

Skapulanın Toraks İçine Spontan Transpozisyonu

Spontaneous Intrathoracic Scapula Transpositio

Okan SOLAK¹, Atilla PEKÇOLAKLAR², Adnan SAYAR²,
Nur SOLMAZER³, Atilla GÜRSES²

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Göğüs Cerrahisi AD, Afyonkarahisar

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. I. Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Anestezi Kliniği, İstanbul

ÖZET: Rezeksiyon sonrası oluşan göğüs duvarı defektleri çeşitli sentetik materyaller ile stabil hale getirilebilmektedir. Ancak skapula altında kalan posterior lokalizasyonlu defektlerde rekonstruksiyona her zaman gerek olmamaktadır. Akciğerin sağ üst lobundan kaynaklanarak posterior göğüs duvarını invaze eden akciğer kanserli olgumuza sağ üst bilobektomi ve posterior 2,3,4,5. kotlarına parsiyel rezeksiyon yapıldı. Postoperatif sağ apikal poş ile 7.gün taburcu edildi. Ancak taburculuğunun 32. gününde omuz hareketlerinde azalma ve ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde sağ skapulanın 1/3 alt kısmının toraks içine girdiği gözlemlendi. Akciğer grafisinde skapulanın toraks içine girerek kısmen poş alanını doldurduğu ve akciğere bası yaptığı gözlemlendi. Skapulanın toraks içine girerek akciğeri tuzaklaması ve poş alanını doldurması çok nadir görülen komplikasyonlardır. **Anahtar Kelimeler:** Göğüs duvarı rezeksiyonu, skapula, transpozisyon

ABSTRACT: Chest wall defects are stabled with various kinds of synththetic materials. However, for the posteriorly located defects under the scapula, reconstruction is not always needed.

In our case with lung cancer originating from right upper lobe and invading posterior chest wall, right upper bilobectomy and partial resection of posterior 2nd, 3rd, 4th, 5th costas were performed. The patient was discharged on 7th day postoperatively with apical space. But the patient admitted to hospital with limitation of right shoulder movements and back pain on 32nd day postoperatively. On physical examination, we observed that scapula shifted into thorax. Lung X-ray revealed that right scapula had transposed into thorax filling a part of the the space and it trapped the lung. It is a rare complication that scapula invades into thorax trapping the lung and filling the space.

Key Words: Chest wall resection, scapula, transposition

GİRİŞ

Göğüs duvarı invazyonu ile seyreden akciğer kanserinde, göğüs duvarının komplet rezeksiyonu ile tedavi sağlanabilmektedir (1). Rezeksiyon sonrası oluşan göğüs duvarı defektleri çeşitli sentetik materyaller ile rekonstrükte edilebilmektedir (2). Ancak skapula altında kalan posterior lokalizasyondaki defektler için her zaman rekonstruksiyon gerekli olmamaktadır (2).

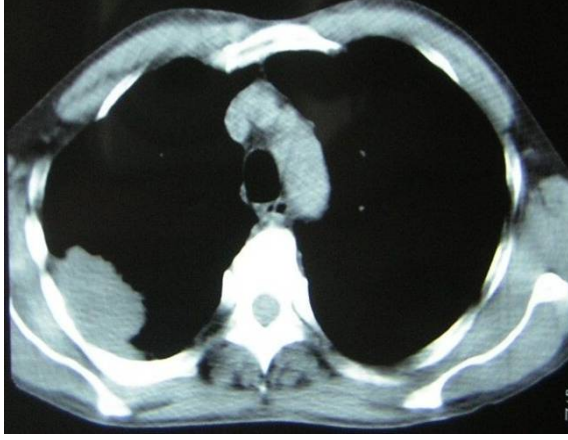
OLGU SUNUMU

56 yaşında, erkek hasta. Sağ sırt ve omuz ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ hemitoraks posterior üst zonda solunum sesleri

azalmış olarak duyuldu. Diğer sistem muayene bulgularında patolojik bulgu tespit edilmedi. 40 yıldır, günde 1 paket sigara içme alışkanlığı bulunan hastanın rutin biokimya çalışmalarında sedimentasyon yüksekliği haricinde patoloji belirlenmedi. Akciğer grafisinde sağ üst zonda kitle tespit edilen hasta, toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ile değerlendirildi. Toraks BT'de sağ üst lob posterior segment lokalizasyonlu ve göğüs duvarı posterior 2, 3. kotların komşuluğunda 5x4 cm boyutunda kitle gözlemlendi (Resim 1). Hastaya akciğer kanseri ön tanısıyla bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopi'de endobronşial lezyon izlenmedi. Transtorasik iğne aspirasyonu ile alınan biopsiyle, epidermoid karsinom tanısı raporlandı. Uzak metastaz araştırmalarında metastaz tespit edilmedi.

Evreleme amacıyla yapılan mediastinoskopide tüm superior mediastinal lenf nodları (no: 2,4,7 lenf nodları) örneklendi ve patolojik incelemesi 'N0' olarak raporlandı. Hastaya T3N0M0 (Evre IIB) preoperatif evre ile rezeksiyon amaçlı sağ

posterolateral torakotomi yapıldı. Sağ üst bilobektomi, posterior 2,3,4,5 kot parsiyel rezeksiyonu ve sistemik lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Skapula'nın altında kalan göğüs duvarı defekti için sentetik materyel kullanılarak rekonstruksiyon yapılmasına gerek görülmedi. Postoperatif sağ üst zonda poş gelişen hasta radyolojik takibe alınarak taburcu edildi. Postoperatif evresi T3N0M0 (cerrahi sınırlar tümörsüz) olan hastada onkolojik tedaviye gerek görülmedi.



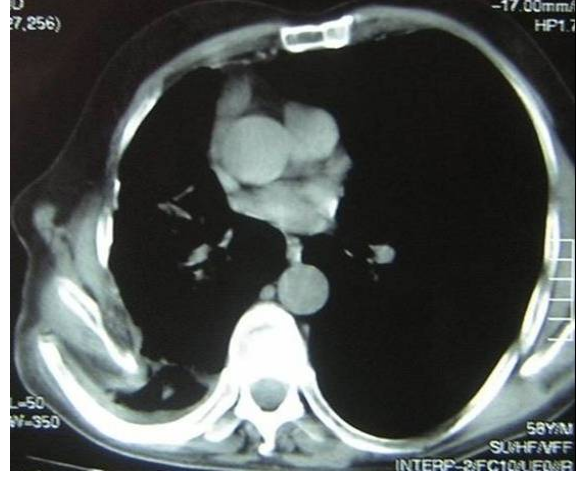
Resim 1. Preoperatif Toraks BT: Göğüs duvarı invazyonu yapan sağ üst lop tümör.



Resim 2. Postoperatif 32.gün fizik muayenede skapulanın toraks içine transpozisyonu.

POSTOPERATİF KOMPLİKASYON

Hastamız postoperatif 32. gün omuz hareketlerinde kısıtlılık ve sırt ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde skapula'nın göğüs içine doğru yer değiştirdiği görüldü ve hastanın kol hareket açısı sınırlı hale gelmişti (Resim 2). Akciğer grafisinde postoperatif erken dönemde gözlenen poşun kaybolduğu, sağ skapula'nın toraks içine transpoze olduğu gözlemlendi. Toraks BT'de skapula'nın akciğere kompresyon yaptığı ve toraks içine büyük bir kısmının girdiği gözlemlendi (Resim 3). Hastaya düzeltici operasyon önerildi ancak hasta kabul etmedi.



Resim 3. Postoperatif Toraks BT: Skapula toraks içine girerek akciğeri tuzaklamış

TARTIŞMA

Göğüs duvarı rezeksiyonunun dört major endikasyonu vardır: 1. Tümörler, 2. Radyasyon hasarı, 3. Göğüs duvarı enfeksiyonları, 4. Travma. Göğüs duvarı tümörleri nadir görülen tümörlerdir. Bu tümörlerin başarılı tedavisi, agresif cerrahi rezeksiyon ve göğüs duvarının tamiridir. Göğüs duvarı rezeksiyonunda en önemli tedaviyi komplet rezeksiyon sağlar (1). İnkomplet rezeksiyonlarda nüks çok kısa sürede gelişmektedir. Rezeksiyon uygulanırken minimal 4 cm'lik tümörsüz doku alınmalıdır. Bunun bir farklı uygulama şekli bir üst ve bir alt tümörsüz kotların çıkarılmasıdır (2).

Göğüs duvarı rezeksiyonu sonrası rekonstruksiyon gerektirmeyen durumlar: 1) Çapı 5 cm den küçük olan defektler 2) 1-2 kaburganın

parsiyel rezeksiyonu 3) Toraks apeksinde yapılan kosta rezeksiyonları 4) Subskapular bölgede kalan ve çapı 7 cm den küçük defektler 5) Yüksek posterolateral yerleşimli 10 cm çapından küçük defektler olarak tarif edilmiştir (2)

Olgumuzda, rezeksiyon sonrası oluşan göğüs duvarı defekti skapula'nın altında kalması ve defektin çapının 10 cm altında olması nedeniyle rekonstruksiyona gerek görülmedi. Ancak postoperatif 32. gün skapula'nın göğüs duvarı defektinden toraks içine transpoze olduğu gözlemlendi.

Postoperatif poş gelişen hastalarda, poş alanını küçültmek için mediastinal şift, diafragma evantrasyonu, kot aralıklarının daralması mekanizmaları spontan olarak işlemektedir. Çok sayıda hasta bildirimli serilerde, posterior göğüs duvarı defektinin skapulayla ilgili bir komplikasyonu bildirilmemekte ve standart olarak skapula altında kalan göğüs duvarı defektlerinde rekonstruksiyon önerilmektedir (3,4). Ancak göğüs duvarının stabil olmadığı düşünülen olgularda her zaman rekonstruksiyon önerilmektedir (4). Pnömonektomi sonrası veya parsiyel rezeksiyon sonrası postoperatif space kalma ihtimali olan hastalarda posterior göğüs duvarı rezeksiyonu sonrası göğüs duvarı stabil olmayacağı düşünülerek defektler rekonstrukt edilmebilir.

Posterior göğüs duvarı rezeksiyonlarında skapula alt ucu toraks içine girebilir ve 5. kosta takılıp geri çıkamayabilir. Bunun için 5. kotun parsiyel kesisi veya skapula alt ucun kesilmesi önerilir (2). Bizim olgumuzda 5. kot rezeksiyon sırasında çıkarılmıştı ve skapula alt ucu kesisine gerek kalmamıştı.

Skapulanın posterior göğüs duvarı rezeksiyonu sonrası toraks içine transpozisyonu nadir bir komplikasyondur. Hastada omuz ve kol hareket kısıtlılığına, akciğerin tuzaklanmasına ve toraks duvarı şekil ve fonksiyon bozukluğuna neden olmaktadır. Tedavi için, rekonstruksiyon ve göğüs duvarı defektinin sentetik materyal ile onarılması önerilir (2). Hastamıza rekonstruksiyona amaçlı cerrahi tedavi önerildi ancak hastamız önerilen tedaviyi kabulemedi.

Göğüs duvarı rezeksiyonu sonrası skapulanın toraks içine transpozisyonu geniş serilerde bildirilmemiş bir komplikasyondur. Posterior göğüs duvarı rezeksiyonu sonrası, böyle nadir bir komplikasyonun gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır

KAYNAKLAR

1. Pairilero PC. Chest wall reconstruction. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB; eds. General Thoracic Surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000: 599-608.
2. Graeber GM, Langenfeld J.: Chest wall resection and reconstruction. Advanced Therapy in Thoracic Surgery, B.C. Decker Inc. Hamilton, 1998, Bölüm 18s:175-185.
3. Mansour KA, Thourani VH, Losken A, Reeves JG, Miller JI Jr, Carlson GW, Jones GE. Chest wall resections and reconstruction: a 25-year experience. Ann Thorac Surg, 2002;73:1720-5.
4. Weyant MJ, Bains MS, Venkatraman E, et al. Results of chest wall resection and reconstruction with and without rigid prosthesis. Ann Thorac Surg, 2006;81:279-85.

