

# Ενδοβρογχικά λιπώματα

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Χ<sup>1</sup>, ΜΠΟΥΦΑΣ Δ<sup>1</sup>, ΚΥΘΡΕΩΤΗΣ Π<sup>2</sup>

<sup>1</sup>9η Πνευμονολογική Κλινική, <sup>2</sup>Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

## Περίληψη

Τα ενδοβρογχικά λιπώματα αποτελούν εξαιρετικά σπάνιες καλοήθεις κλινικοπαθολογοανατομικές οντότητες του πνεύμονα. Εμφανίζονται συχνότερα στους άνδρες, στο ύψος των τριών πρώτων διακλαδώσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλούν συμπτώματα όπως βήχα, αυξημένη απόχρεμψη, εμπύρετο, αιμόπτυση και δύσπνοια και συνήθως συνοδεύονται από ακτινολογικά ευρήματα. Υπόνοιες για τη φύση του όγκου μπορούν να τεθούν και από τον απεικονιστικό έλεγχο, αλλά η τελική διάγνωση χρειάζεται ιστολογική επιβεβαίωση. Για τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους εφαρμόζονται χειρουργικές και βρογχοσκοπικές μέθοδοι ή και συνδυασμός αυτών. Παρουσιάζεται σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καθώς και ακτινολογικές και βρογχοσκοπικές εικόνες από ασθενή της κλινικής μας.

**Λέξεις κλειδιά:** ενδοβρογχικό λίπωμα, ενδοβρογχική μάζα, βρογχοσκόπηση.

Τα ενδοβρογχικά λιπώματα αποτελούν εξαιρετικά σπάνιες καλοήθεις κλινικοπαθολογοανατομικές οντότητες, με συχνότητα από 0.1 έως 0.5% στο σύνολο των όγκων του πνεύμονα<sup>1,2,3,4</sup>. Εμφανίζονται συχνότερα στους άνδρες, στην ηλικία των 60 ± 11,4 ετών και συνήθως στον δεξιό πνεύμονα<sup>3</sup>. Το μέγεθός τους ποικίλει από 3 έως 65mm (20 ± 15mm)<sup>5</sup> και παρατηρούνται συχνότερα στο ύψος των τριών πρώτων διακλαδώσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου<sup>3</sup>.

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι για την ανάπτυξη των ενδοβρογχικών λιπωμάτων, το κάπνισμα και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες<sup>2,6</sup>, αλλά

δεν υπάρχουν θέσεις ομοφωνίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις (75%) τα ενδοβρογχικά λιπώματα προκαλούν συμπτώματα όπως βήχα, αυξημένη απόχρεμψη, εμπύρετο, αιμόπτυση και δύσπνοια, ενώ συχνά διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται λανθασμένα ως άσθμα ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια<sup>4,7</sup>. Συνήθως (80%) συνοδεύονται από ακτινολογικά ευρήματα τύπου πυκνοατελεκτασίας (εικόνα 1) και απώλειας όγκου πνεύμονα και σπανιότερα από ορατές μάζες ή σύστοιχες υπεζωκοτικές συλλογές<sup>3</sup>. Ο σπιρομετρικός έλεγχος συχνά παρουσιάζει ενδείξεις απόφραξης ανώτερων αεραγωγών<sup>4</sup>. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται και περιστατικό πολλαπλών αμφοτερόπλευρων λιπωμάτων<sup>8</sup>. Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει άλλες ενδοβρογχικές παθήσεις, όπως πρωτοπαθή και μεταστατικά καρκινώματα (μαστού, παχέος εντέρου, νεφρών, κεφαλής – τραχήλου), ενδοβρογχικές μυκητιάσεις και φυματίωση, λέμφωμα Hodgkin, πρωτοπαθές βρογχογενές μελάνωμα, βρογχολίθους και φλεγμονώδεις ψευδοπολύποδες<sup>9</sup>.

Υπόνοιες για τη φύση του όγκου μπορούν να τεθούν και από τον απεικονιστικό έλεγχο μέσω της CT θώρακος (εικόνας 2, 3), ενώ τελευταία χρησιμοποιείται και η MRI για το σκοπό αυτό<sup>3,10,11</sup>. Κατά τη βρογχοσκόπηση τα ενδοβρογχικά λιπώματα είναι συνήθως ορατά<sup>2</sup> και χαρακτηρίζονται από καλοήγη μορφολογία (εικόνας 4, 5).

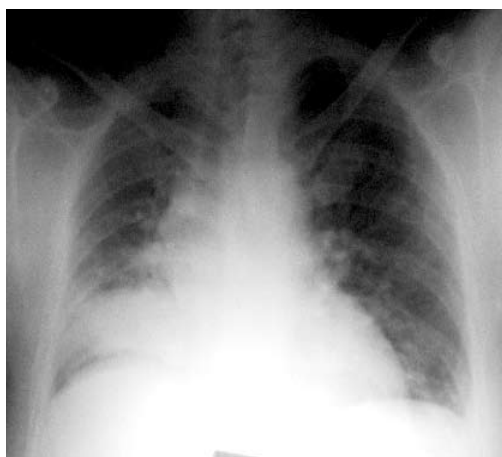
Τα περισσότερα ενδοβρογχικά λιπώματα αναπτύσσονται στην υποβληνογόνια στοιβάδα ενός κύριου ή λοβαίου βρόγχου, έχουν αναφερθεί όμως και περιπτώσεις ανάπτυξής τους υποϋπεζωκοτικά στο παρέγχυμα<sup>3</sup>.

Σε αρκετές περιπτώσεις η διάγνωση τίθεται μέσω μελέτης δειγμάτων από διαβρογχική βιοψία<sup>3</sup>, πιστεύεται όμως ότι η υποβληνογόνια ανάπτυξη του ενδοβρογχικού λιπώματος μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου αυτής<sup>6</sup>.

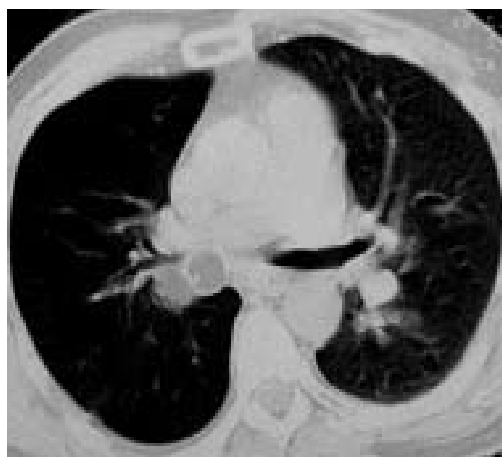
Επιπροσθέτως, οι υποτροπιάζουσες ⇨

⇨ση των Πνευμονολόγων. Αμέτρητες οι εκδόσεις, σεμινάρια, υποτροφίες και προγράμματα συνεχιζόμενης μετεκπαίδευσης. Υπήρξε προσπάθεια να αυξηθεί η Πνευμονολογία στα 6 χρόνια (με 2 χρόνια Παθολογία και 1 χρόνο Εντατική Θεραπεία), αλλά δεν πέτυχε. Κατά καιρούς η Ειδικότητα απειλήθηκε και από άλλους «φίλους», αλλά την κρατήσαμε ανεξάρτητη και «κύρια», γιατί δεν χρειάζεται δεκαπενταετία. Όλες οι Πανεπιστημιακές Κλινικές με μια και μοναδική εξαίρεση συνεργάστηκαν και τίμησαν τις προσπάθειές της. Μέσα από την Εταιρεία αναδείχθηκαν και εξαιρετικοί Πνευμονολόγοι από κρατικά Νοσοκομεία. Με υποτροφίες μετεκπαιδεύτηκαν εκτός Ελλάδος και ανέβασαν το επίπεδο της ειδικότητας σε όλη τη χώρα. Στην ομάδα των Καναδών ανήκε και ο Νίκος Σιαφάκας. Ανήσυχος, δραστήριος αλλά και μεθοδικός. Με τους παλαιότερους Φυματιολόγους τον συνέδεε και δεσμός αίματος. Ο πατέρας του, Μενέλαος Σιαφάκας, ήταν σύγχρονος με το Λιώκη Φυματιολόγος. Είχε εκτελέσει μεγάλο ιατρικό και κοινωνικό έργο, ιδιαίτερα στην περίοδο της κατοχής και του εμφυλίου. Όταν ήμουν εσωτερικός βοηθός στη Θεραπευτική κλινική, γνώρισα το Νίκο, νεαρό τότε ειδικευόμενο στην Παθολογία. Γίναμε φίλοι στις σκληρές εφημερίες και φίλοι πορευτήκαμε 30 χρόνια. Ποτέ δεν ανταλλάξαμε πικρή κουβέντα. Σε στιγμές δοκιμασίας και έντασης μου έλεγε: «και μόνο για τη μνήμη του πατέρα μου δεν έχω δικαίωμα να αποτύχω». Η άνοδος του Σιαφάκα προς την επιτυχία δεν ήταν δρόμος εύκολος. Πέρασε 5 χρόνια εξεδίκευσης σε 3 διαφορετικές χώρες και άφησε τη βοήθη του στον «Ευαγγελισμό» και το σπίτι του για να φτιάξει Πανεπιστημιακή Κλινική σε Περιφερειακό Πανεπιστήμιο. Με σκληρή εργασία και έργο που παρήγε στον τόπο του, αναδείχθηκε. Τίμησε και συνεργάστηκε με την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, αφού υπήρξε από τους κύριους συντελεστές της ανάπτυξης και της δράσης της. Σαν ερευνητής και ακαδημαϊκός δάσκαλος έγινε αξιόλογο μέλος της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Κοινότητας. Είναι τιμή σε κείνον, στη χώρα, αλλά και μεγάλη χαρά-ικανοποίηση σε μας, ότι εξελέγη πρόεδρος και στην Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία. Η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία γιορτάζει φέτος 40 χρόνια από την ίδρυσή της και θα τιμήσει την επέτειο ανάλογα. Ανάμεσα στο Λιώκη που έφυγε και στον Σιαφάκα που διακρίθηκε, τιμή μεγάλη στον ίδιο χρόνο, υπάρχει μια νοητή γραμμή που συνδέει τη Φυματιολογία με τη σύγχρονη Πνευμονολογία. Επάνω της κινήθηκε, αγωνίσθηκε, δικαιώθηκε ή και αδικήθηκε ένας ολόκληρος κόσμος των Ελλήνων Πνευμονολόγων-Φυματιολόγων που κρατά μνήμες και βιώματα ανιστόρητα. Σ' αυτό τον κόσμο αστρέφει τα μάτια του και ο αναγνώστης και ο τιμώμενος σήμερα καθηγητής. Με τη συγκίνηση εμφανή και την ικανοποίηση μεγάλη θέλω να συγχαρώ από καρδιάς το Νίκο Σιαφάκα. Η ομάδα των Καναδών εδώ και χρόνια σκόρπισε. Αν δεν είχε διαλυθεί θα κάναμε ένα καλό γλέντι, Νίκο.

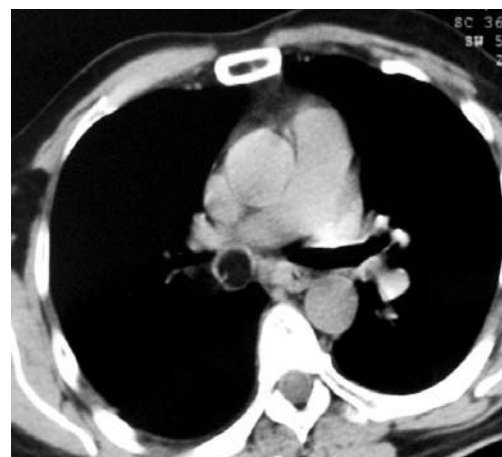
Για την επιτροπή Σύνταξης  
Αντώνης Ρασιδάκης



**Εικόνα 1.** α/α θώρακος: πικνοατελεκτασία δεξιού μέσου και κάτω λοβού από ενδοβρογχικό λίπωμα.



**Εικόνα 2.** CT θώρακος - Πνευμονικό παράθυρο: ενδοβρογχική μάζα πικνότητας λίπους που αποφράσσει το διάμεσο βρόγχο.



**Εικόνα 3.** CT θώρακος - Μεσοθωρακικό παράθυρο: ενδοβρογχική μάζα πικνότητας λίπους που αποφράσσει το διάμεσο βρόγχο.

αποφρακτικές πνευμονίες μπορεί να προκαλέσουν αρκετές κυτταρικές ατυπίες ικανές να υποδείξουν κακοήθεια στην κυτταρολογική μελέτη δειγμάτων από βούρτσισμα των όγκων αυτών<sup>12</sup>. Καθότι έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις ασθενών που πηλακώδη καρκινώματα συνόδευαν ή και συνυπήρχαν μέσα στον ίδιο τον όγκο του λιπώματος<sup>13,14,15,16,17</sup>, η τελική διάγνωση χρειάζεται ιστολογική επιβεβαίωση.

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ενδοβρογχικών λιπωμάτων εφαρμόζονται χειρουργικές και βρογχοσκοπικές μέθοδοι ή και συνδυασμός αυτών<sup>3</sup>. Εκτομές όγκων, τμημάτων ή πνευμόνων εφαρμόζονται κατά περίπτωση, η θεραπεία εκλογής όμως των ενδοβρογχικών λιπωμάτων είναι η βρογχοσκοπική αφαίρεση του όγκου με Nd-YAG laser, ηλεκτροκαυτηρίαση ή κρυοθεραπεία<sup>3,7,18,19</sup>, που παρουσιάζει απόλυτη επιτυχία, αν και αναφέρονται περιπτώσεις υποτροπής των λιπωμάτων<sup>20</sup>.

Η χειρουργική αφαίρεση των ενδοβρογχικών λιπωμάτων προτιμάται σε περίπτωση εκτεταμένης ιστικής βλάβης περιφερικά του όγκου, λόγω μακροχρόνιας ατελεκτασίας ή πνευμονίας, αμφιβολίας διάγνωσης και αδυναμίας αποκλεισμού της κακοήθειας, εξωαυλικής επέκτασης του όγκου ή υποϋπεζωκοτικής λιπωματώδους νόσου, ή και αναμενόμενης δυσκολίας στη βρογχοσκοπική αφαίρεση του όγκου λόγω της πολυδιάστατης ανάπτυξής του<sup>3</sup>.

## Abstract

The endobronchial lipomas indicate extremely rare benign pulmonary clinic-pathologic entities. They appear more frequently in men, located in the first three subdivisions of the tracheobronchial tree. In most cases they cause symptoms like coughing, increased expectoration, fever, hemoptysis and dyspnoea and usually are accompa-



**Εικόνα 4.** Βρογχοσκοπική εικόνα: ενδοβρογχική μάζα με κοκκιωματώδη επιφάνεια, ωχρού χρώματος, που αποφράσσει το διάμεσο βρόγχο και το στόμιο του δεξιού άνω λοβαίου βρόγχου σε αυτή τη φάση της εκπνοής.



**Εικόνα 5.** Βρογχοσκοπική εικόνα: η ίδια μάζα - κοντινή εικόνα.

nied by radiographical findings. Suspicions as to the nature of the tumor can arise also from the radiological control, but final diagnosis needs histological confirmation. Surgical and bronchoscopic methods, combined or not, are implemented in order to treat endobronchial lipomas.

This article demonstrates a brief bibliography review, as well as radiologic and bronchoscopic pictures from a patient of our department.

**Key words:** endobronchial lipoma, endobronchial tumor, bronchoscopy.

## Βιβλιογραφία

- Jensen MS, Petersen AH. Bronchial lipoma. Scand Thorac Cardiovasc Surg 1970; 4:131-134.
- Schraufnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. Chest 1979; 75:97-99.
- Masashi M, Tadayuki O, Shinji A, Takeshi N, Masachika I, Naofumi S, et al. Endobronchial lipoma - Review of 64 Cases Reported in Japan. Chest 2003; 123:293-296.
- Basoglu A, Celik B, Akdag AO, et al. Endobronchial lipoma: a rare case of bronchial obstruction. J ICVTS 2004; 3:263-264.
- Ishikawa N, Asakuma S, Kouji R, et al. A case of endobronchial lipoma. J Jpn Surg Assoc 1988; 43:1525-1528.
- Suzuki N, Takizawa H, Yamaguchi M, et al. A case of asymptomatic endobronchial lipoma followed for 4 years. Jpn J Thorac Dis 1992; 30:1879-1883.

- Huisman C, van Kralingen KW, Postmus PE, et al. Endobronchial lipoma: a series of three cases and the role of electrocautery. Respiration 2000; 67(6):689-692.
- Kokubu K, Sudo M, Bando T, et al. Multiple bronchial lipoma with Recklinghausen's disease. J Jpn Soc Bronchol 1989; 11(suppl):141.
- Magro CM, Ross PJr. Endobronchial mimics of primary endobronchial carcinoma: a clinical study of 25 cases. Can Respir J 2005; 12(3):123-127.
- Matsumura A, Monden Y, Nakahara K, et al. A case report of endobronchial lipoma resected by fiberoptic bronchoscopy. Haigan 1986; 26:433-438.
- Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, et al. Fat-containing lesions of the chest. Radiographics 2002; 22 Spec:61-78.
- Simmers TA, Jie C, Sie B. Endobronchial lipoma posing as carcinoma. Neth J Med 1997; 51:143-145.
- Shikanai T, Tazawa M, Tomichi N. A case of endobronchial lipoma. J Jpn Soc Bronchol 1989; 11:387-390.
- Watanabe T, Tsutahara S, Mizutani Y, et al. A combined case of squamous cell carcinoma and lipoma in the same tumor. J Jpn Soc Bronchol 1989; 11:100.
- Yokozaki M, Kodama T, Yokose T, et al. Endobronchial lipoma: a report of three cases. Jpn J Clin Oncol 1996; 26:53-57.
- Nomori H, Horio H, Suemasu K. Two-stage operation for endobronchial lipoma and lung cancer using bronchoscopy and thoracoscopy in an elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 1999; 47:567-569.
- Nagashima T, Fukui T, Tsukamoto R, et al. A case of lung cancer complicated with bronchial lipoma. Jpn J Thorac Dis 1980; 18:550.
- Adachi S, Takada Y, Watanabe H, et al. Endoscopic surgery for bronchial benign tumor. J Jpn Soc Bronchol 1984; 6:134.
- Franke KJ, Nilius G, Rüle KH. Cryorecanalization of an endobronchial lipoma. Pneumonologie 2005; 59(10):685-688.
- Chujo M, Miura T, Kawano Y, et al. Bronchial lipoma treated by surgical resection. Report of a case. Kyobu Geka 2007; 60(1):75-78.