

AYNI SEANSTA BİLATERAL UNIORT SEMPATEKTOMİ; BİR GÜNDE EVDESİNİZ

Bilateral Uniportal Sympathetomy; You Will Be At Home Tomorrow After Surgery

Kerem Karaarslan¹, Tülin Durgun Yetim¹, Sedat Koçal¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, HATAY

ÖZET

Amaç:Retrospektif çalışmamızda amacımız; avuç içi veya koltuk altı terlemesi olan hastalara uniport (kamera ve çalışma kanalı aynı) ile yapılan sempatektominin cerrahi yöntem olarak avantajlarını ve serinin sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:Haziran 2010 – Aralık 2015 tarihleri arasında, kliniğimize avuç içi veya koltuk altı aşırı terlemesi ile başvuran toplam 30 hastaya (16 erkek, 14 kadın; ort. yaş 20 yıl; dağılım 17-23) kliniğimizde uniport porttan (Richard Wolf) T2-T4 gangliyonu sempatik zincir elektrokoterizasyonu uygulandı. Bu olguların 15'inde (%50) avuç içi ve koltuk altı, 15'inde (%50) ise sadece avuç içi terlemesi vardı.

Bulgular: Hastalarımızda cerrahi komplikasyon olmadı. Bir hasta dışında tüm hastalarda avuç içi ve koltuk altı terlemesinde iyileşme görüldü. Bir hastamızda rebound el terlemesi izlendi.

Sonuç:Video yardımcı toraks cerrahisi ile transaksiller sempatektomi birçok yazar tarafından bildirilmiştir. Ancak bu grupta bile en az iki port açılmaktadır. Bizim serimizde ise kamera ve çalışma kanalı aynı olan alet kullanılarak hastalarda en az postoperatif ağrı mükemmel kozmetik sonuçlar elde edilmektedir.

Anahtar kelimeler:Sempatektomi, uniportal, hiperhidrozis

ABSTRACT

Aim:In this retrospective study we aim to evaluate our sympatectomy cases for palmar and axillary hiperhidrosis which is made with uniport (single insicion for camera and working chanel).

Material and Methods: 30 patients (16 male and 14 female) who have palmar and axillary hiperhirosis underwent T2-T4 sympatic chain coterization with uniport (Richard Wolf) in our clinic between june 2010 and december 2015. Fifty percent (15) of cases have both palmary and axillary and others have only palmar hiperhidrosis.

Results:No any surgical complications ocurred in our patients. Except one patient, all patients are happy about surgery. One patient had a recurrence.

Conclusion:Video -assisted transaxillary thoracic sympathectomy has been reported by several authors. But even in this group least two ports must be opened. Tool working channel and camera uses in the same port. Minimally postoperative pain and excellent cosmetic results are obtained.

Key words:Sympathotomy, uniportal, hyperhidrosis

Gönderme tarihi / Received:07.06.2016 Kabul tarihi / Accepted:21.11.2016

İletişim: Tülin Durgun YetimMustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi A. D. ,HATAY

Tel:05416373031 E-posta:tulinyetim31@gmail.com

GİRİŞ

Hiperhidroz, fizyolojik bir süreç olan terlemenin normalden fazla olmasına verilen isimdir (1). Hiperhidroz genellikle erken çocukluk döneminde başlamaktadır ve puberteye kadar giderek artmaktadır. Primer hiperhidrozun patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamakla beraber nedeninin otonomik disfonksiyon olduğu düşünülmektedir. Tam açıklanamayan bir nedenle, özellikle 2. ve 3. Torakal ganglionlardan geçen sempatik liflerin lokal olarak artmış işlevselliğinden kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (2). Hiperhidrozlu hastalar bu duruma bağlı olarak psikolojik ve sosyal açıdan müzdarip olmaktadır. Son yıllarda torakal sempatektomi video yardımcı toraks cerrahisi ile yapılmaktadır ve bu yöntem primer hiperhidrozisin tedavisinde basit, güvenilir ve estetik bir seçenek olmuştur (3,4).

GEREÇ VE YÖNTEM

Haziran 2010-Aralık 2015 tarihleri arasında kliniğimize avuç içi ve koltuk altı terlemesi ile başvuran otuz hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalarımızın 16'sı erkek, 14'ü kadındı. Yaş ortalaması yirmi (17-23) idi. Hastaların 15'inde avuç içi ve koltuk altı, 15'inde ise sadece avuç içi terlemesi vardı.. Hastaların çoğu daha önce medikal yöntemleri denedikleri halde şikayetleri devam etmekteydi. Ameliyat öncesi tüm hastalar; rutin biyokimyasal incelemeler, akciğer grafisi ve bradikardinin dışlanması amacıyla elektrokardiyografi (EKG) ile değerlendirildi. Hastaların tamamı çift lümenli sol entübasyon tüpü (34-36 numara Carlens) ile entübe edildi. Hastalara, supin pozisyonda 45 derece oturtularak, her iki kol yanda vücuda dik 90 derecelik abduksiyonda olacak şekilde pozisyon

verildi. Sağ üçüncü interkostal aralık anterior aksiller hat pektoralis majör kasının posteriyor kenarından bir adet 10 mm'lik çalışma kanalı olan uniport ile (Richard Wolf) toraks boşluğuna girildi (resim-1). Tek akciğer ventilasyonuna geçildi. Kullandığımız uniportun kamerası ile çalışma kanalı aynı düzlemde bulunduğu için işlem yapılacak alana kolay ulaşım sağlandı. Sıfır derece torakoskop ile birinci kot yağlı doku altında görüldü. Endotorasik fasya altında stellar gangliyon ve kostavertebral açıda yukarıdan aşağıya ve kostaların boynuna doğru uzanan sempatik zincir gözlemlendi. İkinci interkostal aralığa doğru stellar gangliyon bulundu. Stellar gangliyona ve interkostal damarlara zarar vermeden avuç içi terlemesi olanlarda T2-T3, birlikte koltuk altı terlemesi de olanlarda T2-T4 sempatik zinciri elektrokoter ile koterize edildi. İşlem bittikten sonra uniport girişinden toraks içerisine bir adet feeding sonda yerleştirildi ve sondanın etrafından "u" sutür geçildi. Sondanın diğer ucu bir tas yardımıyla su altı negatif drenaja alınarak hasta ventile edildi. Toraks içerisindeki hava boşaltıldıktan sonra sonda çekildi ve toraks usulüne uygun olarak kapatıldı. Toraks tüpü yerleştirilmedi. Aynı işlem sol taraf içinde uygulandı. Hastalarımız bir gün yatırıldı. Mortalite ve morbidite gelişmedi. Sadece bir hastada 3 ay sonra sağ elde terleme yakınması tekrarladı.

BULGULAR

Hastalarımızda, peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hastaların hepsi postoperatif 1. Gün taburcu edildi. Tüm hastalara 1. ay, 3.ay ve 6. ay kontrolleri yapıldı. El ve koltuk altı terlemesi olan bir hastada 3 ay sonra sağ elde terleme yakınmasının tekrarladığı gözlemlendi.

TARTIŞMA

Hiperhidrozisi ikiye ayırabiliriz. Primer (esansiyel, idiyopatik) hiperhidrozisin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, sekonder hiperhidroze ilaçların ve bazı hastalıkların sorumlu olduğu düşünülmektedir (5).

Primer hiperhidroz (PH)'da genellikle her hangi tespit edilen bir hastalık yoktur ve terleme sıcaklık değişiminden ziyade duygusal durumla ve stresle ortaya çıkmaktadır. Genetik yatkınlık araştırıldığında; PH'lu hastaların %60-80'inde aile öyküsüne rastlanılmaktadır (2,5). Bizim hastalarımızda da literatüre uygun olarak altta yatan herhangi bir hastalık bulunamamıştır.

Torasik otonom sinir sistemi endotorasik fasya altında yukarıdan aşağı uzanan 10-12 paravertebral gangliyon ve bunlar arasındaki yollardan oluşur (6). T2-T5 gangliyonlar veya aradaki sempatik zincir hastanın kliniğine göre kesilebilir, koter veya lazerle yakılabilir, gangliyonlara metal klips konulabilir. Bu işlem doğru yapıldığında o taraftaki elin ısındığı gözlenir.

Hangi sempatik gangliyonun kesilmesi veya gangliyonun çıkarılması konusunda hala fikir birliği yoktur. Bazı cerrahlar ganglionun sadece koterize edilmesini, bazı cerrahlar ise, işlemin başarısının patoloji ile de desteklenmesi gerektiğini ve bu nedenle için sempatik ganglionun çıkarılmasının gerekliliğini söylemiştir.

Avuç içlerindeki terlemelerde genellikle T2-T4 arası sempatektomi yapılır. Yazarların çoğu sadece T2-T3 sempatektomi yapılmasının kompensatuar terlemeyi artırdığı yönünde görüş bildirmişlerdir (7). Kimi yazarlar da aynı nedenlerden dolayı sadece T3-T4 sempatektomi yapılmasının yeterli olduğu

görüşündedir (8,9). Bizde sadece avuç içi terlemesi olanlarda T2-T3, avuç içi terlemesi ile birlikte koltuk altı terlemesi de olanlarda T2-T4 sempatik zinciri elektrokoter ile koterize edildi. İspanyada "Thoracic Sympathectomy Cooperative Group'un yaptığı çok merkezli bir çalışmada sempatektominin komplikasyonları; pnömotoraks % 3.6, 15 günden fazla uzamış ağrı %1.4 ve geçici Horner sendromu %1.3 olarak bildirilmiştir. Kompansatuar ya da refleks terleme de görülebilecek komplikasyonlar arasındadır (10). Bizim hastalarımızda mortalite ve morbidite gelişmedi. Sadece bir hastada 3 ay sonra sağ elde terleme şikayeti tekrarladı.

Eski yıllarda torakotomi ile yapılan sempatektomi ameliyatı son yıllarda videotorakoskopik olarak yapılmaya başlanmıştır. Videotorakoskopik cerrahide akciğerin atmosfer basıncı ile daha az temas etmesinden dolayı ameliyat sonrası solunum fonksiyonları açık cerrahiye göre daha az etkilenmektedir. Bizde hastalarımızda uniport torakoskop (Richard Wolf) kullandık. Böylece hem küçük insizyondan ameliyatı gerçekleştirerek ağrıyı azalttık hem de estetik görünüm sağladık. Ayrıca postoperatif hastanede kalış süresini azaltarak maliyeti azaltığımız gibi, toraks tüpü kullanmayarak maliyeti, hastanede kalış süresini ve ağrıyı azalttık. Ayrıca uniport torakoskop kamera ile çalışma kanalı aynı yönü kullandığı için direkt kamera ile görülen alana müdahale kolaylaşmakta ve buda işlem süremizi kısaltmaktadır. Ayrıca hastalarımız bir gün sonra günlük aktivitelerine dönebilmektedir. Hastalar özellikle genç kadın olduklarından dolayı uniport torakoskopik yöntem, kozmetik

avantajları yönünden de tercih edilebilir yöntem olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Uniport toraksokopi kullanımının diğer torakoskopik yöntemlere göre çalışma kolaylığı açısından avantajlı olduğu söylenebilir. Ayrıca bilateral oturur pozisyonda aynı anda her iki sempatik zincire müdahale edebilmek açısından uygun olup, hasta pozisyon değiştirmek zorunda kalmamaktadır. Postoperatif ağrı, ameliyat süresi kozmetik ve maliyet en asgari düzeyde olması da diğer bir avantajdır.

REFERANSLAR

1. Önder M, Aksoy G. Hiperhidroz. *Türkderm* 2011;45:2-9
2. Connolly M, De Berker D. Management of primary hyperhidrosis: a summary of the different treatment modalities. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:681-97
3. Krasna MJ, Demmy TL, McKenna RJ, Mack MJ. Thoracoscopic sympathectomy: the U.S. experience. *Eur J Surg Suppl* 1998;(580):19-21.
4. Telaranta T. Treatment of social phobia by endoscopic thoracic sympathectomy. *Eur J Surg Suppl* 1998;(580):27-32.
5. Miller JL, Hurley HJ. Diseases of the eccrine and apocrine sweat glands. *Dermatology*. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Second edition. Spain, Mosby/Elsevier, 2008;531-48.
6. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, Glaser DA, Lowe NJ, Naver H, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol* 2004;51(2):274-86.
7. Montessi J, Almeida EP, Vieira JP, Abreu Mda M, Souza RL, Montessi OV. Video-assisted thoracic sympathectomy in the treatment of primary hyperhidrosis: a retrospective study of 521 cases comparing different levels of ablation. *Bras Pneumol* 2007;33:248-54.
8. Gossot D, Galetta D, Pascal A, Debrosse D, Caliandro R, Girard P, et al. Long-term results of endoscopic thoracic sympathectomy for upper limb hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1075-9.
9. Atkinson JL, Fealey RD. Sympathectomy instead of sympathectomy for palmar hyperhidrosis: minimizing postoperative compensatory hyperhidrosis. *Mayo Clin Proc* 2003; 78:167-72
10. García-Franco CE, España A. Usefulness of bilateral sympathectomy using video-assisted thoracic surgery in the treatment of essential hyperhidrosis. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99(7):523-7.