dk, solunum sayısı: 17/dk idi. Solunum sistemi muayenesinde, sağ hemitoraksta ralleri vardı. Laboratuvar incelemelerinde, tam kan sayımı ve serum biyokimya değerleri normal sınırlarda idi. Sedimantasyon hızı 85 mm/saat, C reaktif protein (CRP) 143 mg/L olarak bulundu. Balgamda üç kez bakılan aside dirençli basil (ARB) negatif olarak raporlandı. Solunum fonksiyon testinde birinci saniyede



Available online at  
www.tgkdc.dergisi.org  
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2014.6955  
QR (Quick Response) Code

*Geliş tarihi:* 04 Nisan 2012 *Kabul tarihi:* 22 Mayıs 2012

Yazışma adresi: Dr. Erkan Akar, Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, 16310 Yıldırım Bursa, Türkiye.

Tel: 0505 - 259 69 01 e-posta: drerkanakar@hotmail.com



**Şekil 1.** Arka-ön akciğer grafisinde orta lob hizasında infiltratif alanlar ve atelettazi görülmektedir.

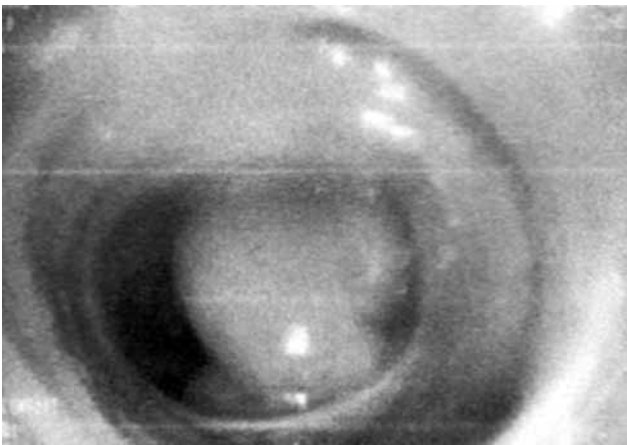


**Şekil 2.** Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer orta lob medial segment içerisinde pnömonik konsolidasyon ve eşlik eden atelettazik alanlar vardı.

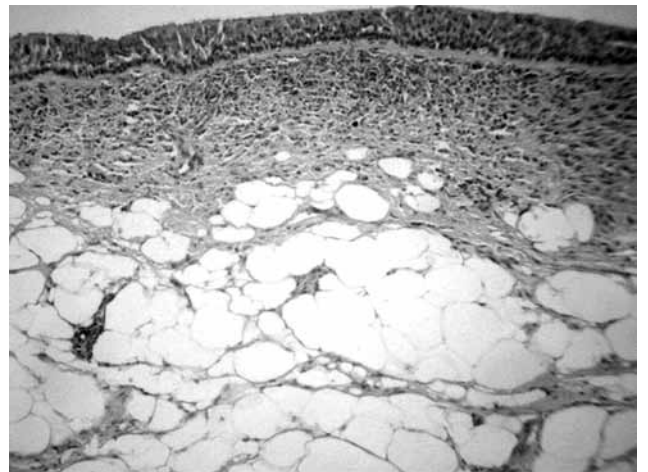
zorlu ekspirasyon hacmi (FEV<sub>1</sub>) / zorlu vital kapasite (FVC): %105 (83.96 L), FEV<sub>1</sub>: %68 (2.25 L), FVC: %65 (2.68 L) idi. Toraks BT'sinde sağ akciğer orta lob medial segment içerisinde hava bronkogramlarının izlendiği yoğunluk artımları, pnömonik konsolidasyon ve eşlik eden atelettazik alanlar görüldü (Şekil 2). Atelettazi ve pnömoni etyolojisini araştırmak amacı ile fiberoptik bronkoskopi (FOB) planlandı. Fiberoptik bronkoskopi de orta lob lümeni distalden saplı, nefes alıp vermekle hareketli, üzeri düzgün, yüzeyi parlak polipoid lezyonla tama yakın tıkalı olarak görüldü (Şekil 3). Lezyonun eksize edilebilmesi amacı ile genel anestezi altında eş zamanlı rijit bronkoskopi ve FOB yapıldı. Lezyon total olarak çıkarıldı. Orta lob bronşundaki sekresyonlar temizlenerek atelettazi açıldı. Patolojik incelemede, psödostratifiye solunum yolu epiteli ile döşeli çok sayıda matür yağ hücreleri görülmesi ile endobronşiyal lipom tanısı koyuldu (Şekil 4).

## TARTIŞMA

Endobronşiyal lipom ilk kez 1927'de Kernan tarafından bildirilmiştir.<sup>[1,2]</sup> Trakeobronşiyal sistem tümörlerinin çoğu malign karakterdedir. Akciğerin benign tümörleri rezeke edilen tüm akciğer kanserlerinin %1'inden azını içermektedir.<sup>[3]</sup> Lipomlar akciğer içerisinde herhangi bir adipoz dokudan kaynaklanabilir. Çoğu matür adipoz doku içerikli olsa da kemik, kıkırdak gibi diğer hücre tipleri de tanımlanmıştır. 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.<sup>[4]</sup> Endobronşiyal lipom 29-78 yaş arasında görülmekle birlikte, hastaların çoğu orta



**Şekil 3.** Fiberoptik bronkoskopide sağ orta lobda üzeri parlak, nefes alıp vermekle hareketli, düzgün yüzeyli endobronşiyal lezyon vardı.



**Şekil 4.** Patolojik incelemede, psödostratifiye solunum yolu epiteli ile döşeli çok sayıda matür yağ hücreleri görüldü (H-E x 100).

yaşadadır.<sup>[1,2]</sup> Görülme sıklığı erkeklerde daha fazladır. Endobronşiyal lipom klinikte semptomsuz seyredileceği gibi yakınmalar genellikle hava yolu tıkanıklığının neden olduğu bulgulara bağlıdır. Olguların çoğunda asıl semptom öksürüktür. Diğer bulgular; artan nefes darlığı, hırıltılı solunum, hemopitizi, göğüs ağrısı, tekrarlayan ateş epizotları ve obstrüktif pnömoni semptomlarıdır. Semptom süresi genellikle birkaç ay ile birkaç yıl arasında değişebilir.<sup>[1,2]</sup> Olgumuzun öyküsünde altı aydır var olan ve son günlerde gittikçe artan nefes darlığı, öksürük ve balgam yakınmaları vardı. Endobronşiyal lipom atelektazi ve tekrarlayan pnömoni sonucunda bronşektaziye neden olabilir.<sup>[1,2]</sup> Muraoka ve ark.<sup>[5]</sup> 64 endobronşiyal lipom olgusunu araştırdıkları Japonya'da, hastaların %80'inin akciğer grafisinde anormallik görüldüğünü, geri kalan %20'sinde ise akciğer grafisinin normal bulunduğunu bildirmişlerdir. Radyolojik görünümünün hemen hemen yarısı konsolidasyon, atelektazi nedeni ile infiltratif görünüm ve akciğerin distalinde pnömoni şeklindedir. Olguların yaklaşık üçte ikisinde tümör sağda yerleşmiştir.<sup>[5]</sup> Olgumuzda arka-ön radyografisinde sağ orta lob hizasında infiltrasyon ve atelektazik görünüm var idi. Endobronşiyal lipom, yaklaşık 1-7 cm boyutlarında olup, genellikle büyük bronşlarda yerleşiktir.<sup>[1]</sup> Endoskopik görünümü parlak, düzgün yüzeyle, şeffaf veya grimsi olabilir. Endobronşiyal lipomların çoğunluğunda pedikül vardır. Olgumuza yapılan FOB'de sağ orta lobda üzeri parlak, nefes alıp vermekle hareketli, düzgün yüzeyle endobronşiyal lezyon vardı. Endobronşiyal lipom komplike olmamış olgularda konservatif olarak ve benign karakteri nedeni ile erken dönemde endoskopik olarak tedavi edilebilir. Bununla birlikte, eğer tümör büyük ise veya tümör arkasındaki akciğer dokusunda harabiyet var

ise cerrahi rezeksiyon düşünülmelidir.<sup>[6]</sup> Hastamızın tanısı ve tedavisi rijit bronkoskopi + FOB ile yapıldı. Patolojik tanısı endobronşiyal lipom olarak bildirildi. Ameliyat sonrası komplikasyonu olmayan olgu dört aydır sorunsuz takip edilmektedir.

### **Çıkar çakışması beyanı**

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### **Finansman**

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### **KAYNAKLAR**

1. Huisman C, van Kralingen KW, Postmus PE, Sutedja TG. Endobronchial lipoma: a series of three cases and the role of electrocautery. *Respiration* 2000;67:689-92.
2. Alpar S, Kurt ÖK, Uçar N, Örsel O, Özaydın E, Aydın E ve ark. Tekrarlayan pnömoni olgusunda endobronşiyal lipom. *Toraks Dergisi* 2006;7:72-4.
3. Martini N, Beattie EJ. Less common tumors of the lung. In: Shields TW, editor. *General Thoracic Surgery*. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger; 1983. p. 770-9.
4. Hasleton PS. Benign lung tumors and their malignant counterparts. In: Hasleton PS, editor. *Spencer's Pathology of the Lung*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 879-80.
5. Muraoka M, Oka T, Akamine S, Nagayasu T, Iseki M, Suyama N, et al. Endobronchial lipoma: review of 64 cases reported in Japan. *Chest* 2003;123:293-6.
6. Destito C, Romagnoli A, Carlucci I, Mercuri M, Vulpio C, Wiel Marin A. Endobronchial lipoma: endoscopic resection or surgical excision? Report of a case and review of the literature. *G Chir* 1995;16:445-7. [Abstract]