

Videotorakoskopi Sonuçlarımız

Yrd. Doç. Dr. Yener Yörük, Öp. Dr. Rüstem Mehmet, Dr. Selçuk Köse

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi ABD, Edirne

Videotorakoskopi göğüs cerrahisinde sağlam bir temele ulaşmıştır. Minimal cerrahi girişimin sağladığı avantajlarla birçok toraks içi patolojilerde tanı ve tedavi olanağı sunmaktadır. Kliniğimizde Videotorakoskopi ile Haziran 1993 - Haziran 1994 tarihleri arasında 29 hastaya 37 girişim gerçekleştirildi. Yapılan işlemler şunlardır: plevra biopsisi (n=14), torakal sempatektomi (n=11), büllektomi (n=4), parietal plörektomi (n=3), perikardial pencere (n=2), Wedge rezeksiyon (n=2) ve nörinom eksizyonu (n=1). Bir olguda masif adhezyon nedeniyle kapılı yöntem uygulanamamıştır. Acil veya retorakotomi gereği hiçbir olguda doğmamıştır. Üç boyutlu görünüm ve intraoperatif palpasyonun kalkmasına rağmen, Videotorakoskopi küçük insizyon, minimal ağrı, hastanede kalış süresinde azalmayı sağlamaktadır.

GKDCer. Derg. 1995; 3:111-112

Videothoracoscopic Surgery-Results

Videothoracoscopy has reached a firm place in thoracic surgery and with the advantages of minimally invasive surgery applied in the diagnosis and treatment of thoracic diseases. 37 procedures were conducted in 29 patients between June 1993 - June 1994 in our clinic. The procedure were: pleural biopsy (n=14), Thoracal sympatectomy (n=11), bullectomy (n=4), parietal pleurectomy (n=3), Pericardial window (n=2), wedge resection (n=2), and nerilemmoma extirpation. Videothoracoscopy could not applied in öne cases because of dense adhesions. No emergency öpen thoracotomy was needed. Videothoracoscopy offers small incision, less pain, and shorter hospital stay with the disadvantages of loss of 30 vision and palpation.

Videotorakoskopik cerrahi, günümüzde sağlam temellere ulaşmıştır. Uzun yıllar sınırlı uygulamalarda kullanılan torakoskopi 1980'lerin başında Toraks içi patolojilerin tanı ve tedavisinde yaygınlık kazanmış, 1990'larm başında endokamera ve video teknolojisindeki gelişmelere paralel, laparoskopinin ardından gelişme olanağı bulmuştur. Plevral biopsi, spontan pnömotoraksın tedavisi, torakal sempatektomi gibi başlangıç uygulamalarının yanı sıra, mediasten kitlelerinin ekstirpasyonu, özefagus cerrahisi, perikardial window ve lobektomi ve pnömonektomi dahil her türlü akciğer rezeksiyonu gibi cerrahi girişimler yapılır olmuştur⁽¹⁾.

Materyal ve Metod

Haziran 1993 - Haziran 1994 tarihleri arasında 29 hastaya 37 videotorakoskopik girişim yapılmıştır. Yaşları 16-65 arasında ortalaması 39'dur. İşlemler bir olgu dışında genel anestezi altında çift lümenli tüp uygulaması ve tek akciğer ventilasyonu ile gerçekleştirilmiştir. Videotorakoskopi uygulama endikasyonları Tablo I'de ve yapılan işlemler Tablo II'de gösterilmiştir.

Bulgular

Tekrarlanan torasentez ve plevral biopsilere rağmen, tanı konulamayan 12 olguda ve ayrıca İntersitisyel fibrozisli bir olguda ve perikard tamponu ile birlikte plevral effüzyonu olan bir olguda olmak üzere 14 plevral biopsi alınmıştır. Plevral biopsi sonuçları Tablo IU'de gösterilmiştir.

Bilateral olmak üzere Raynaud Hastalığında ve nörovasküler hastalık, Buerger ve hiperhidroz nedeniyle 11 torakal sempatektomi yapılmıştır. Dört Spontan pnömotoraks olgularının 2'sinde persistans ve 2'sinde rekürrens nedeniyle 4 Büllektomi ve 3 Apikal plörektomi yapılmıştır. Bir olguda malign perikardial tamponad ve tamponadla birlikte plevral effüzyonu olan bir olguda olmak üzere 2 perikardial pencere açılmıştır. İntersitisyel fibrozis düşünülen bir olguda akciğer biopsisi için ve bir olguda metastatik lezyon nedeniyle wedge rezeksiyon yapılmıştır. Arka mediastede lokalize kitlesi olan olguda nörilemmoma öntanısı ile kitle ekstirpasyonu yapılmıştır.

Bir olguda yoğun plevral yapışıklık nedeniyle planlanan videotorakoskopik sempatektomi ger-

Tablo I. Videotorakoskopi endikasyonlar

Plevral Hastalık	12
Spontan Pnömotoraks	4
Nörovasküler Hastalık	3
Buerger	2
Raynaud Hastalığı	2
Perikard Tamponadı	2
Hiperhidroz	1
Akciğer Biopsisi	1
Metastatik Nodul	1
Arka Mediasten Kitlesi	1
Toplam	29

Tablo III. Plevral Biopsi Sonuçları

Mezotelioma	5
Fibropürülan plörit	4
Tüberküloz	1
Multipl myelom	1
Primer pulmoner lenfoma	1
Eksudatif plörit	1
Toplam	14

çekleştirememiştir (%3.4). Videotorakoskopi uyguladığımız sırasında acil açık torakotomi gereği doğmamıştır. Hiçbir olgumuza peroperatif ve postoperatif kan transfüzyonu yapılmamıştır. Operasyon süreleri işlem farklılığına göre değişmekle birlikte, gittikçe azalmakta ve torakal sempatektomi ve spontan pnömotoraks gibi işlemlerde yarım saatin altına inmiş durumdadır. Hastanede kalış süresi 1 ile 5 gün arasında ve ortalama 2.4 gündür. Bir olgumuzda posttorakotomi ağrısı gelişmiştir (%3,4).

Tartışma

Videotorakoskopi toraks içi patolojilerin tanı ve tedavisinde minimal invaziv cerrahi olanaklarını sunarak çığır açmıştır¹¹. Plevral hastalıkların yaklaşık %25'inde tekrarlanan torasentez ve plevral biopsilere rağmen tanıya ulaşılamamaktadır¹². Buna neden olarak plevral patolojinin adacıklar şeklinde dağılması ve uygun alandan ve yeterli materyal alınamaması gösterilebilir. VATS ile plevral yüzey geniş olarak gözlemlenmekte ve yerinden uygun biopsiler alınmakta ve tanı oranı %100'e ulaşmaktadır. Ayrıca ampiyem olgularında debrütman ve irrigasyonlar ile dekortikasyona gidış azaltılır. Spontan pnömotoraks ta ve torakal sempa tek to mide VATS standart yaklaşık olmaktadır^(3,4,5). Bul rezeksiyonu endostaplerler ile gerçekleştirilmekte ve komplet apikal plörektomi yapılmaktadır⁽⁵⁾. Nöri-nom ve mediastinal kistlerin ekstirpasyon ve aspirasyonu rutin olarak yapılmaktadır^(6,7). Tümör cerrahisinde yeri tartışmalı olmakla birlikte, klasik cerrahi prensipler terk etmeden kullanımı geliştirilebilir. Ayrıca evrelemede yararlı olabilir⁽⁸⁾. Trav-

mada artan oranda kullanma potansiyeli taşımaktadır⁽¹⁰⁾.

VATS küçük insizyona bağlı düşük postoperatif ağrı ve bunun sağladığı düşük atelektazi ve pnömoni insidansı ve kısa hastanede kalış avantajlarına sahiptir⁽¹⁰⁾. Posttorakotomi sendromu görülme sıklığı serimizde %3.4 gibi torakotomiye kıyasla 10 kere daha azdır⁽¹¹⁾.

Kliniğimizde başlangıç döneminde geniş hasta spektrumunda uygulanmıştır. En çok uyguladığımız işlemler olarak plevra biopsilerinde yüksek tanı değeri taşımaktadır. Torakal sempatektomilerde ve spontan pnömotoraksta klasik torakotominin kesin alternatifidir. Anestezi uyumu ile acil olgularda artan oranda kullanmayı planlamaktayız.

VATS uygularken klasik cerrahi temelleri yeni teknik adına feda etmemeliyiz. Uzun vadede fayda-maliyet açısından mini torakotomi ile prospektif randomize çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Mack MJ, et al: Present role of thoracoscopy in the diagnosis and treatment of disease of the chest Ann Thorac Surg 54:403-9,1992.
2. Boutin C, Astoul P, Scítz B: The role of thoracoscopy In the evaluation and the management of pleural effusins. Lung 168:1113-21,1990.
3. Nathanson LK, Shimi SM, VWood RAB, Cuschieri A: Videothoracoscopic liation of bulla and pleurectomy for spontaneous pneumothorax. Ann Thorac Surg 52:316-19,1991.
4. Urschel HC: Dorsal sympatectomy and management of thoracic outlet syndrome with VATS. Ann Thorac Surg 56:717-20,1993.
5. Waller DA, Yörük Y, Morrıt GN, Fortı J, Dark JD: Videothoracoscopy in the treatment of spontaneous pneumothorax: an initial experience. Ann Roy Coll Surg Eng 75:237-40,1993.
6. Hazelrigg SR, Landrcneau RJ, Mack JM, Acuff TE: Thorascopic resection of mediastinal cysts. Ann Thorac Surg 56:659-60,1993.
7. Naunhem KS: Videothoracoscopy for masses of the mediastinum. Ann Thorac Surg 56:657-8,1993.
8. Kirby TC: Thorascopic lobectomy. Ann Thorac Surg 56:1285-89,1993.
9. Goracber GM, Jones DR: The role of Thoracoscopy in thoracic trauma. Ann Thorac Surg 56:6468,1993.
10. Conacher İD: Pain relief after thoracotomy. Bri J Anaes 65:806-12,1990.