

NON-TRAVMATİK ŞİLOTORAKSLI OLGULARIMIZDA DENEYİMLERİMİZ

OUR EXPERIENCES IN CASES OF NON-TRAUMATIC CHYLOTHORAX

Şeyda ÖRS KAYA¹ Gökhan YUNCU¹ Serpil SEVİNÇ¹ Kenan Can CEYLAN²
Ahmet ÜÇVET² Şamil GÜNAY¹ Atilla ÖZENOĞLU¹

¹ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Denizli

² İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Anahtar sözcükler: Şilotoraks, plevral efüzyon

Key words: Chylothorax, pleural effusion

ÖZET

Bu çalışmanın amacı non-travmatik şilotorakslı olgularımızda etyoloji ve tedavi yöntemleri konusunda deneyimlerimizi tartışmaktır. Son 6 yılda, non-travmatik şilotorakslı 10 olgu şilotoraks nedeniyle tedavi edildi. Etiyoloji, tanı ve tedavi yöntemleri değerlendirildi. Bütün hastalarda ilk olarak kapalı göğüs drenajı ve total parenteral nutrisyon (TPN) ile konservatif tedaviye başlandı. Konservatif tedavi başarısız olduğunda cerrahi müdahale endikasyonu koyuldu. Şilotoraks etyolojisi 5 hastada ilerlemiş malignensi, 4 hastada cerrahiye sekonder iyatrojenik ve bir olguda ise idiopatikti. Konservatif tedavi 8 hastada başarılı olurken, 2 hasta şilotoraks nedeniyle opere edildi. Şilotoraks nadir fakat hayatı tehdit edici bir patolojidir. Öncelikle konservatif tedavi denenmelidir. Bu tedavinin başarısız olduğu, fazla miktarda kaçığı olan, özellikle etyolojisi iyatrojenik olan hastalarda cerrahi endikasyon koyulmalıdır.

GİRİŞ

Şilotoraks torasik duktus veya major dallarından birinden plevral aralığa fazla miktarda şilöz mayi kaçığı sonucu meydana gelir

SUMMARY

The purpose of this study is to analyze our experiences of chylothorax and chylothorax management. Last six years, 10 patients were treated for chylothorax successfully. Underlying aetiologies, surgical techniques and treatment modalities were evaluated. All patients were initially treated by closed thoracic tube drainage and total parenteral nutrition. When the conservative treatment was unsuccessful then surgical intervention was indicated. The aetiology of our chylothoraces was evaluated as tumor in 5 patients, surgical trauma in 4 patients and idiopathic in one patient. Conservative treatment was successful in 8 patients. Two patients underwent operation. Chylothorax is a rare but potentially life-threatening entity in thoracic surgery. Conservative therapy should be attempted first. However, it may be unsuccessful in patients with high flow leaks especially in patients with iatrogenic chylothoraces patients.

(1,2). Şilotoraks son derece nadir bir antitedir (3,4). Şilotoraks etyolojisi tümör, travma, idiopatik ve iyatrojenik olmak üzere 4 ana kategoride incelenebilir. Son yıllarda

pulmoner rezeksiyonların ve sistemik mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulamalarındaki artış ile birlikte cerrahi şilotoraks- ların sayısında artış görmekteyiz. Şilöz kayıp anlamlı beslenme, metabolik ve immünolojik sonuçlara yol açmaktadır (4). Bu nedenle tedavi edilmeyen olgularda mortalite kaçınılmazdır.

Bu çalışmada son 6 yılda şilotoraks tanısı koyulan ve tedavi edilen 10 hastanın etyoloji, tanı ve tedavi yönetimleri gözden geçirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1998'den Aralık 2004'e kadar, hastanelerimiz Göğüs Cerrahisi kliniklerinde 10 olgu non-travmatik şilotoraks nedeniyle tedavi edildi. Travmatik şilotoraks bu seriyeye dahil edilmedi. Bu olguların 8'i erkek, 2'si kadın olup yaş ortalamaları 46.7 idi. Bu hastaların yaş, cins, drenaj miktarları ve tedavi yöntemleri kayıtlardan yararlanılarak değerlendirildi.

Plevral efüzyonun süte benzeyen görünümü nedeniyle şilotorakstan kuşkulanıldı. Tanı, mayinin mikroskopik yağ partikülleri içermesi ve plazmaya göre daha yüksek miktarda yağ içeriği gösterilerek konuldu. Kolesterol ve trigliserit düzeyleri analiz edildiğinde kolesterol/trigliserit oranının 1 den küçük olması ve trigliserit düzeyinin 110 mg/ 100 ml üzerinde olması diğer kriterlerdi (1). Bütün hastalar öncelikle kapalı göğüs drenajı, oral beslenmenin kesilmesi ve TPN ile konservatif olarak tedavi edildi. Ekspansiyon güçlüğü olan olgulara torasik aspirasyon uygulandı.

İlk 5 gün 1500 ml/gün veya 2 hafta boyunca 500 ml/gün'den daha yüksek şilöz kaçak varsa konservatif tedavi başarısız olarak kabul edildi. Bu olgulara cerrahi girişim veya talk plöredez endikasyonu koyuldu.

Akciğer kanseri patolojik evrelemesi Mountain TNM sınıflamasına göre yapıldı.

İstatistiksel değerlendirmede tedavi yöntemleri arasındaki drenaj miktarları SPSS 11.0 istatistik programı ile student t testi kullanılarak değerlendirildi. p değeri, 0.05'den küçük değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Olgular etyolojilerine göre 5 olgu ilerlemiş bir malign hastalık, 4 olgu değişik cerrahi girişimler sonucu iyatrojenik ve bir olgu ise idiyopatik şilotoraks olarak sınıflandırıldı. Hasta karakteristikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Bir olguda tüberküloz ampiyem nedeniyle yapılan dekortikasyondan sonra şilotoraks gelişti ve bu olgu konservatif tedaviye cevap vermeyerek reopere edildi. Akciğer kanserli 2 olguda pnömonektomi (T3N0M0) ve 1 olguda lobektomi sonrası şilotoraks gelişti. Bu olgularda şilotoraks ipsilateral tarafta gelişmiş olup, postoperatif 2. gün tanı koyulmuştur. Bu olgularda sistematik lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştı. Pnömonektomili olgulardan biri konservatif tedaviye cevap vermeyerek reopere edildi. Bu olgu şilöz kaçak kesilmesine rağmen 18. gün fungal sepsis nedeniyle kaybedildi. Postoperatif şilotoraks gelişen iki olgudan ayrı olarak bir olgumuzda ise, lobektomi ve mediastinal lenf bezi diseksiyonu sırasında intraoperatif olarak ductus torasikusun dallarından birinde şilöz kaçak saptanmış ve kaçak yerine fibrin glue uygulaması yapılmıştı. İntraoperatif kaçak kesilmesine rağmen postoperatif 2. gün oral beslenme ile yeniden şilöz kaçak başlamış ve konservatif tedavi ile şilotoraks başarı ile tedavi edilmiştir.

Beş olguda şilotoraksın nedeni anrezektabl akciğer kanseri veya non-Hodgkin lenfomaydı.

Tablo 1. Şilotorakslı olgu verileri.

No	Yaş/cins	Yer	Etyoloji	Tedavi
<u>İyatrojenik</u>				
1	62/E	sağ	sağ pnömonektomi	konservatif
2	49/E	sağ	sağ pnömonektomi	cerrahi
3	49/E	sol	sol üst lobektomi	konservatif
4	26/K	sol	dekortikasyon	cerrahi
<u>Malignite</u>				
5	65/E	sağ	küçük hücreli akc ca*	talk plöredez
6	57/E	sağ	akc adeno ca*	talk plöredez
7	64/E	sol	akc adeno ca*	konservatif
8	12/K	sağ	Lenfoma	konservatif
9	45/E	sol	Lenfoma	konservatif
10	38/E	sağ	İdiyopatik	konservatif

* akc ca: Akciğer kanseri.

Olguların üçünde konservatif tedavi yeterli olurken iki olguda 14 günlük konservatif tedavinin başarısız olması sonucu talk plöredez uygulanmıştır.

Bir olguda ise şilotoraksa yol açan herhangi bir travma ya da predispozan bir hastalık saptanmayarak idiyopatik şilotoraks olarak değerlendirildi ve konservatif olarak başarı ile tedavi edildi.

Toplam şilöz drenaj miktarı konservatif grupta 6220 ± 1386 ml, cerrahi grupta ise 8475 ± 3641 ml idi ($p > 0.05$). Drenaj süreleri konservatif grupta 9-18 (ortalama 14.2 gün) iken cerrahi grupta 14-18 (ortalama 15.6 gün) gündü.

Toplam iki olguya şilotoraks nedeniyle re-torakotomi yapıldı. Operasyon başlangıcında nazogastrik tüp ile zeytinyağı veya krema verilerek operasyon esnasında şilöz kaçak yeri saptanarak, duktus torasikus ligatüre edildi. Operasyon sonrası kaçak tamamen kesildi.

Bu seride fungal sepsis nedeniyle bir olguda mortalite gelişti (%10).

TARTIŞMA

Şilotoraks göğüs cerrahları tarafından iyi bilinen ancak nadir bir patolojidir. İyatrojenik şilotoraks dışındaki nedenlere bağlı şilotoraks literatürde genellikle olgu sunumu şeklinde bildirilmektedir. Ancak günümüzde akciğer kanseri nedeniyle yapılan rezeksiyonlarda sistematik lenf nodu diseksiyonu yapan kliniklerin artması ile birlikte postoperatif şilotoraks bildirilerinin arttığını gözlemekteyiz (5,6,7). Biz de son yıllarda departmanlarımızda lenf nodu örneklemesinden sistematik mediasten diseksiyonuna geçtikten sonra postoperatif şilotorakslarla karşılaşmaya başladık. Lenf nodu örneklemesi yaparken şilotoraks komplikasyonumuz olmamıştı. Bizim şilotoraks insidansımız akciğer rezeksiyonuna giden 468 hastada 3 idi (%0.6). Postoperatif şilotoraks prevalansı %0.2-4 arasında olup, Vallieres ve ark. (9) %0.5, Shimizu ve ark. (10) bu oranı %2.4 olarak bildirmiştir. Bu yazarlar da şilotoraks oranlarının yüksekliğini sistematik lenf nodu diseksiyonu ile açıklamaktadırlar. Özellikle 7. ve 8. istasyonlardaki lenf bezi diseksiyonuna dikkat edilmesi gerektiğini

düşünüyoruz. Aynı ca o perasyonda kanama ve hava kaçağı kontrolüne verilen önem kadar olası bir şilöz kaçağın da dikkatle araştırılması gerektiği kanaatindeyiz.

Ayrıca bu seride bir olguda dekortikasyon ameliyatından sonra şilotoraks gelişmiş olup benzer bir olgu daha önce literatürde bildirilmemiştir. Bu olgu tüberküloz plörit nedeniyle opere edilen ve mediastene sıkı yapışıklık gösteren bir olguydu. Şilotoraks tedavisinde parietal plörektominin yerinin olduğunun bilinmesine karşın dekortikasyon sonucu şilotoraks gelişen bu olgu dikkat çekicidir.

Şilotoraks tedavisi konservatif ve cerrahi olarak ikiye ayrılır. Konservatif tedavi efektif bir tüp drenaj yoluyla akciğerin expanse edilmesi temeline dayanır. Oral beslenme kesilir ve TPN başlanır. Burada önemli olan drenaj miktarı ve süresi gözönünde bulundurularak cerrahinin zamanlamasının yapılmasıdır. Bazı yazarlar konservatif tedavinin 14 günle sınırlandırılmasını önerirken (2) biz de bu sürenin şilöz kaçak miktarına göre 2-3 haftaya kadar uzatılabileceğini öneren yazarlara katılıyoruz (1). İlk 5 gün 1500 ml/gün veya 2 hafta boyunca 500 ml/gün den daha yüksek şilöz kaçak varsa konservatif tedavi başarısız olarak kabul edilerek torakotomi planlandı.

Fahimi ve ark. (5) postoperatif şilotoraksta video yardımcı torakoskopik cerrahinin (VATS)

erken dönemde kullanımını önermektedirler. Önümüzdeki yıllarda şilotoraks tedavi yönetiminde VATS'ın kullanımının deneyimlerin artması ile yaygınlaşacağı kanısındayız. Cerrahi girişim öncesi lenfografi ile şilöz kaçağın yerinin tespitini öneren yazarlar olmakla beraber biz operasyondan önce verilen zeytinyağı veya kremanın şilöz kaçağın yerini belirlemede yeterli olduğuna inanmaktayız (11).

Kimyasal plöredesis şilotoraks tedavisinde kullanılabilir (1,2,4,5). Biz kimyasal plöredeste talk kullanıyor ve bu yöntemi cerrahiye kontrendike olgular ile malignensiye bağlı şilotorakslarda tercih ediyoruz.

Literatürde fibrin glue ile başarılı bir şekilde tedavi bildirilmesine rağmen bizim uyguladığımız bir olguda başarılı olunamamıştır (12,13).

Sonuç olarak bu seride konservatif tedavinin büyük oranda yeterli olduğu gözlenmiştir. Sistemik lenf bezi diseksiyonu uygulanan olgularda şilotoraks riskinin artabileceği göz önünde bulundurularak, bu olgular drenaj miktarı ve sıvı görünümü açısından dikkatle takip edilmelidir. Cerrahi olarak tedavi edilen olgularımızın iyatrojenik etyolojiye sahip olduğu görülmüştür. Özellikle bu grupta drenaj miktarı ve süresi titizlikle göz önünde bulundurularak cerrahi tedavide geç kalınmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Miller JI. Anatomy of the thoracic duct and chylothorax. In: Shields TW, LoCicero JIII, Ponn RB, eds. General thoracic surgery 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000; 747-56.
2. Demircan S, Kurul İ.C. Şilotoraks. Ökten İ. (ed). Göğüs Cerrahisi. Ankara: Sim Matbaacılık; 2003: 817-23.
3. Fogli L, Gorini P, Belcastro S. Conservative management of traumatic chylothorax: a case report. Intensive Care Med 1993; 19: 176-7.
4. Chinnock BF. Chylothorax: case report and review of the literature. J Emerg Med 2003; 24: 259-62.
5. Fahimi H, Casselman FP, Mariani M, et al. Current management of postoperative chylothorax. Ann Thorac Surg 2001; 71: 448-51.
6. Barthes FLP, D'Attellis N, Dujon A, et al. Chylothorax complicating pulmonary resection. Ann Thorac Surg 2002; 73: 1714-9.
7. Metin M, Sayar A, Kutlu CA, et al. Travmatik

- şilotoraks ve tedavi seçenekleri. Solunum Hastalıkları 1998; 9(2): 333-9.
8. Cerfolio RJ, Allen MS, Deschamps C, et al. Postoperative chylothorax. J Thorac Cardiovasc Surg 1996;112:1361-5.
9. Vallieres E, Shamji FM, Todd TR. Postpneumonectomy chylothorax. Ann Thorac Surg 1993; 55: 1006-8.
10. Shimizu K, Yoshida J, Nishimura M, et al. Treatment strategy for chylothorax after pulmonary resection and lymph node dissection for lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 124: 499-502.
11. Sachs PB, Zelch MG, Rice TW, et al. Diagnosis and localization of laceration of the thoracic duct: usefulness of lymphangiography and CT. Am J of Roentgen 1991; 157: 703-5.
12. Akaogi E, Mitsui K, Sohara Y, et al. Treatment of postoperative chylothorax with intrapleural fibrin glue. Ann Thorac Surg 1989; 48: 116-8.
13. Shirai T, Amano J, Tabake K. Thoracoscopic diagnosis and treatment of chylothorax after pneumonectomy. Ann Thorac Surg 1991; 52: 306-7.

Yazışma Adresi:

Dr. Kenan Can CEYLAN

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göğüs Cerrahisi Kliniği, Yenışehir/İZMİR

Tel iş: 0 232 433 33 33

GSM : 0 505 349 54 46

E-mail: kcanceylan2045@yahoo.com
