

Uzun Süreli Astım Tedavisi Alan Endotrakeal Polip Olgusu

A Case of Tracheal Polyp Treated as Asthma for a Long Time

Dr. Yusuf AYDEMİR,^a
Dr. Murat ÖNCEL^a

^aGöğüs Hastalıkları Kliniği,
Konya Numune Hastanesi, Konya

Geliş Tarihi/Received: 06.11.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 21.02.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Yusuf AYDEMİR
Konya Numune Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya,
TÜRKİYE/TURKEY
dryaydemir@yahoo.com

ÖZET Trakeal tümörler oldukça nadir görülür ve genelde maligndir. Benign trakeal tümörler, tüm akciğer tümörlerinin ancak %1.9'unu oluşturur. Trakeal tümörlerin tanısı zordur. Klinik belirtiler astım ile benzer özellikler gösterdiğinden kolayca karışabilir. Rutin radyolojik tetkikler de çoğu zaman tanıda yetersiz kalır. Hava yolu tıkanıklığına sebep olanlar, genellikle yanlış olarak astım tanısı alır ve bu yönde tedavi edilirler. Olgumuz, 5 yıldır eforla nefes darlığı ve hırıltılı solunum şikâyetleri ile astım ilaçları kullanıyordu, ancak tedaviden fayda görmemişti. Uygun ve düzenli tedavi almasına rağmen iyileşme olmaması üzerine, ayırıcı tanılar değerlendirilerek trakeal obstrüksiyon düşünüldü. Bronkoskopik incelemede trakeal tümör görüldü. Tümör endoskopik olarak çıkarıldı ve tam klinik düzelme sağlandı. Bu çalışmada, her "wheezing" in astım olmadığını, uygun tedaviyle klinik düzelme sağlanamayan hastalarda, ayırıcı tanıda trakeal tümörlerin de düşünülmesi gerektiğini gösteren bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Trakeal tümörler; astım; hava yolu tıkanıklığı

ABSTRACT Tracheal tumors are very rare, and commonly malignant. Benign tracheal tumors, constitute only 1.9% of all lung tumors. Diagnosis of tracheal tumors is difficult. Clinical symptoms of asthma show similar characteristics due to easily mimic. In routine radiologic examinations is often inadequate the diagnosis. Those with airway obstruction caused is often incorrectly diagnosed with asthma and are treated in this direction. Our case 5 years from shortness of breath on exertion, complaints of wheezing and asthma medications are used. But had not seen for treatment despite receiving appropriate treatment and regular on the lack of improvement and tracheal obstruction was thought to evaluating the differential diagnosis. Bronchoscopic examination showed tracheal tumor. Tumor was removed endoscopically and complete clinical recovery was achieved. This article is not all wheezing respiratory asthma and not provided with appropriate treatment of patients with clinical improvement should be considered in the differential diagnosis of tracheal tumors and we present a case showing.

Key Words: Tracheal neoplasms; asthma; airway obstruction

Türkiye Klinikleri Arch Lung 2011;12(2):69-72

Trakeal tümörler oldukça nadir görülür ve genelde maligndir. Benign trakeal tümörler tüm akciğer tümörlerinin ancak %1.9'unu oluşturur. Benign trakeal tümörlerin çok çeşitli histolojik tipleri mevcuttur. En sık nüks papillomatozis görülmektedir.¹⁻⁴

Trakeal tümörlerin tanısında yaşanan zorluklar, klinik belirtilerin astım gibi hava yolunu tıkayıcı hastalıklara benzemesinden ve rutin radyolojik tetkiklerin yetersiz kalmasından kaynaklanmaktadır.^{3,5,6} En sık klinik belirtiler; nefes darlığı, öksürük, hemoptizi, hırıltılı solunum ve stridorudur.

Hava yolu tıkanıklığına sebep olanlar, genellikle yanlış olarak astım tanısı olarak bu yönde tedavi edilirler. Akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) normal olabilir. Tanı bronkoskopi ile konur.^{2,3,6-11}

Trakeal tümörlerin tedavisinde sıklıkla bronkoskopik eksizyon, lazer ve kriyoterapi uygulamaları kullanılırken, bazı vakalarda torakotomi veya median sternotomi gerekebilir.^{1-4,7,12-14}

Bu çalışmada, 5 yıldır nefes darlığı ve hışıltılı solunum nedeni ile astım tedavisi alan, ancak tedaviden fayda göremeyen bir trakeal polip olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırk altı yaşındaki kadın hasta, yaklaşık 5 yıldır eforla nefes darlığı ve hışıltılı solunum şikâyetleri ile birçok kez değişik merkezlere başvurmuş. Astım tanısı ile steroid ve beta mimetik içeren inhaler cihazlar, oral montelukast ve teofilin kullanımına rağmen klinik yarar görememiş.

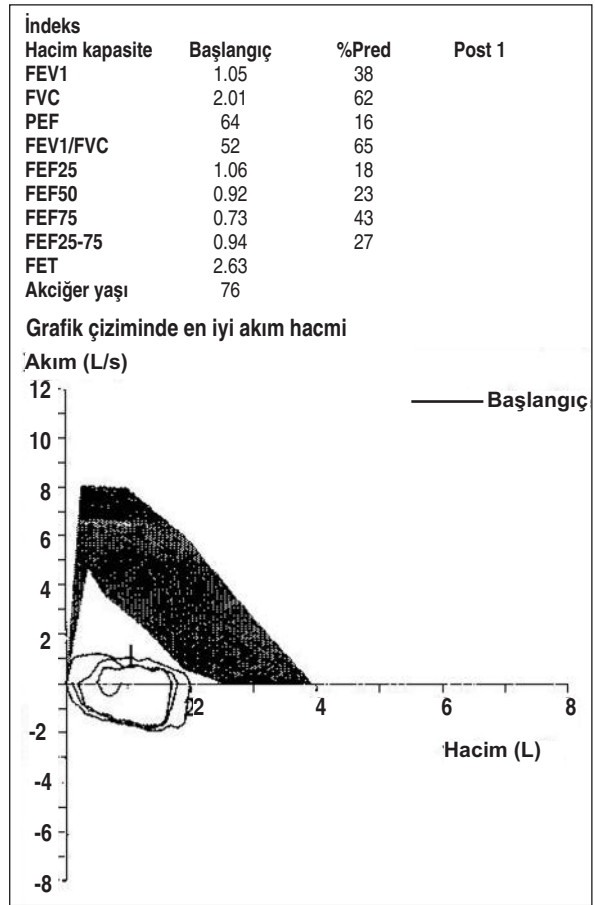
Fizik muayenede; genel durum iyi, vital bulgular stabil, taşipneik, solunum sayısı 30/dakika ve “wheezing” mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde, yaygın bilateral çift zamanlı sibilan ronküsler vardı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvar incelemesi hafif anemi (Hg: 11.2) dışında normaldi. Akciğer grafisi normaldi. Solunum fonksiyon testinde şiddetli obstrüksiyon bulguları (FEV₁: %38, FVC: %62, PEF: %16, FEV₁/FVC: %65) ve akım volüm eğrisinin her iki kolunda da çökme vardı (Şekil 1).

Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu.

Daha önceden tam ve yeterli bir astım tedavisi düzenlenmiş olan hastanın öncelikle inhaler cihazları doğru kullanıp kullanmadığı gözlemlendi. İnhaler ilaçları doğru teknikle ve düzenli olarak kullanılmasına rağmen klinik düzelme olmaması nedeni ile hasta tekrar değerlendirildiğinde, inspiratuar ronküslerin daha belirgin ve stridor şeklinde olduğu tespit edildi.

Hastada üst solunum yolu obstrüksiyonu düşünüldü. Toraks BT normal olarak değerlendirilen hastaya bronkoskopi yapıldı. Kord vokallerin



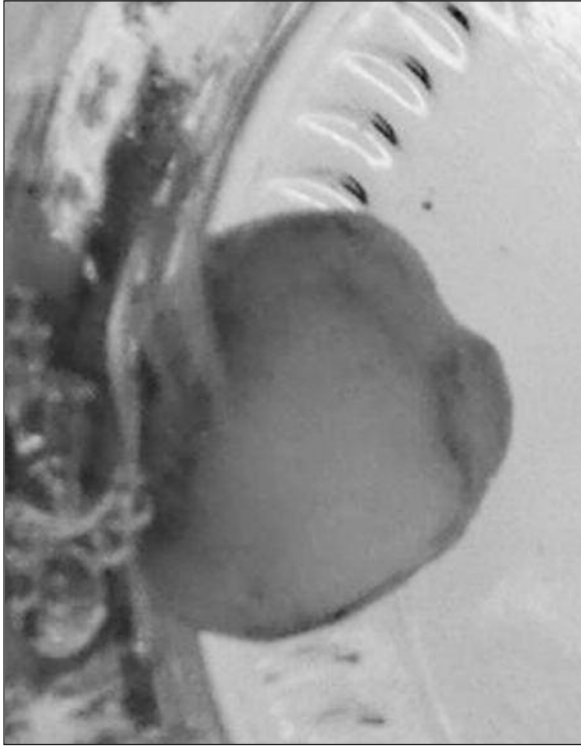
ŞEKİL 1: Solunum fonksiyon testi.

hemen altında trakeanın %80'ini tıkayan yuvarlak, 1 x 1.5 cm çaplı, üzeri kapillerden zengin, polipoid lezyon izlendi. Lezyondan fırça biyopsisi yapıldı. Fırça yayma incelemesinde atipik displastik hücre görülmedi ve patoloji sonucu malignite yönünden negatif olarak değerlendirildi.

Hastaya göğüs cerrahisi tarafından, genel anestezi altında rijid bronkoskopi yapıldı. Lezyon endobronşiyal olarak çıkarıldı (Resim 1). Komplikasyon gelişmedi. Lezyonun patolojik incelemesinde benign inflamatuvar polipoid lezyon rapor edildi.

İnflamatuvar polip yapabilecek nedenler ve hemoptizi varlığı yönünden anamnez tekrarlandığında, hastanın ara ara, özellikle kışın üşüttüğü zamanlarda kan tükürme şikâyetinin olduğu tespit edildi, ancak inflamatuvar polipe neden olabilecek bir etken bulunamadı.

Hastanın postoperatif kontrollerinde nefes darlığı ve hırıltı şikâyetlerinin tamamen geçtiği,



RESİM 1: Polipin makroskobik görünümü.

tüm inhaler cihazları ve diğer tedavileri bıraktığı ve şikâyetinin olmadığı gözlemlendi. Fizik muayenesi normal olan hasta tedavisiz olarak takibe alındı.

TARTIŞMA

Erişkinlerde trakeal tümörlerin çoğu maligndir. Çeşitli serilerde malignite insidansı %80-90 arasında değişmektedir. En sık karsinom, sarkom ve karsinoidler görülür.^{1-4,11,12} Benign trakeal tümörler ise çok geniş bir histolojik çeşitliliğe sahip olup, en sık nüks papilloma, hamartom, kondrom, nörojenik tümör, hemanjiyom, adenom, lipom, fibrom, leiomyom ve polipler izlenir.^{1-4,11,12,15}

İnflamatuar poliplerin; yabancı cisim, duman, toksik gaz, enfeksiyöz sebepler veya diğer iritasyonların sebep olduğu lokal mukoza hasarı sonrası oluşan inflamatuvar yanıtla geliştiği düşünülmektedir. İritasyonla oluşan ödem ya da erozyon ülserasyona ilerler, ardından inflamatuvar hücrelerin lokal migrasyonu ve vasküler konjesyon gerçekleşir. Fibröz bağ doku birikimi ile polip oluşur. Polipler normal trakeobronşiyal mukoza ile veya stratifiye skuamöz

epitel ile kaplı, makroskobik olarak düzgün sınırlı, kırmızımsı veya normal mukozaya benzer, sapsız veya bir sapla bağlı olabilir.^{11,12,16,17}

Klinikte hastalar; asemptomatik, progresif özellikte olabilen dispne, hışıltılı solunum, ateş, öksürük, balgam gibi sekonder enfeksiyona ait belirtiler veya hemoptizi ile başvururlar. Bu hastalar genellikle astım gibi tedavi edilirler.^{2,3,7-12,15,16,18}

Fizik muayenede stridor, takipne, yardımcı solunum kaslarının kullanımı ve sekonder oluşan enfeksiyon bulguları olabilir.^{11,12}

Akciğer grafisi tanıda nadiren yardımcı olur. Obstrüksiyon sonucu oluşan atelektazi, pnömoni gibi sekonder belirtileri gösterebilir.^{5,6,12,18}

İntratrakeal lezyonlar toraks BT'de nodül veya kitle şeklinde görülebilir. Ancak kesit alanına girmeyen trakeanın üst kısımlarındaki lezyonlar veya kesit aralığına denk gelen küçük lezyonlarda toraks t BT normal olabilir.^{5,18}

Spirometride akım volüm eğrisinin şekli, santral hava yolu tıkanıklığı düşünülmesinde önemli bilgiler verir. Akım volüm eğrisinde; değişken ekstratorasik obstrüksiyon durumunda inspiratuvar kısımda bir çökme gözlenirken, değişken intratorasik obstrüksiyonda ekspiratuvar bölümünde bir çökme olur. Santral havayolundaki sabit darlıklarda ise hem inspiratuvar hem de ekspiratuvar kolların her ikisinde de çökme gözlenir.^{3,8,10,19}

Santral hava yolu obstrüksiyonlarının tanısında altın standart bronkoskopidir.^{3,11,18}

Trakeal poliplerin tedavisi lezyonun lokalizasyonuna, boyutuna ve semptomların şiddetine göre değişir. Küçük ve klinik semptomları az olan olgular antibiyotik ve steroid ile tedavi edilebilirler.^{11,12,16,17} Hastaların çoğu küretaj, lazer, elektrokoterizasyon, kriyoterapi gibi bronkoskopik uygulamalarla tedavi edilirken, nadiren torakotomi veya sternotomi de gerekebilir.^{3,4,7,13,14}

Olgumuzun; astım tanısı ile uzun süre tedavi edilen ve yanıt alınamayan, normal radyolojik bulgulara sahip hastalarda, nadir de olsa, trakeal polip gibi hava yollarını tıkayıcı tümörlerinin de, ayrıncı tanıda düşünülmesi gerekliliğini göstermesi açısından yararlı olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Shah H, Garbe L, Nussbaum E, Dumon JF, Chiodera PL, Cavaliere S. Benign tumors of the tracheobronchial tree. Endoscopic characteristics and role of laser resection. *Chest* 1995;107(6):1744-51.
2. Gaisert HA, Grillo HC, Shadmehr MB, Wright CD, Gokhale M, Wain JC, et al. Uncommon primary tracheal tumors. *Ann Thorac Surg* 2006;82(1):268-72.
3. Meyers BF, Mathisen DJ. Management of Tracheal Neoplasms. *Oncologist* 1997;2(4):245-53.
4. Ahn Y, Chang H, Lim YS, Hah JH, Kwon TK, Sung MW, et al. Primary tracheal tumors: review of 37 cases. *J Thorac Oncol* 2009;4(5):635-8.
5. Ko JM, Jung JI, Park SH, Lee KY, Chung MH, Ahn MI, et al. Benign tumors of the tracheobronchial tree: CT-pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(5):1304-13.
6. Manninen MP, Paakkala TA, Pukander JS, Karma PH. Diagnosis of tracheal carcinoma at chest radiography. *Acta Radiol* 1992; 33(6):546-7.
7. Sanli M, Arslan E, Isik AF, Tuncozgur B, Uyar M, Bakir K, et al. Surgery for primary tracheal tumors: experience on four cases. *J Med Cases* 2010;1(3):87-91.
8. Singh R, Kate A, Joshi JM. Tracheal tumour presenting as non-responding asthma. *Lung India* 2007;24(4):145-7.
9. Lijuan Z, Hui Z, Ke W. Reflection of 45 cases of primary tracheal tumors misdiagnosed as asthma. *Journal of Dali University* 2009-10. doi CNKI:SUN:DLSZ.0.2009-10-024.
10. Kokturk N, Demircan S, Kurul C, Turktas H. Tracheal adenoid cystic carcinoma masquerading asthma: a case report. *BMC Pulm Med* 2004;4:10.
11. Baldi BG, Fernandes CJ, Salge JM, Takagaki TY. Tracheal polyp. *J Bras Pneumol* 2007;33(5):616-20.
12. Gamblin TC, Farmer LA, Dean RJ, Bradley RA, Dalton ML. Tracheal polyp. *Ann Thorac Surg* 2002;73(4):1286-7.
13. Moorjani N, Beeson JE, Evans JM, Maiwand MO. Cryosurgery for the treatment of benign tracheo-bronchial lesions. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2004;3(4):547-50.
14. Ercan S. [The primary and secondary tumors of trachea and their surgical treatment]. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(29): 78-86.
15. Miller DR. Benign tumors of lung and tracheobronchial tree. *Ann Thorac Surg* 1969; 8(6):542-60.
16. Smith RE. Endobronchial polyp and chronic smoke injury. *Postgrad Med J* 1989;65(768): 785-7.
17. Berman DE, Wright ES, Edstrom HW. Endobronchial inflammatory polyp associated with a foreign body. Successful treatment with corticosteroids. *Chest* 1984;86(3):483-4.
18. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD, Mehta AC. Central airway obstruction. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169(12):1278-97.
19. Aboussouan LS, Stoller JK. Diagnosis and management of upper airway obstruction. *Clin Chest Med* 1994;15(1):35-53.