

BİLATERAL VIDEOTORAKOSKOPIK CERRAHİ İLE REZEKE EDİLEN BRONŞEKTAZİ OLGUSU

BRONCHIECTASIS CASE ABOUT RESECTION WITH SURGICAL BILATERAL VIDEOTHORACOSCOPIC

Ümit AYDOĞMUS², Erhan UĞURLU¹, Figen TÜRK²,
Gökhan YÜNCÜ³

¹Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları, denizli, Türkiye

²Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi, denizli, Türkiye

³Liv Hospital, Göğüs Cerrahisi, istanbul, Türkiye

Anahtar sözcükler: Bronşektazi, videotorakoskopik cerrahi, rezeksiyon

Key words: Bronchiectasis, videothoracoscopic surgery, resection

Geliş tarihi: 11 / 12 / 2015

Kabul tarihi: 24 / 12 / 2015

ÖZET

Bronşların anormal ve kalıcı genişlemesi olan bronşektazi de tedavi hastalığın yaygınlığına, etiolojisine ve anormalliğin tipine göre değişmektedir. Burada bilateral ardışık videotorakoskopik cerrahi (VYGC) uygulanan bir bronşektazi olgusu sunulmuştur. Toraks tomografisinde: "Sağ akciğer orta lob medial segmentte ve sol akciğer lingular segmentte tübüler ve variköz bronşektaziler, sol alt lob mediobazal, posterobazal ve laterobazal segment bronşlarında variköz ve tübüler bronşektazik alanlar izlendi". Üç port insizyonla sağ orta lobektomi yapıldı. Yirmi yedinci günde sol VYGC yapıldı. Üç port insizyonla önce sol lingulektomi tamamlandı, sonrasında alt superior segment korunarak alt lob common bazal segmentektomi uygulandı. VYGC, bilateral cerrahi girişim arasındaki süreyi kısaltması, postoperatif derlenme hızının çabuk olması, kronik ağrı probleminin daha az olması nedeniyle, uygun hastalarda tercih edilebilir.

SUMMARY

Treatment of abnormal and permanent expansion of bronchia in the case of bronchiectasis varies according to the prevalence and etiology of the disease, and type of abnormality. In this study, case of bronchiectasis with videothoracoscopic consecutive bilateral surgery is performed. In the thoracic computerized tomography, tubular and varicose bronchiectasis were observed in the medial segment of the middle lobe of the right lung and lingular segment of the left lung, and also varicose and tubular bronchiectatic areas were found in the mediobazal, posterobasal and laterobasal segment bronchus of the left inferior lobe. Right middle lobectomy was performed by three port incision. On day 27, left videothoracoscopic consecutive bilateral surgery was performed. Left lingulectomy was completed with three port incision, and then it has been performed lower lobe common basal segmentectomy while maintaining lower superior segment. For appropriate patients, VYGC can be preferable, because of shorter time of bilateral surgery, rapid postoperative recovery, and less chronic pain problems.

GİRİŞ

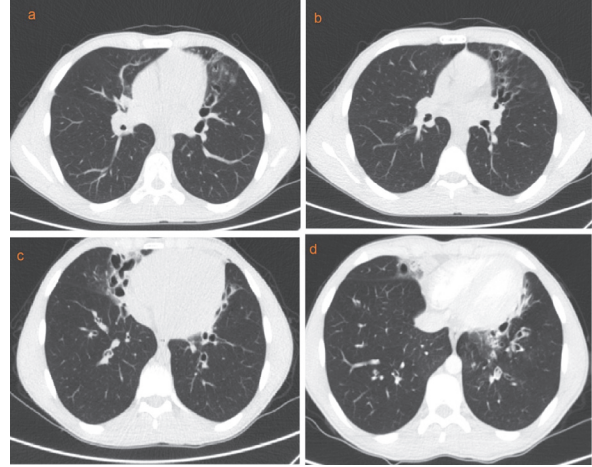
Bronşektazi bronş duvarının destrüksiyonuyla bronşların kalıcı genişlemesi olarak tanımlanır (1). Tıbbi tedavideki gelişmeler, bronşektazi hastalarının sayısında önemli bir azalmaya neden olmasına rağmen, cerrahi tedavi gelişmekte olan ülkelerde hala çok önemlidir (2). Multisegmental veya bilateral bronşektazi genellikle cerrahi tedavinin kontraendikasyonu olarak düşünülür (3). Yine de bu tür hastalarda, konservatif tedavi yetersizse, cerrahi müdahale düşünülebilir (3,4). Video yardımcı göğüs cerrahisi (VYGC) ile rezeksiyonun güvenli ve başarılı sonuçları bilinmektedir. Burada yaygın bronşektazili bir hastada ardışık bilateral VYGC ile komplet rezeksiyon (sağ orta lobektomi ve sol lingulektomi ile birlikte sol alt lob bazal segmentektomi) yapılmış bir olgu sunulmuştur.

OLGU

Üç-dört yıldır öksürük, ateş, pürülan balgam şikâyetleri bulunan 15 yaşındaki erkek hastanın tetkiklerinde bilateral bronşektazi saptandı. Konjenital nedenler yönünden incelenen hastada bu yönde patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT), "Sağ akciğer orta lob medial segmentte ve sol akciğer lingular segmentte tübüler ve variköz bronşektaziler, sol alt lob özellikle mediobazal, posterobazal ve laterobazal segment bronşlarında variköz ve tübüler bronşektazik alanlar izlendi." (Resim1).

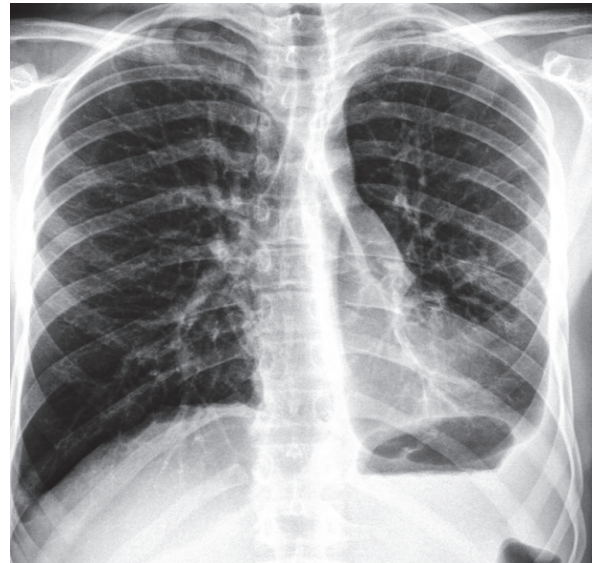
Bronkoskopide endobronşial lezyon ve yabancı cisim izlenmedi. Üç port insizyonu yapıldı. İlk port orta axiller hat 7. inter kotal aralık (İKA) seviyesinden 10 mm, 2. port posterior axiller hat 9. İKA hizasından 10 mm, 3. insizyon orta axiller hatta 5. İKA seviyesinde yaklaşık 4 cm'lik bir kesi idi. Endoskopik lineer staplerler kullanılarak (ekartör vb kullanılmaksızın) anatomik sağ orta lobektomi yapıldı. Postoperatif dönemde sorun olmayan hasta 6. günde taburcu edildi. Yirmi yedinci günde sol VATS yapıldı. Benzer 3 port insizyonu uygulandı.

Önce sol lingulektomi tamamlandı, alt superior segment korunarak (arter, bronş ve veni diseke edilip, doğrulandıktan sonra) alt lob common bazal segmentektomi uygulandı.

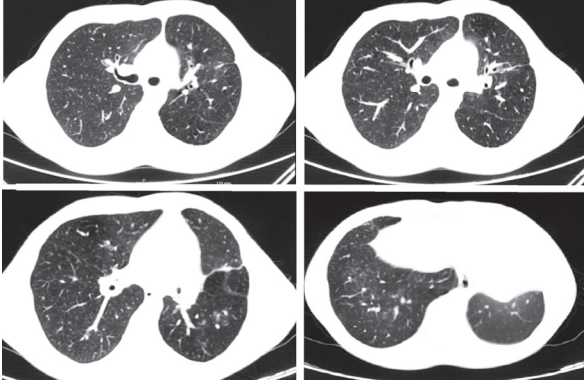


Resim 1. Sol akciğer lingular segmentte tübüler ve variköz bronşektaziler (a, b), sağ akciğer orta lob medial segmentte (c) ve sol alt lob mediobazal, posterobazal ve laterobazal segment bronşlarında variköz ve tübüler bronşektazik alanlar (c, d)

Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmeyen hasta 8. günde taburcu edildi. Bir yıldır takipte olan hasta bu dönemde hiçbir pnömoni atağı geçirmedi (Resim 2, Resim 3).



Resim 2. Postoperatif posteroanterior grafi



Resim 3. Postoperatif bilgisayarlı tomografi

TARTIŞMA

Bronşektazinin cerrahi tedavi endikasyonu son yıllarda, aşılama ve antibiyoterapideki ilerlemelere bağlı azalmaktadır (3). Cerrahi, bronşektazi geliştikten sonra tek potansiyel küratif tedavidir (5). Cerrahi tedavinin hedefi, hastaların yaşam kalitesini artırmak, hastaları medikal tedavinin yetersiz kalacağı ampiyem, ciddi hemoptizi gibi bronşektazi komplikasyonlarından korumaktır (6). Multipl segmenti etkileyen veya bilateral bronşektaziler genel olarak cerrahi tedaviye kontraendike düşünülse de seçilmiş hastalarda başarılı sonuçlar bildirilmiştir (3). Başarının anahtarı komplet cerrahi rezeksiyon gibi görünmektedir. Komplet rezeksiyondan amaç etkilenmiş tüm segmentlerin çıkarılmasıdır (1,4). Hastamızın BBT'si incelendiğinde, sol alt lob superior segmentte lezyon izlenmiyordu. Bu bulgunun yanı sıra, hastanın yaşı, sadece sol üst lobun iki segmenti bırakıldığında (lingulektomi ve sol alt lobektomi) çıkabilecek komplikasyonlar göz önünde bulundurularak, hastanın sol alt lob superior segmentinin de korunmasına karar

verildi. Komplet rezeksiyona çoğu hastada lobektomi ile ulaşılsa da segmental rezeksiyon daha az etkilenmiş alanlarda tercih edilebilir (4). Biz, hastamızda, cerrahi tedavi sonrası hiçbir belirti olmadığından komplet cerrahi rezeksiyonun sağlandığını düşünüyoruz.

Cerrahi teknikteki gelişmeler sayesinde, umut verici sonuçlarıyla, VYGC son yıllarda sıklıkla akciğer rezeksiyonları için kullanılmaktadır (7). VYGC ile bronşektazi yapılan hastalarda, torakotomi uygulananlara göre, kısa hastane kalış süresi, daha düşük komplikasyon oranı ve daha az ağrı saptanmıştır (5). VGYC ile anatomik rezeksiyon yapılan hastalarda çift lümenli entübasyon uygulanmaktadır (5,7). Bu bilateral cerrahi düşünülen hastalarda önemlidir. Hastanın operasyon sırasında, ventile edilen akciğerinin, güvenli oksijenizasyonla birlikte karbondioksit eliminasyonunu sağlaması gereklidir. Bunun için biz hastamızda, her ne kadar bilateral cerrahi uygulanacak hastalarda öncelikle daha fazla etkilenmiş tarafın ameliyatı uygun olsa da, öncelikle daha az parenkim kaybının yaşanacağını düşündüğümüz sağ orta lobunu rezeke ettik. Hastamızda her iki tarafın operasyonu sırasında herhangi bir oksijenizasyon sorunu yaşamadık. Aynı zamanda VGYC sonrası postoperatif düzelme daha çabuk olduğundan hastamızı 4 hafta arayla bilateral akciğer rezeksiyonu uygulayabildik.

Sonuç olarak VATS için bronşektazi olguları cerrahi zorluk içermektedir. Uygun hastalarda, bilateral cerrahi girişim arası süreyi kısaltması, postoperatif derlenme çabuk olması, kronik ağrı probleminin daha az olması nedeniyle VATS tercih edilebilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Balkanlı K, Genç O, Dakak M, Gürkök S, Gözübüyük A, Caylak H, Yücel O. Surgical management of bronchiectasis: analysis and short-term results in 238 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 24: 699-702.
2. Caylak H, Genc O, Kavakli K, Gurkok S, Gozubuyuk A, Yucel O, Sapmaz E, Cubuk S, Isik H. Surgical management of bronchiectasis: a collective review of 339 patients with long-term follow-up. *Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 59: 479-83.
3. Mazières J, Murriss M, Didier A: Limited operation for severe multisegmental bilateral bronchiectasis. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: 382-87.
4. Sehitogullari A, Bilici S, Sayir F, Cobanoglu U, Kahraman A. A long-term study assessing the factors influencing survival and morbidity in the surgical management of bronchiectasis. *J Cardiothorac Surg* 2011; 6: 161.
5. Zhang P, Zhang F, Jiang S, Jiang G, Zhou X, Ding J, Gao W. Video-assisted thoracic surgery for bronchiectasis. *Ann Thorac Surg* 2011; 91: 239-43.
6. Agasthian T, Deschamps C, Trastek VF, Allen MS, Pairolero PC. Surgical management of bronchiectasis. *Ann Thorac Surg* 1996; 62: 976-78.
7. Weber A, Stammberger U, Inci I, Schmid RA, Dutly A, Weder W. Thoracoscopic lobectomy for benign disease—a single centre study on 64 cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 20: 443-48.

Yazışma Adresi:

Dr. Erhan Uğurlu
Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları,
Denizli, Türkiye
drerhanugurlu@gmail.com
