

BRONŞEKTAZİDE UZUN DÖNEM CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI: HASTALARIN DÜŞÜNCELERİ NEDİR?

LONG-TERM SURGICAL RESULTS IN BRONCHIECTASIS: WHAT ARE THE THOUGHTS OF PATIENTS?

Ali ÖZDİL

Kutsal TURHAN

Alpaslan ÇAKAN

Ufuk ÇAĞIRICI

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Anahtar sözcükler: Bronşektazi, cerrahi, hasta memnuniyeti

Key words: Bronchiectasis, surgery, patient's satisfaction

ÖZET

Bronşektazi kronik nekrotizan enfeksiyona bağlı olarak bronşların irreverzibl dilatasyonudur. Uygun olgularda cerrahi tedavinin sonuçları tıbbi tedaviye oranla daha iyidir. Bu çalışmada, bronşektazi tanısıyla opere ettiğimiz olguların memnuniyet düzeylerinin ve postoperatif uzun dönem sonuçlarımızın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kliniğimizde son 10 yıllık süre içinde, bronşektazi tanısıyla rezeksiyon uygulanan 26 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Olgulardan telefonla ulaşılabilen 22'sine cerrahi tedaviden memnun olup olmadıkları ve yakınmalarının nasıl değiştiğini sorgulayan anket uygulandı.

Olguların yaş ortalaması 39.1 ± 11.8 (30-64) olup 19'u (%73) kadın, yedisi (%27) erkekti. En sık izlenen yakınmalar, bol ve kötü kokulu balgam çıkarma (%69.2), hemoptizi (%42.3) ve öksürük (%38.5) idi. Preoperatif dönemde tümü göğüs bilgisayarlı tomografisi ile değerlendirilen hastalardan 17'sine (%65.4) lobektomi, yedisine (%27.0) lobektomi ve segmentektomi, birine (%3.8) bilobektomi ve birine (%3.8) segmentektomi uygulanmıştı. Anket uygulanabilen 22 olgunun 11'i (%50.0) yakınmalarının tamamen ortadan kalktığını, 10'u (%45.5) belirgin şekilde azaldığını belirtirken; Kartagener sendromlu hasta (%4.5)

SUMMARY

Bronchiectasis is irreversible dilatation of bronchi leading to chronic necrotizing infections. In eligible patients, the results of surgical treatment are better than medical therapy. The aim of this study is to present long-term surgical results and satisfaction of our patients who underwent surgical resection with bronchiectasis.

We reviewed retrospectively the medical records of 26 patients who underwent resection for bronchiectasis in our clinic during the last ten years. A questionnaire, which interrogate the satisfaction of patients about surgical treatment and the changes in their symptoms, is applied to 22 patients whom were contacted with a telephone calling.

The average age was 39.1 ± 11.8 (30-64) and there were 19 (73%) female, 7 (27%) male patients. The frequent symptoms were expectoration of abundant and foul-smelling sputum (69.2%), hemoptysis (42.3%) and cough (38.5%). All of the patients evaluated with chest computed tomography preoperatively. Seventeen patients (65.4%) had a lobectomy, seven (27.0%) had a combined lobectomy and segmentectomy, one (3.8%) had a bilobectomy and one (3.8%) had a segmentectomy. Eleven of 22 (50%) patients who were applied a questionnaire defined that they haven't any symptoms no longer, 10 (45.5%) stated that their symptoms diminished prominently and the patient with Kartagener

değişiklik olmadığını ifade etti. Son olgu dışındaki tüm hastalar, tekrar karar vermeleri gerekirse yine cerrahi tedaviyi seçeceklerini belirttiler.

Bronşektazili hastaların çoğunda cerrahi tedavi semptomları belirgin olarak ortadan kaldırmaktadır. Semptomların tamamen düzeltilmesi için tüm bronşektatik bölgeler rezeke edilmelidir.

GİRİŞ

Günümüzde, akciğer enfeksiyonlarında uygun antibiyotiklerin kullanımıyla bronşektazi prevalansı azalmakta ve erken dönemdeki hastalar konservatif yöntemlerle başarıyla tedavi edilebilmektedir (1). Konjenital ve immün patolojiler dışında, tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı olgularda cerrahi tedavi gerekmektedir. Bronşektazinin ileri dönemlerindeki mortalite uygun tıbbi tedavi ile %19-31 arasında iken, cerrahi tedaviyle %2-8'e düşmektedir (2). Cerrahi tedavinin üç temel ilkesi bulunmaktadır; hastalık ünilateral ve segmental olmalı, uygulanacak işlemle tüm bronşektatik alanlar rezeke edilebilmesi ve tam rezeksiyonla nüks önlenmelidir (3). Bilateral ancak lokalize hastalığı olanlarda da cerrahi tedavi uygulanabilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde Aralık 1996 - Aralık 2006 tarihleri arasındaki on yıllık süre içinde, bronşektazi tanısıyla cerrahi tedavi uyguladığımız 26 hasta incelendi. Olgular yaş, cinsiyet, preoperatif yakınmalar ve süresi, uygulanan operasyon ve postoperatif komplikasyonlar yönünden retrospektif olarak incelendi.

Opere edilen hastalardan telefonla ulaşılabilen 22'sine (%84.6) geçirmiş oldukları ameliyatın fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmeleri amacıyla anket uygulandı. Anketin ilk bölümünde, yakınmaları açısından pre ve postoperatif durumlarını kıyaslamaları

syndrome (4.5%) defined that there have been no change in the symptoms. If they have to decide again, all patients except the last one emphasized that preferring the surgical treatment.

Surgical treatment of bronchiectasis markedly improves symptoms in most of the patients. For the complete control of symptoms, all bronchiectatic sites must be resected.

istendi. Bunun için üç alternatif yanıt sunuldu: a) yakınmalarım tamamen ortadan kalktı, b) yakınmalarım belirgin şekilde azaldı, c) yakınmalarımda değişiklik olmadı. Anketin son bölümünde, hastalara bu cerrahi deneyimden sonra, tekrar karar vermeleri gerekirse cerrahi tedaviyi seçip seçmeyecekleri soruldu.

BULGULAR

Yaş ortalaması 39.1±11.8 (30-64) olan 26 olgunun 19'u (%73) kadın, yedisi (%27) erkekti. Başvuru yakınmaları değerlendirildiğinde, en sık izlenenler bol ve kötü kokulu balgam çıkarma (%69.2), hemoptizi (%42.3) ve öksürük (%38.5) idi. Hastaların ilk yakınmalarının ortaya çıkıp tıbbi tedavi başlamasından, kliniğimize başvurmalarına kadar geçen süre ortalaması 9.8 ± 2.1 (0.1 - 40) yıl idi.

Tablo 1. Uygulanan rezeksiyonların dağılımı.

Rezeksiyon	Sayı	%
Sol alt lobektomi	12	46.10
Sol alt lobektomi ve lingulektomi	7	26.95
Sağ orta lobektomi	2	7.70
Sağ üst lobektomi	1	3.85
Sağ alt lobektomi	1	3.85
Sağ inferior bilobektomi	1	3.85
Sol orta lobektomi (Kartagener send)	1	3.85
Lingulektomi	1	3.85
Toplam	26	100



Şekil 1. Hastaların postoperatif yakınma dağılımı.

Preoperatif dönemde olguların hepsi göğüs bilgisayarlı tomografisi ile değerlendirilmiştir. En sık izlenen radyolojik bulgu bronşların kistik dilatasyonu idi. En sık etkilenen lobun sol akciğer alt lob olduğu (19 olgu-%73) saptandı. Kartagener sendromlu olgunun tomografisinde situs inversus belirlenmişti.

Hastaların tümü genel anestezi altında fleksible bronkoskopi eşliğinde çift lümenli entübasyon tüpüyle entübe edilmiş ve posterolateral torakotomi uygulanmıştı. Olguların 17'sine (%65.35) lobektomi, yedisine (%26.95) lobektomi ve segmentektomi, birine (%3.85) bilobektomi ve birine (%3.85) segmentektomi uygulanmıştı (Tablo 1). Kartagener sendromlu hasta dışındaki olguların hepsinde (%96) preoperatif radyolojik incelemeyle saptanan bronşektatik alanların tamamı rezekt edilmişti.

Olguların 6'sında (%23) postoperatif komplikasyon gelişmişti. Bu komplikasyonların üçü ekspansiyon kusuru, ikisi bronkoskopik aspirasyon gerektiren atelektazi ve biri total parenteral nutrisyon uygulamasıyla düzeltilen şilotoraks idi. Postoperatif ortalama izlem süresi 62.0 ± 6.8 (4-117) ay olan bu seride mortaliteye rastlanmadı.

Opere edilen 26 hastadan 22'sine (%84.6) telefonla ulaşıp anket uygulandı. İletişim kurulan olguların 11'i (%50.0) yakınmalarının tamamen ortadan kalktığını, 10'u (%45.5) belirgin şekilde azaldığını belirtirken; Karta-

gener sendromlu hasta (%4.5) yakınmalarında değişiklik olmadığını ifade etti (Şekil 1). Kartagener sendromlu olgu dışında, ameliyat öncesinde farklı sürelerde, değişik tıbbi tedaviler uygulanan hastaların tümü (%95.5) bugün tekrar karar vermeleri gerekse yine cerrahi tedaviyi seçeceklerini belirttiler.

TARTIŞMA

Akciğer enfeksiyonlarında uygun antibiyotiklerin kullanımıyla bronşektaziye artık daha az rastlanmakta ise de, gelişmekte olan ülkelerde hastalık hala önemini korumaktadır (4). Bronşektazideki başlıca semptomlar kronik öksürük, bol ve pürülan balgam çıkarma ve hemoptizidir (5, 6). Serimizdeki hastalarda da, en sık bol ve kötü kokulu balgam çıkarma (%69.2) olmak üzere benzer semptomlar izlenmiştir.

Kutlay ve ark. (1), Prieto ve ark. (2) ile Balkanlı ve ark. (6)'nın serilerinde, yakınmaların başlangıcından cerrahi tedaviye kadar geçen zaman 2-5.7 yıl arasında değişmekte iken, bu süre çalışmamızda ortalama 9.8 ± 2.1 yıl olarak bulundu. Bu farklılığın, serimizde çocuk yaş grubunda hasta olmasından ve erişkinlerin de yakınmalarını çok önemli bulmamasından kaynaklanabileceği kanısındayız.

Bronşektazi tanısı için eskiden bronkografi yapılırken, günümüzde bunun yerini göğüs yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisi

(YRBT) almıştır (7-9). Tüm olgularımız pre-operatif dönemde göğüs YRBT ile değerlendirilmiş, radyolojik veriler intraoperatif bulgularla karşılaştırıldığında, bronşektatik alanların birebir aynı lokalizasyon ve özellikte olduğu izlenmişti. Literatürde belirtildiği gibi, göğüs bilgisayarlı tomografisinin bronşektazili hastaların tanı ve değerlendirilmesinde uygun ve tek başına yeterli bir yöntem olduğunu söyleyebilmekteyiz (1,7-9).

Serimizdeki olguların çoğundaki bronşektazi, diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi, alt lob ve lingula lokalizasyonlu idi. Buna bağlı olarak uygulanan cerrahi girişimlerin çoğunluğunu da sol alt lobektomi ve bu lobektomiyle birlikte yapılan lingulektomi oluşturmaktaydı (1,5-9). Hastalarımızda da en sık etkilenen lobun sol akciğer alt lob olduğu (19 olgu-%73) saptandı.

Bronşektazinin cerrahi tedavisindeki amaç saptanan tüm bronşektatik alanların rezeksiyonu ile hastaların asemptomatik hale getirilmesidir (1-4,6). Çalışmamızda Kartagener sendromlu olgu dışındaki tüm hastalarda (%96) bu amaç gerçekleştirilmişti. Bol ve kötü kokulu balgam çıkarma yakınması nedeniyle, sosyal yaşamdan izole şekilde hayatını sürdüren Kartagener sendromlu olguya, operasyondan önce yapılacak cerrahi girişimin palyatif olacağı belirtilmişti. Preoperatif bronkoskopide en çok pürülan sekresyonun geldiği lob rezeke edilerek, hasta yakınmalarının biraz olsun azaltılabilmesi ve sosyalle olabilmeleri amaçlanmıştı.

Yirmialtı hastamızın altısında (%23) gelişen postoperatif komplikasyon, literatürde belirtilen (1,2,9) %9.4-24.6 oranının üst sınırına yakın bulunmuştur. Bunu serimizdeki olguların yaş ortalamasının yüksekliğine ve yakınma başlangıcından operasyona kadar geçen sürenin uzun olmasına, dolayısıyla kronik

enfeksiyonun daha uzun bir süre akciğer dokusunu etkilemiş olmasına bağlıyoruz.

Literatürde cerrahi tedavi sonrası postoperatif yakınma değişiklik oranları şeklinde bildirilen, "tamamen ortadan kalkma" %45-79, "belirgin azalma" %12-38 ve "değişiklik olmaması" %4-16 oranları (2,6,9); serimizde sırasıyla %50, %45.5 ve %4.5 olarak saptanmıştı. Operasyonun başarısını sorgulamadaki subjektif yollardan bir diğeri olan, "tekrar karar vermeleri gerekse, yine cerrahi tedaviyi seçip seçmeyecekleri" sorusuna yanıtı oluşturan hasta memnuniyeti ise çalışmamızdaki olgularda %95.5 bulunmuştu. Çıkarttığımız önemli sonuçlardan başka birisi de, gerek geçirilen torakotominin postoperatif bilinen sıkıntıları, gerekse komplikasyon gelişen altı olguda yatış süresinin uzamasına rağmen; Kartagener sendromlu hasta dışındada, kendilerine ulaşabildiğimiz tüm olguların "bugün bile olsa yine operasyon kararı vereceklerini" bildirmeleridir.

Bu çalışmada yalnızca cerrahi tedavi uygulanan olguların memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır. Doğaldır ki, bu hastalık nedeniyle tıbbi tedavi görenlerin de memnuniyetleri söz konusudur. Göğüs cerrahisi kliniği tarafından gerçekleştirilen bu araştırmada, sadece opere edilen olguların medikal verilerine sahip olduğumuzdan ve bronşektazili olguların tıbbi tedaviyle izlem altında tutan bir klinik olmamamız nedeniyle, bu karşılaştırma yapılamamıştır.

Sonuç olarak bronşektazide cerrahi tedavi, uygun seçilmiş ve bronşektatik alanların tamamıyla rezeke edilebildiği olgularda, kabul edilebilir morbidite ile yüksek hasta memnuniyeti sağlayan başarılı bir yöntemdir. Konjenital ve immün patolojilerin sebep olduğu bilateral ve diffüz bronşektaziler ile erken evredeki olgular dışında; kronik enfeksiyonların yarattığı duvar des trüksiyonuyla bronş-

ların irreverzibl dilatasyonu şeklinde tanımlanan bronşektazinin tedavisinde cerrahi

dışı yöntemler, ilk seçilecek tedavi yöntemi olmakla beraber, palyatif kabul edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kutlay H, Cangır AK, Enön S, Şahin E, Akal M, Güngör A, Özdemir N, Kavukçu Ş. Surgical treatment in bronchiectasis: analysis of 166 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 21: 634-7.
2. Prieto D, Bernardo J, Matos JM, Eugenio L, Antunes M. Surgery for bronchiectasis. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 20: 19-24.
3. Miller JI. Bacterial infections of the lungs and bronchial compressive disorders. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, Rusch VW (eds). *General thoracic surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 1219-21.
4. Agasthian T, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Pairolero PC. Surgical management of bronchiectasis. *Ann Thorac Surg* 1996; 62: 976-8.
5. Yıldızeli B, Yüksel M. Pnömoni, akciğer absesi ve bronşektazi. Yüksel M, Kalaycı G (ed). *Göğüs Cerrahisi*. İstanbul: Bilmedya Grup; 2001: 668-74.
6. Balkanlı K, Genç O, Dakak M, Gürkök S, Gözübüyük A, Çaylak H, Yücel O. Surgical management of bronchiectasis: analysis and short term results in 238 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 24: 699-702.
7. Doğan R, Alp M, Kaya S, Ayrancıoğlu K, Taştepe İ, Ünlü M, Çetin G. Surgical treatment of bronchiectasis: a collective review of 487 cases. *Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 37: 183-6.
8. Tireli E, Barlas S, Akaslan İ, Toker A, Rahimi M, Dayıoğlu E, Barlas C. Bronşektazi tanı ve tedavisindeki görüşlerimiz. *GKD Cer Derg* 1994; 2: 385-7.
9. Fujimoto T, Hillejan L, Stamatis G. Current strategy for surgical management of bronchiectasis. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 1711-5.

Yazışma Adresi:

Dr. Ali ÖZDİL
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 49 19
Faks: 0 232 390 46 81
e-posta: dr_aliozdil@yahoo.com
