

# Bebekte göğüs duvarının mezenkimal hamartomu: Olgu sunumu\*

Ahmet KAZEZ, Hayreddin YEKELER, Ş. Kerem ÖZEL, Özgen A. SOLMAZ, Ercan KOCAKOÇ,  
Murat BAYKARA

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi, Patoloji, Radyoloji Anabilim Dallarını ve Elazığ Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Elazığ

## Özet

Çocuklarda çok ender görülen göğüs duvarı mezenkimal hamartomu (GDMH), iyi huylu olmakla birlikte geniş do-ku rezeksiyonu gerektirmesi nedeni ile önemlidir. İki aydan beri fark edilen, göğsünün sağ tarafındaki şişlik nedeni ile getirilen beş aylık kız hastada GDMH tanısı konuldu. To-rakotomi, iki kaburga ile birlikte bütün kitle çıkarılması ve göğüs duvarı eksikliğine iki tabaka sentetik yama uygulandı.

Olgu ender görülmesi ve tedavi yaklaşımının irdelenmesi için sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Hamartom; mezenkim, göğüs duvarı, çocuk

## Summary

**Mesenchymal hamartoma of the thoracic wall in an infant: Case report**

Mesenchymal hamartoma of thoracic wall (MHTW) in children is a very rare, benign lesion which has significance as it requires a wide resection for complete removal. MHTW was diagnosed in a five-month-old girl who was brought with the complaint of a mass on the right side of her thorax that was recognised two months ago. A thoracotomy, complete excision of the mass with two ribs and a two layered synthetic patch application for the defect on the thoracic wall was performed.

The case was presented due to its rarity and to discuss the therapeutic approach.

**Key words:** Hamartoma; mesenchymal, chest wall, children

## Giriş

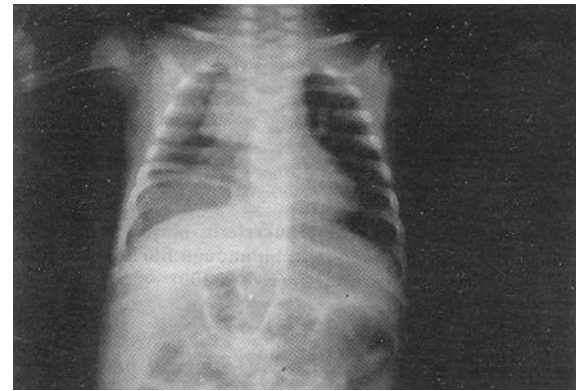
Göğüs duvarı mezenkimal hamartomu (GDMH) çocuklarda ender görülen bir tümördür. "İnfantil kartilajinöz hamartom", "kostanın mezenkimal hamartomu", "kostanın mezenkimomasi" gibi isimlerle de tanımlanmıştır (4,6). Kıkırdak, damar, kemik kistleri ve primitif mezenkimal elemanların bir arada bulunduğu doğumsal bir tümördür. İyi huylu olmakla birlikte geniş rezeksiyon gerektirmesi göğüs duvarı eksikliği ve skolyoza yol açar (3,7). Olgu ender görülmesi nedeniyle ve tedavi yaklaşımının irdelenmesi için sunuldu.

\* XXII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur, 8-11 Eylül 2004, Bursa

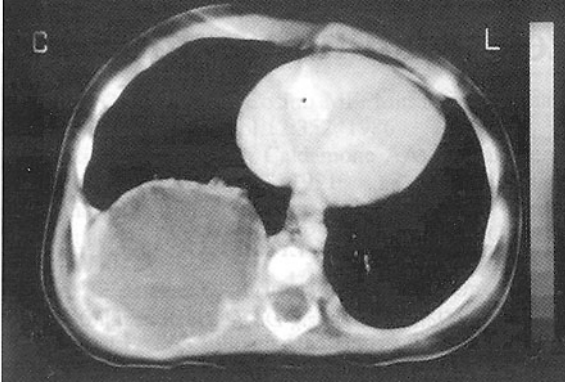
**Adres:** Dr. Ahmet Kazez, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 23119-Elazığ  
**Yayına kabul tarihi:** 13.9.2005

## Olgu Sunumu

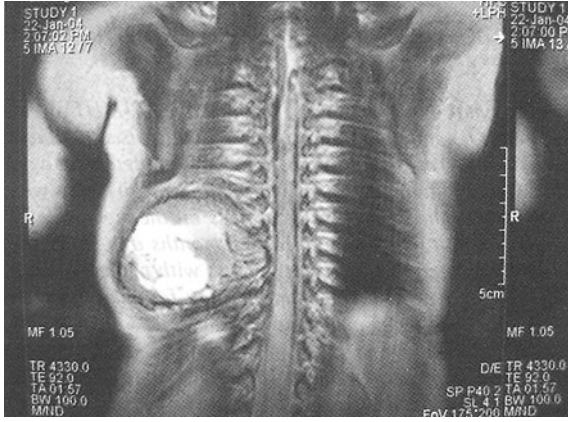
Beş aylık kız hasta, ailesi tarafından fark edilen ve iki aydan beri devam eden göğsünün sağ tarafındaki şiş-



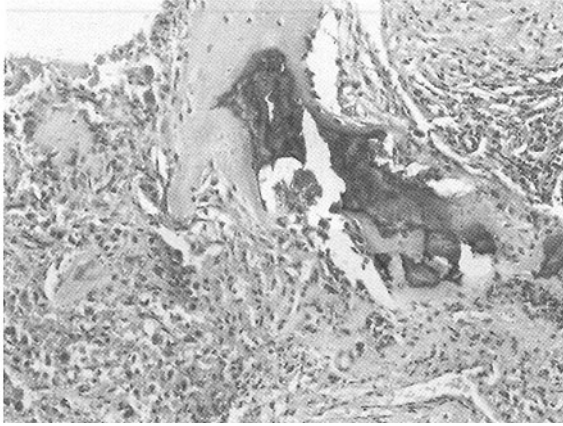
Resim 1. Olgunun direkt grafisi.



Resim 2. Olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



Resim 3. Olgunun MR görüntüsü.



Resim 4. Fibroblast benzeri hücrelerin oluşturduğu fibröz doku, osteoklast tipi hücrelerin bulunduğu fibröz septalar ve enkonral kemikleşme alanları (H-E X 100).

lik nedeni ile getirildi. Ek bir yakınma belirtilmedi. Fizik muayenede göğüsün sağ alt, arka-yan kısmında 3x4 cm. büyüklüğünde, kaburgalar arası alandan di-

şarı taşan, sert, ağrısız, hareketsiz ve üzeri normal cilt ile örtülü kitle dışında normal bulgular tespit edildi. Direk grafide sağda 8. ve 9. kaburganın birbirinden uzaklaştığı ve şeklinin bozulduğu görüldü (Resim 1). Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) incelemelerinde; içinde yoğun debris bulunan, 8. ve 9. kaburgalarda kemik hasarı oluşturmuş, bölmeli kistik kitle olarak tanımlandı (Resim 2,3). Açık biyopsi ile GDMH tanısı konuldu. Bu işlem sırasında alınan aspirasyon biyopsi örneği tanı konulması için yeterli bilgi vermedi. Torakotomi ile tutulum gösteren iki kaburga, kitle ile beraber bütünüyle çıkarıldı ve göğüs duvarı eksikliğine iki tabaka sentetik yama (polidioksanon yama) uygulandı. Olgu ameliyat sonrası 7. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede kıkırdak doku, kan damarları ve enkonral ossifikasyon görünümü ile mezenkimal hamartom tanısı onaylandı (Resim 4). Kontrol muayenelerinde patoloji izlenmedi. Kaburga çıkarılmasına bağlı oluşan skolyozun kontrollerde giderek azaldığı görüldü.

### Tartışma

GDMH birincil kemik tümörlerinin yaklaşık % 0,03'ünü oluşturur (4). Doğumsal bir tümördür. İngilizce literatürde bugüne kadar 70'den az olgu bildirilmiştir (1,4,6,7). Kitle (% 46'sında) ve solunum sıkıntısı olguların esas bulgu ve yakınmaları olmakla birlikte herhangi bir bulgu vermeyebilir. Erkek/kız oranı 2/1'dir. Sunulan olgunun kitle bulgusu dışında ek bulgu veya yakınması yoktu.

BT lezyonun tam yerleşim özelliklerini göstermesi, MR ise kitlenin yapısal özelliklerini daha iyi tanımlaması nedeni ile yapılmalıdır. BT'de lezyonun büyük kısmı göğüs boşluğunda olan, kaburga dışına da taşma gösteren, tuttuğu kısımdaki kaburgalarda zedelenme oluşturan multistik yapı görülür. MR incelemesinde ise kistik yapıların içeriği ve kıkırdak yağ dokusu tanımlamasını yapmak mümkündür (6). Sunulan olguda her iki incelemeye ait tanımlayıcı özellikler tespit edilmiştir.

Histopatolojik olarak kıkırdak doku, kan damarları ve enkonral ossifikasyon gösteren alanlardan oluşur. Ossifikasyon alanlarında kemik kistleri ve osteoklastik dev hücreler görülebilir (7). Olguda, tanımlanan histopatolojik bulguların tümü mevcuttu. Litera-

türde iğne ile aspirasyon biyopsisinin tanımlayıcı olduğu bildirilmesine karşılık olgudan alınan aspirasyon biyopsi örneğinde patolojik tanımlama mümkün olamamıştır (5).

GDMH, iyi huylu özellikler göstermekle birlikte yerleştiği yer itibarı ile kaburga çıkarılması ve geniş bir eksizyon gerektirmesi nedeni ile önemlidir. Yerleşim gösterdiği kaburga/kaburgalar ile birlikte bütünüyle çıkarma tedavi için yeterlidir (1,4). Radyoterapi veya kemoterapi eklemek gereksizdir. İyi huylu özellikler göstermesi nedeni ile Cameron ve ark. ameliyatsız yaklaşımla izlemi önermiş, ancak uzun süreli bir izlem gerektirmesi ve geç dönem sonuçları bilinmediğinden henüz yeterli kabul görmemiştir (2). Olguda tutulan kaburgalarla birlikte bütünüyle çıkarma tercih edildi.

Sonuç olarak, GDMH tanısında açık biyopsi tercih edilebilir. İyi huylu özellikler göstermekle birlikte özellikle arkaya doğru yerleşimli ise, rezeksiyon alanındaki göğüs duvarı eksikliği olmaktadır. Erken

yaşta ameliyat ve eksilen duvar alanına sentetik yama desteği ile skolyozu en aza indirmek mümkün olabilir.

### Kaynaklar

1. Andıran F, Çiftçi AO, Şenocak ME, et al: Chest wall hamartoma: an alarming chest lesion with a benign course. J Pediatr Surg 33:727, 1998
2. Cameron D, Ong TH, Borzi P: Conservative management of mesenchymal hamartomas of the chest wall. J Pediatr Surg 36:1346, 2001
3. Eskelinen M, Kosma VM, Vainio J: Mesenchymoma of the chest wall in children. Ann Thorac Surg 52:291, 1991
4. Göre O, Kılıçalp A, Başdemir G, et al: Cartilaginous hamartoma of the chest wall with secondary aneurysmal cyst-like areas in an infant. Case report. Turk J Pediatr 41:139, 1999
5. Nicholson SA, Hill DA, Foster KW, et al: Fine-needle aspiration cytology of mesenchymal hamartoma of the chest wall. Diagn Cytopathol 22:33, 2000
6. Noguez A, Gervas C, Onativia A, et al: Benign costal mesenchymal hamartoma in a neonate. Pediatr Radiol 33:221, 2003
7. Serrano-Egea A, Santoz-Briz A, Garcia-Munoz H, et al: Chest wall hamartoma. Report of two cases with secondary aneurysmal bone cysts. Pathol Res Pract 197:835, 2001