

BİR BRONŞİAL LEİOMYOM OLGUSU(*)

Uz. Dr. Melahat KURUTEPE (**) • Doç. Dr. İbrahim ÖZTEK (***)
Dr. Ahmet BİLGİN (****) • Dr. Hakan SOLAK (****) • Op. Dr. N. Mehdi SİLİ (*****)

ÖZET: Pulmoner leiomyomlar, akciğerin selim tümörlerinin en nadir rastlanılanıdır. Bu tümörler broş duvarı düz kaslarından veya periferik küçük hava yolları ile perivasküler düz kas dokusundan kaynaklanırlar. Bu yazıda, tanısı bronkoskopik biyopsi ile konan ve torakotomi sonrası doğrulanmış bir bronşial leiomyom olgusu nedeni ile literatür bilgileri gözden geçirilmekte ve tümörün özellikleri ile tedavi yöntemleri tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner leiomyom, bronşial leiomyom, bronkoskopik biyopsi

SUMMARY: A case of bronchial leiomyoma. Pulmonary leiomyomas are at least common benign tumors of the lung. These tumors originate from smooth muscles of bronchial walls, peripheral small airways, or from perivascular smooth muscles. In this case, that the diagnosis of the tumor has been established bronchoscopically and proved with thoracotomy is reported, in addition the literature about bronchial leiomyomas has been reviewed, and the characteristics of the tumor and treatment modalities are discussed.

Key Words: Pulmonary leiomyoma, bronchial leiomyoma, bronchoscopy biopsy

GİRİŞ

İlk Kez 1910 yılında Forkel tarafından 63 yaşında bir kadının sol akciğer üst lob parankiminde tanımlanmış olan pulmoner leiomyomlar (7), solunum yolları benign tümörlerinin % 2'sini oluştururlar (12). Parankimal, bronşial veya trakeal yerleşimli, yavaş büyüyen, geç semptom veren, 1-2 cm. çaplarda, özellikle parankimal olanları radyolojik incelemelerde tesadüfen ortaya çıkan çok nadir soliter lezyonlardır (1,11,12). Tümör, kapsülsüz sınırlı klasik bir leiomyom yapısında olup, benign düz kas hücrelerinden meydana gelirler. Tümör alanı içinde bir başka komponent izlenmez

(9,10,11,12).

1969 yılında Taylor ve Miller bronşial ve parankimatöz lezyonları birlikte inceleyip, Dünya literatüründen 21 olgu özetleyerek, ek bir olgu sunmuşlardır (10). 1978'de Orłowski ve arkadaşları, Taylor ve Miller'inkini de içeren 51 olgu toplamışlar (7,11), 1985 yılına kadar yayımlanan olgu sayısı 66'ya ulaşmıştır 1986 yılında yurdumuzdan da 2 pulmoner leiomyom olgusu bildirilmiştir (3). Olguların 1/3'ü 20 yaşın altında olup, en küçüğü 5, en büyüğü 67 yaşındadır. En çok 40 yaş civarında görülürler (7,10,11,12).

OLGU RAPORU

S.T. 14 yaşında bir kız çocuğu, Kl. prot. no: 122085/1989, Patoloji prot. no: I-35/90. İki yıl önce başvurduğu bir başka hastanede tüberküloz tedavisi gören hasta, öksürük, kanlı balgam, ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı yakınmaları ile hastanemize yatırıldı.

Yapılan muayenesinde, sol hemitoraks solunuma daha az katılmakta, palpasyonla vibrasyon toraksik, oskültasyonla solunum sesleri azalmıştı. Perküsyonla matite alınmakta idi.

Akciğer fonksiyon testlerinde VC: % 49, FEV: % 50,

- * 1-5 Ekim 1990 Ankara, XVIII. Ulusal Solunum Hastalıkları Kongresinde Tebliğ Edilmiştir.
** Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi, Göğüs Hastalıkları Şef Muavini
*** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, Bşk.
**** Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi, Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Öğrencisi
***** Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi, Göğüs Cerrahi Şefi



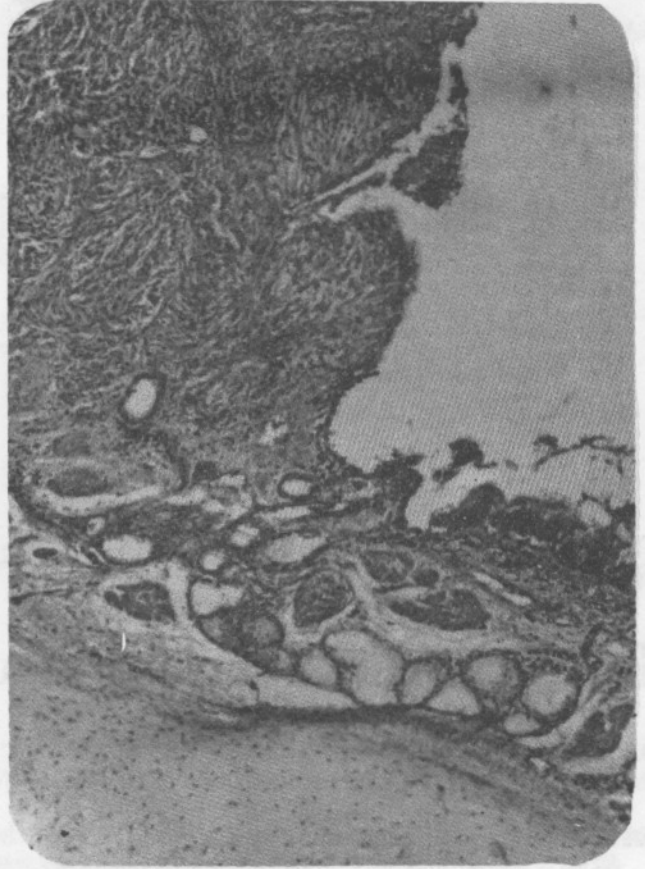
Resim 1: Bronkografide sol ana bronşta, tümörün oluşturduğu dolma defekti.

FEV₁/VC: % 87,5 olup, restrüktif tipte bir solunum yetersizliği mevcuttu. Balgamda ARB araştırması negatifti. Kültürde üreme olmadı. Diğer laboratuvar bulguları normaldi.

Radyografide sol tarafta tama yakın homojen dansite artışı görülmüyordu. Kalp ve mediasten sola çekilmişti. Bronkografik incelemede sol ana bronşta karinadan 1,5-2 cm. uzaklıkta dolma defekti saptandı (Resim 1). Fleksibl bronkoskopide lezyon, sol ana bronştan yaklaşık 1 cm. uzakta, lumeni tıkayan parlak kırmızı renkli bir kitle olarak görüldü. Biyopsi yapıldı. Histopatolojik tanının Bronşial Leiomyom çıkması üzerine torakotomi uygulandı. Torakotomide akciğerin tamamen harap olduğu görülerek, pnömonektomiye karar verildi.

Makroskopi: Bronkoskopik biyopsi materyali birkaç adet 3-8 mm. boyutlarda parçalardan ibaretti. 12 gün sonraki pnömonektomi piyesi ise, 8x10x15 cm. boyutlarda, sert, kollabe görünümde idi. Ana bronş giriminde, bronş duvarına 14 mm. çapta bir tabanla oturmuş, lumene gelişen, yüzeyden birkaç mm. kabarık, bronkoskopik biyopsi sırasında yüzeyi parçalanmış düzensiz bir lezyon mevcuttu. Lezyonun arkasında kalan bronşlar ilerl derecede genişlemiş ve içleri mukusla dolmuştu. Hiler ve peribronşioler 5-10 mm çaplarda 4 adet antrakotik lenf nodülü bulundu.

Mikroskopi: Bronkoskopik biyopside olduğu gibi, bronş kıkırdağı üzerine oturmuş olan asıl tümör (Resim 2), lumene papiller projeksiyonlar yapmış, üzeri psödostratifiye silindrik veya basılmış epitelyumlara döşeli idi (Resim 3). Hemen mukoza altında başlayan tümör birbirini kesen çaprazlayan,



Resim 2: Bronş kıkırdağı üzerine oturmuş, düz kas hücrelerinden gelişerek lumeni dolduran tümör (H.E.X40).

girdaplı yapılar oluşturan, ince uzun fuziform veya oval, mitoz göstermeyen, kromatinden fakir üniform nükleuslu benign hücre demetlerinden meydana gelmişti (Resim 4). Diğer alanlarda, birbirine bitişik kistik bronş kesitleri ve alveollerin yerini almış kronik iltihap elemanları ile infiltre geniş fibroz bağ doku sahaları izlendi. Lenf nodülleri, kronik nonspesifik antrakotik lenfadenit yapısında idi.

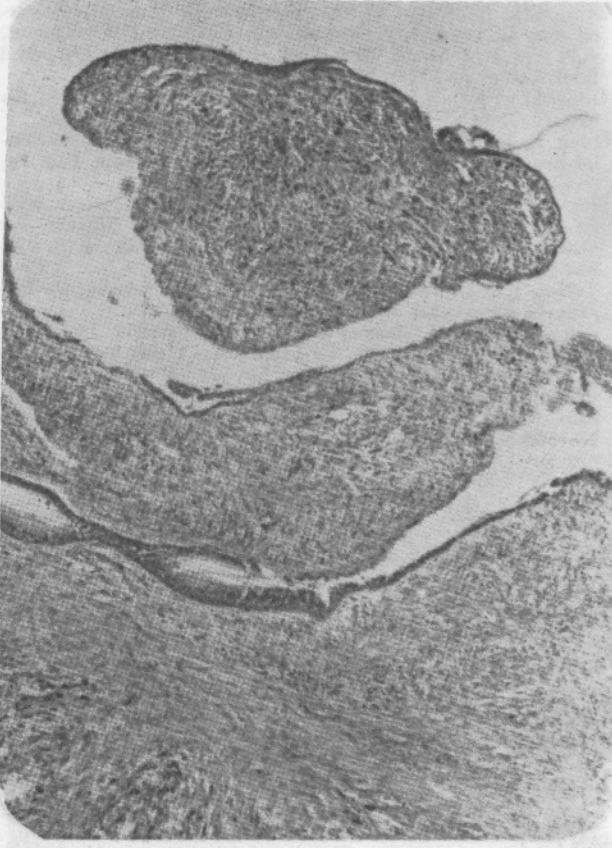
Yapılan PAS ve Mucicarmine boyaları ile yüzey epitel stoplazmaları morumtrak, tümör hücreleri PTAH ile morumtrak-kırmızı, Van Gieson ile sarımtırak, Trichrome ile kırmızıya boyandı. Bu durum, düz kas kökenli tümörün histokimyasal özelliklerini yansıtmakta idi.

Tanı: 1. Endobronşial Leiomyom.

2. Sakküler Bronşektazi ve kronik İnterstisyel Pnömoni,
3. Kronik Nonspesifik Antrakotik Lenfadenits.

TARTIŞMA

Pulmoner leiomyomların yaklaşık % 1,6'sı trakeada, % 33'ü bronşlarda, % 51'i ise akciğer parankiminde yerleşir. Daha çok sağ üst lopta rastlanır (7,10,11,12). Akciğer parankim leiomyomları, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür. Bunun nedeni akciğere metastaz yapmış uterus leiomyomlarının yanlış değerlendirilmiş olmasıdır. Bunlar daha çok orta yaşta kadınlarda görülür ve multipl lezyonlar şeklindedirler. Histerektomi ve ooferektomi ile nodüller geriler (5,6,8).

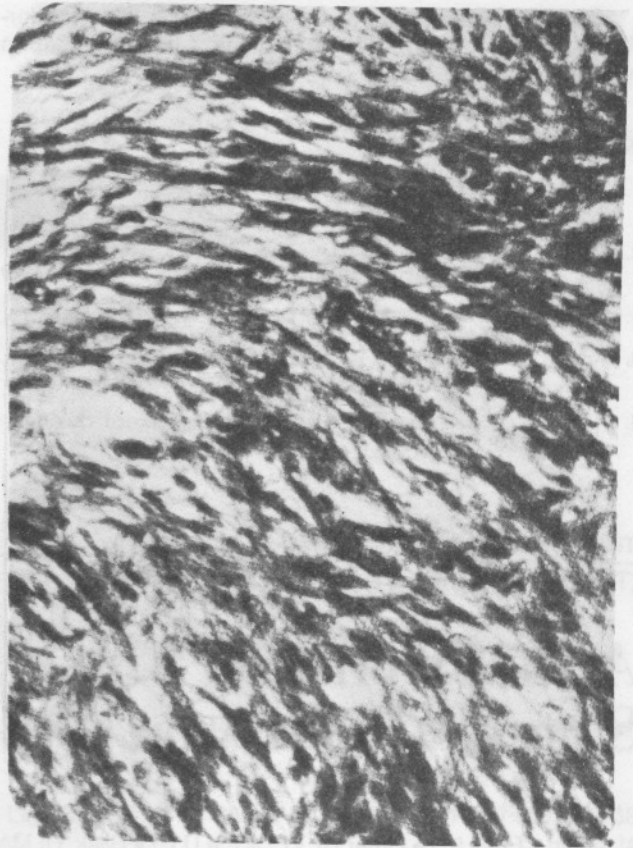


Resim 3: Pseudostratifiye silendrik epitelyumlarla döşeli tümörün yüzeyde oluşturduğu papillomatöz yapılar (H.E. X40).

Metastatik leiomyomlar, lenfanjiomyomatozis, intravenöz leiomyomatozis, leiomyomatozis peritonealis disseminata ve solid veya multibl pulmoner fibroleiomyomatöz hamartomlar, leiomyomatöz akciğer lezyonları olarak isimlendirilirler. Bunlar akciğerin primer leiomyomlarından farklı antitelerdir (5,8).

Pulmoner leiomyomlarda en sık rastlanan başlangıç semptomu öksürüktür. Tümör intraluminal büyüdüğünde hemoptizi, tekrarlayan pnömoni veya bronşektazi atakları eklenir (11). Semptomların şekli tümörün broş içindeki lokalizasyonu ile ilişkilidir. Lokalizasyon akciğerin periferinde olduğunda anlamlı semptomlar ortaya çıkmaz (1,11,12). Çocuklarda oluşan tek anormal bulgu parmakların çomaklaşması olabilir (3,10,11). Endobronşial leiomyomda, lezyonun distalinde genişleyen havanın pnömotoraksa neden olduğu da bildirilmiştir (12). Trakeada en çok 1/3 alt kısımda görülür. Bunlarda bulunan aralıklı veya devamlı dispne ile wheezing, astma olarak değerlendirilerek tedavi edilebilirler (4,11,12).

Pulmoner leiomyomların çoğu düz radyografilerde saptanabilir. Fakat bu patognomonik değildir. Radyolojik özellikler, bronş obstrüksiyonunun sekeli sonucudur. Bizim olgumuzda da olduğu gibi tümör, atelektazi ve pnömonitis sonucu gizli kalabilir (7,12). Bilhassa trakeal lezyonları göstermede ve bronşial olanların sınırlarını belirlemede tomografi çok yararlıdır (1,12). Olgumuzda, tümörün lokalize olduğu sol ana bronş lumeninin obstrüksiyonuna bağlı geç devir bulguları mevcut olup, obstrüksiyon distalinde geniş kistik



Resim 4: Benign fuziform hücrelerin birbirini kesen demetleri (PTAH x 200).

bronşlar, akciğer parankiminde de atelektazi ve pnömoni bulguları izlenmiştir.

Alt solunum yollarındaki leiomyomların kesin tanısı bronkoskopik biyopsi ile yapılır. Ancak lezyonun adenoma çok benzermesi ve kanama riski ile biyopsi yapmaktan kaçınılmaktadır (3,10,12). Bu nedenle literatürde, bronkoskopik biyopsi ile tanımlanmış olgu sayısı sadece birkaç adattır. Bizim olgumuzun tanısı da bu yolla konmuştur.

Pulmoner leiomyomların tedavileri konservatif cerrahidir. Fakat tümörün distalinde gelişen ileri derecedeki bronşektazi ve kronik enfeksiyona bağlı değişiklikler nedeni ile geniş akciğer rezeksiyonu gerekebilir (10,11,12). Yayımlanan 57 olguluk seride, yalnızca 3 olguya (% 5) bronkoskopik lokal eksizyon uygulanmışken, 12 olguda (% 21) segmentektomi, 29 olguda (% 51) lobektomi ve 8 olguda (% 14) pnömonektomi uygulanmıştır (11,12). 1988 yılında da bir bronşial leiomyom endoskopik olarak laserle tedavi edilmiştir (9). Bizim olgumuzda ise torakotomi sırasında ileri derecede akciğer harabiyeti görülmesi nedeni ile pnömonektomiye karar verilmiştir.

Sonuç olarak, sunmuş olduğumuz olgunun mikroskopisinde, tümörün, bronş duvarı düz kaslarından geliştiği gözle görülür şekilde belirgindir. Lezyon tek, endobronşial solid bir kitle yapısındadır. Tümör alanı içinde değişik bir başka komponent mevcut değildir. Akciğerinde veya vücudunun bir başka bölgesinde ikinci bir düz kas tümörü saptanmamıştır. Bu nedenle olgumuz primer endobronşial benign leiomyomdur.

Özellikle parankimal olanların, metastatik leiomyomlardan ve solid benign fibro-leiomyomatöz hamartomlardan ayırımı yapılmalıdır (2,5,8).

KAYNAKLAR

1. Fraser, R.G., Pare, S.A.P.: Diagnosis of diseases of the chest. Philadelphia, London, Toronto. W.B. Saunders Comp. p: 994-995 (1978).
2. Gorelkin L.: Fibroleiomyomatous hamartoma, a rare benign pulmonary 'Coin Lesion". Southern Medical J., 71 (1): 88-90 (1978).
3. Kılıçaslan, Z., Küçükusta, A.R., Öztek, İ.: Bronşial leiomyoma. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (1): 197-203 (1986).
4. Kitamura, S., Maeda, M., Kawashima, Y., Masaoka, A., Manebe, H.: Leiomyoma of the intrathoracic trachea. J. Thoracic Cardiovascular surg. 57: 284-288 (1969).
5. Martin, E.: Leiomyomatous lung lesions, a proposed classification. A.J.R., 141: 269-272 (1983).
6. Ochs, R.H.: Neoplasms of the lung other than bronchogenic carcinoma. In Pulmonary Diseases and Disorders. Ed: Fishman, A.P. Vol 3, 2 nd ed. New York, Paris, Tokyo, McGraw-Hill Book Comp. p: 2024 (1988).
7. Orłowski, T.M., Stasiak, K., Kolodziej, J.: Leiomyoma of the lung. J. Thoracic Cardiovascular Surg., 76: 257-261 (1978).
8. Öztek, İ., Kurutepe, M., Kanca, A., Balkanlı, K., Arman, B.: Solid benign pulmoner fibroleiomyomatöz hamartomlar. Türk Patoloji Dergisi, 4 (1): 52-57 (1988).
9. Shields, T.W., Robinson, P.G.: Benign and less common malignant tumors of the lung. In General Thoracic Surgery. Ed: Shields, T.W., 3rd ed. Philadelphia, Lea and Febiger, p: 935-950 (1989).
10. Taylor, T.L., Miller, D.R.: Leiomyoma of the bronchus. J. Thoracic Cardiovascular Surg., 57: 284-288 (1969).
11. Vera-Roman, J.M., Sobonya, R.E., Gomez-Garcia, J.L., Sanz-Bondia, J.R., Paris-Romeu, F.: Leiomyoma of the lung, literature review and case report. Cancer, 52: 936-941 (1983).
12. White, S.H., Ibrahim, N.B.N., Porrister-Wood, C.P., Jeyasingham, K.: Leiomyomas of the lower respiratory tract. Thorax, 40: 306-311 (1985).