

Kronik Plevral Ampiyemin Cerrahi Tedavisinde Modifiye Sawamura Torakoplasti Uygulaması*

Yrd. Doç. Dr. Cemal Özçelik, Op. Dr. İlhan İnci, Doç. Dr. Nesimi Eren, Prof. Dr. Gökçalp Özgen

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı-Diyarbakır

1990-1992 yılları arasında kliniğimize kronik plevral ampiyem nedeniyle tedavi gören hastalardan 4'ünde modifiye Sawamura torakoplasti uygulandı. Hastalardan 3'ü tüberküloz ampiyemli, diğeri ise posttravmatik ampiyemli idi. 3 tüberküloz olgusundan ikisinde bronkoplevral fistül mevcuttu. Tüm olgularımızda uzun süreli takipte plevral poş oblitere olurken akciğer ektpanse oldu.

GKD Cer. Derg.1994;2:105-107

The Use of Modified Sawamura Thoracoplasty in The Surgical Management of Chronic Pleural Empyema.

Of the patients treated surgically due to chronic pleural empyema in our clinic, 4 underwent modified Sawamura thoracoplasty between 1990 and 1992. Three had tuberculous empyema, and one had post-traumatic empyema. Of the patients having tuberculous empyema, two had bronchopleural fistula. In long-term follow-up, pleural pouch became obliterated and lung became expanded in all patients.

Kronik ampiyemler, özellikle kronik tüberküloz ampiyemler, belirgin bir şekilde plevral kalınlaşma gösterir, drenaja iyi yanıt vermez ve eğer rezidüel poş kalırsa geçici semptomatik rahatlamaya rağmen nüksedebilir⁽¹⁾. Plevral rezidüel poşların obliterasyonunu için dekortikasyon ile akciğerin ekspansiyonu yeterince sağlanamazsa çeşitli musküloplastik ve osteoplastik teknikler kullanılabilir. Bu teknikler toraks deformasyonuna ve pulmoner fonksiyonlarda azalmaya yol açarlar ve ayrıca çeşitli hastalarda yüksek mortalite ile seyretmektedirler⁽²⁾. Plevral dekortikasyonun yetersiz kaldığı ampiyemlerde rezidüel poşun oblitere edilmesi ve bronkoplevral fistülün kapatılması için Sawamura'nın tanımladığı ve lioka ve arkadaşlarının 1985 yılında yayınladığı

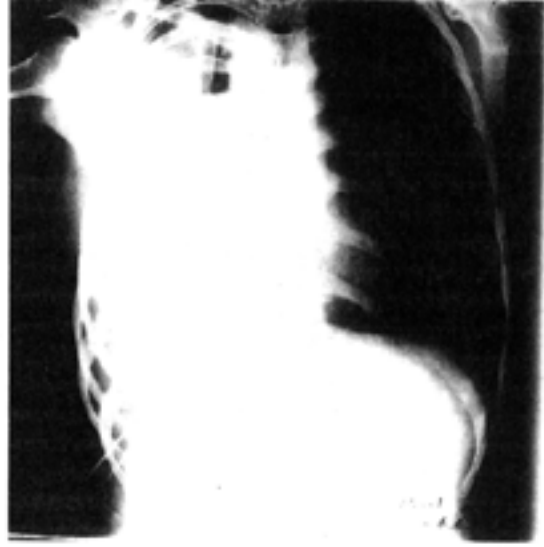
modifiye Sawamura torakoplasti tekniğinin iyi bir yöntem olabileceği inancıyla uygun olgularda bu tekniği kullanmaya başladık.

Materyal ve Metod

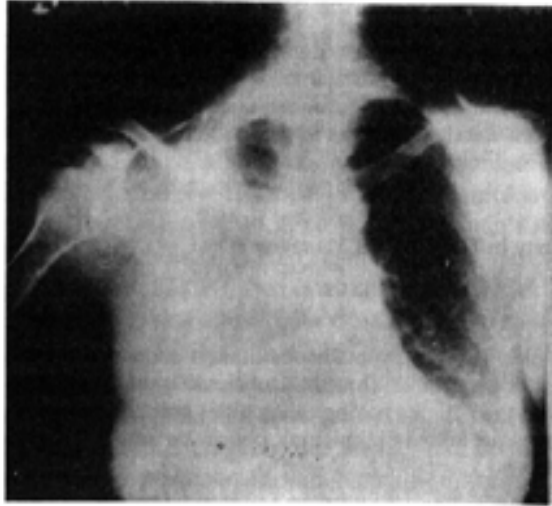
1990-1992 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde kronik plevral ampiyem tanısı ile tedavi gören hastalardan 4'ünde modifiye Sawamura torakoplasti uygulandı. 2 kadın 2 erkekten oluşan hastalarımızdan 3'ünde tüberküloz ampiyem, diğesinde ise ateşli silah yaralanmasına sekonder gelişen posttravmatik ampiyem mevcuttu (Resim 1). Tüberküloz ampiyem tanısı ile hastanemiz Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği'nde yatmakta olan hastalara tarafımızdan kapalı toraks



Resim 1. Preoperatif PA akciğer grafisi



Resim 2. Postop erken dönemde ekstraplevral poş transüda ile dolmakta



Resim 3. Postop 6. ayda akciğer ekspansiyonu artmakta, ekstraplevral poş küçülmekte

drenajı uygulandı. Hiçbir olguda ampiyem mayisinde üreme olmadı. Fistül olmayan olgularda drenaj plevranın irrigasyonu ilave edildi. Ancak bronkoplevral fistül ve ampiyem poşunun kapanmaması nedeniyle hastalar kliniğimize nakledildiler. Tümü antitüberküloz tedavisinde olan olgularımızda cerrahi öncesi drenaj 37 gün, 5 ay ve 8 ay idi. Posttravmatik ampiyem poşu oblitere olmadı. Operasyon kararı alınan olgularımızda ilk olarak dekortikasyon yapıldı ve bronkoplevral fistül kapatıldı. Akciğer ekspansiyonu yeterli

olmayan olgularda ise Sawamura torakoplasti uygulandı.

Bulgular

Hiçbir olgumuzda ölüm olmadı. Posttravmatik ampiyemli olguda cerrahi sonrası seyir olaysız geçti. 3 tüberküloz olgudan ikisinde postoperatif dönemde drenaj üç hafta kadar devam etti. Daha sonra toraks dreni alındı (Resim 2). Klinik olarak tüberküloz tanısı konan üç hastanın ikisinde de kortikasyon materyalinin incelenmesi tüberküloz ile uyumluydu ve bunlara postoperatif 9 ay üçlü antitüberküloz tedavi verildi. Diğer hastada non-spesifik plörit tanısı konmasına rağmen bu hastada da 6 ay antitüberküloz tedaviye devam edildi. Tüm olgular toraks drenleri alındıktan ortalama 1 hafta sonra taburcu edildiler ve aylık PA akciğer grafikleri ile izlendiler. Bu kontrollerde operasyonda yaratılan ekstraplevral poşun oblitere olması ve akciğer ekspansiyonunun tam olduğu saptandı (Resim3).

Tartışma

Kronik ampiyem tedavisinde ilk aşama göğüs tüpü ile açık drenaj ve pleral kavitenin temizlenmesidir (3). Göğüs tüpü ile kavite yeterince temizlenirse, tüp 10-14 günlük intervallerle yavaşça geri çekilerek kavitenin oblitere olması sağlanır. Eğer kavite 6 haftada kapanmazsa ve hasta

medikal olarak uygun bir aday ise genellikle dekortikasyon endikasyonu vardı. Hasta cerrahi için uygun bir aday değilse, göğüs tüp torakostomi ya kot rezeksiyonu ile açık drenaja çevrilir veya Eloesser flep yöntemi uygulanır

Kronik ampiyemler, özellikle kronik tüberküloz ampiyemler, belirgin bir şekilde plevral kalınlaşma gösterir drenaja iyi yanıt vermez ve rezidüel poş varlığında geçici semptomatik rahatlamaya rağmen nüksedebilir⁽¹⁾. 1924 yılında Graham tarafından tanımlanan plevral poşların obliterasyonu için uygulanan tekniklerin prensipleri değişmemiştir⁽⁴⁾. Bunlar akciğer ekspansiyonunun sağlanması, paryetal duvarın kollabe edilmesi ve poşun otojen doku ile doldurulmasıdır. Dekortikasyon ile akciğer serbestleştirilmekte, ekspanse olan akciğerde plevral boşluğu doldurarak süpürasyon etkilerini elimine etmekte ve nüksü önlemektedir⁽⁵⁾. Bu esnada akciğer fonksiyonu da korunmaktadır.

Dekortikasyona rağmen akciğer yeterince ekspanse olup plevral boşluğu dolduramazsa kalan ampiyem poşunu kapatmak için eldeki seçenekler adale flebi ile poşun doldurulması veya torakoplastidir⁽⁶⁾. Ancak ilkinde akciğer ekspansiyonuna olma yeteneği ortadan kalkarken ikincisinde buna ilave olarak toraks deformitesi de ortaya çıkmaktadır. Günümüzde torakoplasti, diğer operasyonlarla kapanmayan toraks kaviteğini kapatmak için kullanılan son seçenektir⁽⁷⁾. Torakoplasti kesin çözüm sağlamasına rağmen postoperatif kalıcı deformite bırakması, yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmesi nedeniyle ancak seçilmiş olgularda kullanılmaktadır⁽⁸⁾. Yine torakoplasti pulmoner tüberkülozlu hastalarda asla kullanılmamaktadır⁽⁶⁾. Sawamura tarafından tanımlanan 1985 yılında Lioka ve arkadaşları tarafından yayınlanan standard torakoplastinin bir modifikasyonu⁽¹⁾ konvensiyonel torakoplasti veya daha deforme edici Schede prosedürünü daha da az kullanılan bir

yöntem haline getirdi. Bu yeni yöntemin belirgin üstünlükleri bulunmaktadır. Bunlar kot rezeksiyonu gerektirmemesi, toraks deformitesi oluşturmaması, tek seanslı bir operasyon olması, kollabe akciğer ekspansiyonuna olurken fonksiyonlarının da düzelmesidir.

Sonuç olarak kronik ampiyemlerin cerrahi tedavisine yeni bir seçenek getiren modifiye Sawamura torakoplastinin uygun olgularda, özellikle de dekortikasyon ile akciğerin yeterli ekspansiyonunun sağlanamadığı fakat uzun dönemde ekspansiyon olması olası olan olgularda, adale flebi kullanarak poşun kapatılmasından önce tercih edilmesi gereken bir yöntem olanağı inancını taşımaktayız.

Kaynaklar

1. Lioka S, Sawamura K, Mori T et al: Surgical treatment of chronic empyema: A new one-stage operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 90:179-185, 1985.
2. Huang CT, Lyons HA: Cardiorespiratory failure in patients with pneumonectomy for tuberculosis: Long-term effects of thoracoplasty. *J Thorac Cardiovasc Surg* 74:409-417, 1977.
3. Joseph IM Jr: Infection of the pleura. In: Shields TW, ed. *General Thoracic Surgery*. Third Edition. Philadelphia/London, Lea & Febiger p. 633, 1989.
4. Graham EA: Principles involved in the treatment of acute and chronic empyema. *Surg Gynecol Obstet* 38:466-70, 1924.
5. Shields TW: Decortication of the lung. In: Shields TW, ed. *General Thoracic Surgery*. Third Edition. Philadelphia/London, Lea & Febiger p.403, 1989.
6. Shields TW: Thoracoplasty. In: Shields TW, ed. *General Thoracic Surgery*. Third Edition. Philadelphia/London, Lea & Febiger p.398 1989.
7. Alexander J: The collapse therapy of pulmonary tuberculosis. Springfield, Illinois, Thomas, 1937.
8. Hopkins RA, Ungerleider RM, Staub EW, Young WG Jr: The modern use of thoracoplasty. *Ann Thorac Surg* 40:181-187, 1985.