

BENİGN HASTALIKLARDA PNÖMONEKTOMİ

PNEUMONECTOMY FOR BENIGN DISEASES

Soner GÜRSOY

Ahmet ÜÇVET

Sinan ANAR

Cemil KUL

Halil TÖZÜM

Ali Ata ÖZTÜRK

Oktay BAŞOK

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

Anahtar sözcükler: Benign hastalık, akciğer, pnömonektomi

Key words: Benign disease, lung, pneumonectomy

ÖZET

Benign akciğer hastalıklarında intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar nedeniyle pnömonektomiden kaçınma eğilimi mevcuttur. Mayıs 2000 ile Ocak 2007 tarihleri arasında benign akciğer hastalıkları nedeni ile kliniğimizde cerrahi girişim uygulanan 157 hasta retrospektif olarak incelendi. Bunların 14'ünde uygun cerrahi rezeksiyon seçeneği pnömonektomiydi. Bu olgular, yaş, cins, etyoloji, yapılan operasyon açısından sınıflandırılarak, postoperatif komplikasyonları değerlendirildi. Post operatif mortalite oranları hesaplandı. Hastaların sekizi erkek altısı kadın, yaş ortalaması 41.64 (\pm 25.36) idi. Olgulara, Hamartom, Karsinoid Tümör, Bronşektazi, Harap olmuş Akciğer, Akciğer Absesi, Aspergilloma, Tüberküloz tanılanlarla yedisi sağ yediside sol olmak üzere pnömonektomi operasyonları uygulandı. Postoperatif dördüncü günde bir olgu kaybedilirken, iki olguda geç dönem bronkopleural fistül saptandı. Diğer olgularda herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 15.5 gün (\pm 10.5 gün) olarak saptandı. Mortalite oranı %7.13, Morbidite oranı %14.2 olarak hesaplandı.

Sonuçta, benign akciğer lezyonlarında pnömonektominin, mortalite ve morbidite riski nede-

SUMMARY

Surgeons usually abstain from the pneumonectomy for the benign lung disease because of the intraoperative and postoperative complications. But it is applied in the necessary attitude. Between May 2000 and January 2007, 157 consecutive patients which were underwent surgical resection for benign lung disease were reviewed retrospectively. Pneumonectomy was approved of the surgical procedure in the 14 of these patients. Patients were classified to age, sex, etiologic factors, surgical procedure which was underwent and postoperative complications were evaluated retrospectively. Postoperative mortality rates were calculated. Eight patients were male and age average was 41.64 (\pm 25.36).

The pneumonectomy operations (seven of them left side, seven of them right side) performed to patients whose diagnosis are hamartoma, carcinoid tumor, bronchiectasis, destroyed lung, lung abscess, aspergilloma and tuberculosis. One patient died at the fourth post operative day. Bronchopleural fistula was found in two patients. Any complication was not seen in the other patients. Mean of hospitalization day was 15.5 (\pm 10.5 day). The ratio of mortality and morbidity was calculated respectively 7.13% and 14.2%.

As a result, we thought that pneumonectomy cannot be preferred in benign lung lesions

niyle tercih edilmemekle beraber, zorunlu hal-lerde uygulanabilecek bir tedavi yöntemi olduğu kanısındayız.

GİRİŞ

Özellikle be niğn akciğer hastalıklarında intra-operatif ve postoperatif komplikasyonların yüksekliği nedeniyle pnömonektomiden kaçınılması gerekliliği önemle vurgulanmaktadır. Ancak yoğun parankim harabiyeti nedeniyle pnömonektominin kaçınılmaz olduğu olgular da hasta ve hastalığın izin verdiği ölçüde yapılması gerekliliği aşıkardır. Kliniğimizde benign hastalıklar nedeniyle pnömonektomi uygulanan olgular retrospektif olarak değerlendirilmiş, mortalite ve morbiditeleri literatür verileriyle gözden geçirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde Mayıs 2000 ile Ocak 2007 tarihleri arasında benign akciğer hastalıkları nedeni ile 157 hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavi uygulanan olguların dökümü ve uygulanan cerrahi prosedürler Tablo 1’de gösterilmektedir. Bunlardan pnömonektomi uygulanan 14 hasta çalışmaya alındı. Pnömektomi uygulanan olgular, yaş, cins, etyoloji, yapılan operasyon, post operatif komplikasyonlar açısından sınıflandırılarak, komplikasyon ve post operatif mortalite oranları hesaplandı.

because of high mortality and morbidity ratios but, it can be used in obligatory situations as a treatment method.

BULGULAR

Olguların sekizi erkek altısı kadındı. Yaş ortalaması 41.64 (\pm 25.36 yaş) idi. Olguların dördünde endobronşial lezyon (Karsinoid Tümör, Hamartom), beşinde bronşektazi – harab olmuş akciğer, birinde akciğer absesi, birinde aspergilloma, üçünde ise tüberküloz (bir olgu çok ilaca dirençli (ÇİD) tüberküloz) altta yatan hastalıklardı. Olguların yedisine sağ yedisine sol olmak üzere pnömonektomi operasyonları uygulandı. Tüm olgularda standart posterolateral torakotomi insizyonu kullanıldı. Bronş güdüğü desteği özellikle tüberküloz ve enfektif olgularda çeşitli materyallerle desteklendi (interkostal kas bandı, fibrin glue, plevral destek). Hiçbir olguda retorakotomi yapılmadı. Post operatif 4. günde sol bronşektazi tanılı bir hasta ani gelişen miyokard enfarktüsü, solunum yetersizliği ve kardiyopulmoner arrest nedeniyle kaybedildi. Olguların takibinde bir olguda geç mikro fistül birinde gerçek anlamda bronkoplevral fstül gelişti ve medikal olarak tedavi edildi. Diğer olgularda herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Ortalama hastanede kalış süresi 15.5 (\pm 10.5) gün olarak saptandı. Mortalite oranı %7.13, Morbidite oranı %14.2 olarak hesaplandı.

Tablo 1. Benign hastalıklar nedeniyle 157 olguya yapılan operasyonlar ve hastalıkların dağılımı ve yüzde oranları.

Tanı / Op	Pnömektomi		Lobektomi		Segmentektomi		Wedge R.	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hamartom	3	30	1	10	1	10	5	50
Karsinoid	1	20	2	40	1	20	1	20
Bronşektazi	5	6.9	59	79.9	8	10.5	2	2.7
Tüberküloz	3	20	2	13.4	-	-	10	66.6
Abse	1	16.6	2	33.2	-	-	3	50.2
Aspergillom	1	20	3	60	-	-	1	20
Diğerleri	-	-	3	6.67	1	2.23	41	91.2

TARTIŞMA

Benign akciğer hastalıklarında parankimin mümkün olduğunca korunması ve olası mortalite ve morbiditeden kaçınılması amacıyla pnömonektomi gibi major destrüktif bir operasyondan sıklıkla uzak durma eğilimi mevcuttur. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde enfektif hastalıklar, özellikle bronşektazinin yaygınlığı ve tedavideki gecikmeler nedeniyle pnömonektomi hala geçerli ve zorunlu bir tedavi yöntemi olarak önemini korumaktadır. Benign hastalıklar nedeniyle operasyon uygulanan 157 hastanın, 74'ünün bronşektazi olması dikkat çekiciydi (%47.13). Bronşektazi tanılı grupta olguların %35.7 gibi büyük bir bölümünde harap olmuş akciğer mevcuttu. Çalışmamızda sol pnömonektomilerin beşinin bronşektazi ve komplikasyonları nedeniyle olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi sol ana bronşun daha dar olması, arkus aorta ve büyümüş lenf nodlarının peribronşial aralığı daraltmasına ve sekresyon retansiyonuna bağlı olabileceği düşünülmektedir (1,2). Benign hastalıklarda perihiler fibrozis ve masif endotorasik yapışıklıklar çoğunlukla diseksiyonları zorlaştırmakta özellikle tüberküloz ve aspergilloma gibi enfeksiyöz hastalıklarda olası lobektomiler teknik nedenlerle pnömonektomilere neden olabilmektedirler (3). Olgularımızın birinde bu nedenle pnömonektomi yapılmak zorunda kalınmıştı. Aspergilloma tanılı olgularda henüz cerrahi tedaviye alternatif etkin başka bir tedavi yönteminin bildirilmediği aşikardır. Bu nedenle lobektomi hala en çok tercih edilen operasyon yöntemidir. Ancak tamamen harap olmuş akciğer ya da lobektomiden sonra kalacak olan lobun ciddi şekilde fibrotik ve küçük olduğu durumlarda pnömonektomi endikedir (4-6). Pnömonektomi uyguladığımız bu olguda aspergilloma ve bronşektazi birlikteliği mevcuttu.

Bronşiyal karsinoid tümörler de, zaman zaman bölgesel lenf nodlarına yayılım gös-

terebilen, düşük dereceli malign tümörler olup, lokal olarak invaziftir. Son yıllarda endobronşial tümörlerde endoskopik girişimlerin oldukça popüler ve uygulamada olduğu bildirilmektedir (7-9). Ancak, distalde harabiyet oluşturmuş obstrüktif lezyonların cerrahi rezeksiyonlara yol açacağı açıktır. Uygulanan konservatif cerrahi rezeksiyonlar arasında sleeve rezeksiyon, wedge rezeksiyon ve bronkotomi sayılabilir. Bunun yanında, bazı araştırmacılar ise özellikle atipik karsinoid tümörlerin pnömonektomi de dahi olmak üzere, daha geniş rezeksiyonlar ile tedavi edilmeleri gerektiğini, konservatif rezeksiyonun ise, daha çok komplet rezeksiyon ile tedavi edilemeyen olgularda uygulanması gerektiğini de ileri sürmektedirler. Yine santral tümörlerde endoskopik rezeksiyon önerilse de, yüksek oranda rekürrens riski mevcuttur (10). Karsinoid tümürlü olgumuzda pnömonektomi gerekliliği lezyonun santral yerleşimli olmasından ve ekstra-bronşial komponentinden kaynaklanmıştı.

Tüberkülozlu olgularımızdan birine ÇİD tüberküloz ve ikisine tüberküloza sekonder yaygın parankimal harabiyet cerrahi rezeksiyon endikasyonu oluşturmuş ve pnömonektomi uygulanmıştır. Çalışmamızda sağ pnömonektomilerimizin çoğunluğunu tüberküloz başta olmak üzere enfektif akciğer hastalıkları oluşturmaktaydı. Bronş güdüklerinin özellikle tüberküloz olgularında interkostal kas bantlarıyla desteklenmesine özen gösterildi.

Tüm olgularımızda posterolateral torakotomi insizyonu kullanıldı. Çoğu otörün görüşü bu yönde olmasına karşın bazı otörler intraperikardiyal diseksiyon ve apikal görüş sahasının iyi olması ve gerektiğinde kardiyopulmoner bypassa olanak sağlaması nedeniyle sternotomi de önermektedirler (11,12).

Geç dönemde tedavi gerektirmeyen bir mikrofistül ve gerçek anlamda bir olguda görülen bronkoplevral fistül dışında hastaların takibinde herhangi bir komplikasyon

izlenmedi. Buna göre komplikasyon oranı %14.1 olarak hesaplandı. Preoperatif ampiyem varlığının - özelliklede tüberküloz ampiyem - postpnömonektomik ampiyem ve BPF'ün esas sebebinin oluşturduğunu düşünüyoruz.

Benign hastalıklar nedeniyle yapılan pnömonektomilerde mortalite oranları %2.8 ile %9 arasında bildirilmektedir (13,14). Ned enleri arasında kardiyopulmoner yetersizlikler, ek hastalıklar ve teknik nedenler sayılabilir. Postoperatif 4. günde kaybettiğimiz olgu-

muzda ne den ani solunum yetersizliği, MI ve kardiyopulmoner arrest idi. Mortalite oranımız %7.13 olarak tespit edildi.

Sonuç olarak; total kistik bronşektazi ve buna bağlı harap olmuş akciğer sekel yada ÇİD tüberküloz olgularında intraoperatif ve postoperatif komplikasyonların yüksekliğine rağmen çalışmamızda operasyon riski kabul edilebilir düzeydedir ve kaçınılmayan olgularda pnömonektominin de uygulanabilir bir cerrahi prosedür olduğu düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Can E. Bronşektaziye cerrahi yaklaşım. Uzmanlık tezi, 1994, Ankara.
2. Sanderson JM, Kennedy MCS, Johnson MF, Manley DCE. Bronchiectasis: results of surgical and conservative management. A review of 393 cases. Thorax 1974; 29: 407-16.
3. Piccione W Jr, Faber LP. Management of complications related to resection. In: Waldhausen JA, Orringer MB; eds. Complications in Cardiothoracic Surgery. St Louis: CV Mosby; 1991: 379-81.
4. Türker T, Karakurt Z, Akin H, Erdem E. Pulmonary aspergilloma in a Turkish hospital population. Turkish Respir J 2002; 3: 7-14.
5. Babatasi G, Massetti M, Chapelier A, et al. Surgical treatment of pulmonary aspergilloma: current outcome. J Thorac Cardiovasc Surg 2000; 119: 906-12.
6. Reed CE. Pneumonectomy for chronic infection: Fraught with danger? Ann Thorac Surg 1995; 59: 408-11.
7. Jamal M, Nicholson AG, Goldstraw P. The feasibility of conservative resection for carcinoid tumours: is pneumonectomy ever necessary for uncomplicated cases? Eur J Cardiothorac Surg 2000; 18: 301-6.
8. Kurul IC, Topçu S, Taştepe I, Yazıcı Ü, Altınok T, Güven Ç. Surgery in bronchial carcinoids: experience with 83 patients. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 21: 883-7.
9. Kotoulas C, Lazopoulos G, Foroulis C, Konstantinou M, Tomos P, Lioulias A. Wedge resection of the bronchus: an alternative bronchoplastic technique for preservation of lung tissue. Eur J Cardiothorac Surg 2001; 20: 679-83.
10. Kirsh MM, Rothman H, Bove E, et al. Major pulmonary resection for bronchogenic carcinoma in the elderly. Ann Thorac Surg 1976; 22: 369-73.
11. Stamatis G, Martini G, Freitag L, et al. Transsternal transpericardial operations in the treatment of bronchopleural fistulas after pneumonectomy. Eur J Cardiothorac Surg 1996; 10: 83-6.
12. Shields TW. General features of pulmonary resection. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB, eds. General Thoracic Surgery. 5nd ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2000: 375-84.
13. Reichel J. Assesment of operative risk of pneumonectomy. Chest 1972; 62: 570-6.
14. Patel RL, Townsend ER, Fountain SW. Elective pneumonectomy: Factors associated with morbidity and operative mortality: Ann Thorac Surg 1992; 54: 84-8.

Yazışma Adresi:

Dr. Sinan ANAR
237. Sokak No: 1 Hatay - Konak / İZMİR
GSM: +90 505 484 00 69
e-posta: anar_sinan@hotmail.com
