

TORAKOSKOPIK TORAKAL SEMPATEKTOMİ

THURACOSCOPIC THORACAL SYMPATHECTOMY

Dr. Melih Hulusi US, Dr. Ahmet BALTALARLI, Dr. Orhan ÇAKIR, Dr. Kaan İNAN, Dr. Arif TARHAN, Dr. Oryal ERDİK, Dr. Turgut İŞITMANGİL, Dr. Mutasım SÜNGÜN, Dr. Ömer Yüksel ÖZTÜRK

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Bölümü, İSTANBUL

Adres: Yrd. Doç. Dr. Melih Hulusi US, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Bölümü, Kadıköy / İSTANBUL
e-mail: melihus@snu.com.tr

Özet

Sempatektomi tedaviye dirençli ve ağır Raynaud vakalarında uygulanan bir tedavi şeklidir. Bu işlemin torakoskopik yolla uygulanması ülkemizde sık olarak kullanılmamaktadır. Kliniği'mizde, sempatektomi prosedürü 1997 yılına kadar konvansiyonel yolla opere edilirken, 1997 yılından itibaren sempatektomi torakoskopik yaklaşımla yapılmaktadır. 1997'den bu yana 30 olguda 60 adet torakoskopik sempatektomi uygulandı. Sonuçlar operasyon süresi, yoğun bakımda kalış süreleri, mobilizasyon, dren gerekliliği, kozmetik sonuçlar ve hasta konforu yönünden değerlendirilmiştir.

Raynaud hastalığının tedavisinde torakoskopik sempatektomi hızlı, güvenli, ekonomik ve etkili bir yöntemdir. Sempatektomi gerektiren uygun vakalarda, ülkemizde de, ilk seçenek olarak uygulanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Torakoskopik sempatektomi, Raynaud hastalığı.

Summary

Sympathectomy is considered to be the most effective treatment for Raynaud's disease in drug resistant patients. But this operation is not performed on enough number of patients with thoracoscopic technique in our country. Until 1997 all patients who needed sympathectomy were operated on by conventional method but since 1997 thoracoscopic approach has been used 60 times in 30 patients successfully in our clinic. We investigated our results for, operation time, stay in intensive care unit, ambulation, need for thoracal drainage tubing system, cosmetic and comfortability for patients.

Our initial results indicate that the thoracoscopic sympathectomy approach to Raynaud's disease is a safe, economic, and effective treatment. It should be a first choice also in our country for appropriate patients.

Keywords: Thoracoscopic sympathectomy, Raynaud's disease.

Giriş

Torakal sempatektomi üst ekstremitayı ilgilendiren vazospastik damar hastalıkları tedavisinde uygulanan standart tekniktir. Göğüs kalp damar cerrahisi uygulamaları hemen her alanda yerini hızla, daha az invaziv olan yöntemlere bırakmaktadır. Son yıllarda torakal sempatektomi ameliyatları da bu eğilimden etkilenmiş ve yurtdışındaki bazı kliniklerde standart yöntem haline almıştır [1,2]. Ülkemizde ise uygulamalar oldukça

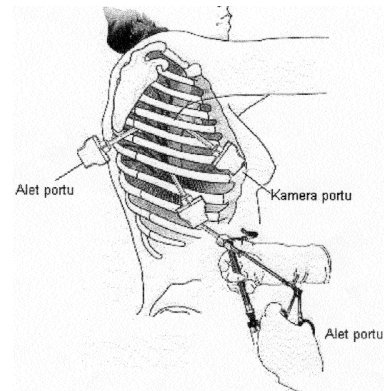
az sayıdadır [3]. Bu yöntem 1997 yılından itibaren kliniğimizde rutin uygulanmaktadır. Oldukça başarılı olan erken dönem sonuçlarımızdan yola çıkarak torakal sempatektominin, torakoskopik yöntemle konvansiyonel metdotla aynı derecede başarı ile gerçekleştirilebileceğini ve hasta açısından da tercih edilebileceğini öne sürmekteyiz.

Materyal ve Metod

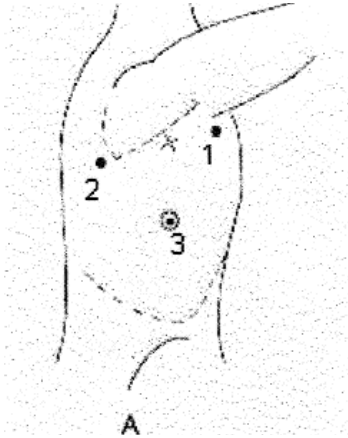
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği'nde, Kasım 1997'den günümüze kadar, torakoskopik yöntemle, 30 hastaya, bilateral olarak gerçekleştirilenlerle birlikte toplam 60 torakal sempatektomi uygulandı. Semptomatik olan ve soğuk testi pozitif hastalar ve medikal tedaviye cevap alınamayanlara operasyon uygulandı. Hepsinde soğuğa maruz kalmakla ellerde ortaya çıkan şiddetli ağrı, uyuşma, iğnelenme hissi semptomları vardı. Bunlardan 13 tanesinde (%43.3) ellerde distrofik cilt değişiklikleri ve parmaklarda nekrotik yaralar bulunmaktaydı.

Hastaların tamamı erkek, yaşları 19 ile 31 arasındaydı (ortalama yaş 24). Genel anestezi altında, müdahale edilecek taraf 30° yan, aynı taraf kolu baş üstüne asılmış olarak pozisyon verildi (Resim 1). Entübasyon çift lümenli sol bronş tübü (Carlens çift lümenli entübasyon tüpü) ile yapıldı. Meme başının 2 cm lateralinde 4. interkostal aralıktan ve koltuk altı kıl çizgisinin hemen altında 2. interkostal aralık orta ve arka hatlardan biri 10 ikisi 5'er milimetrelilik üç adet torakar yerleştirildi. Ortadakinden 10 milimetrelilik torakardan kamera ve diğer ikisinden aletler geçirildi (Resim 1, Resim 2).

Akciğerin kollabe olmasını takiben önce parietal plevra



Resim 1: (Minimal invazif) Torakoskopik olarak uygulanan sempatektomide hasta potürü ve torakal sempatik zincire ulaşım.



Resim 2: Torakoskopik torakal sempatektomide sempatik zincire ulaşım 3 adet porttan sağlandı: 1 nolu port; 2. interkostal aralık orta aksiller çizgi üzeri 10 mm. (kamera portu), 2 nolu port; 2. interkostal aralık arka koltukaltı çizgisi üzeri 5 mm. (alet portu), 3 nolu port; 4. interkostal aralıktan meme başının 2 cm. laterlinden (alet portu).

cuyla tutuldu ve disseksiyon makası ile açıldı. Takiben makasın yerine sorulan dissektör ile zincir serbestleştirildi. Takiben tutucu ile sempatik zincir tutularak askıya alındı ve eksize edildi. Eksizyon bölgesi serum fizyolojik ile irrije edildi ve mevcut kanama odakları koterize edildi. Bu esnada alınan parçalardan frozen section yapılarak materyalin sempatik ganglion olduğu patolojik olarak desteklendikten sonra basit bir serum setinin, bir kap içerisinde, su seviyesinin altında tutularak ve anestezinin pozitif basınç desteği (20 cm-Su) ile toraks içerisindeki hava çıkarıldı. Toraks dreni konmadan işlem tamamlandı.

Bulgular

Ortalama operasyon süresi 52 dakikaydı (37 ile 84 dakika arasında). Bütün hastalar ekstübe edilerek ameliyat sonrası gözlem odasına alındı. Akciğer grafisi ile değerlendirildi, hiçbirinde pnömotoraks ya da hemotoraks saptanmadı. Bir saat takip edildikten sonra servise çıkarıldı ve aynı gün mobilize edildi. İlk 5 vakada bilateral işlemler iki seansda yapıldı. Sonraki 25 vakada iki tarafa da operasyon aynı seansta tamamlandı. Hastanede kalış süreleri ortalama 2.5 gündü (en az 1 en fazla 4 gün). Bütün hastalar 1. günde ellerinin sıcak ve kuru olduğunu bildirdi. Ortalama takip süresi 11.3 ay idi (en az 5 en fazla 17 ay) ve bu süre boyunca şikayetlerinin önemli ölçüde azaldığı, distrofik cilt değişiklikleri olanlarda belirgin iyileşme olduğu gözlemlendi. Bu dönemde hastaların %98.4'ünde herhangi bir yakınma oluşmadı. Hiçbir hastada ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi. Öte yandan retrospektif olarak yaptığımız konvansiyonel yöntem araştırmamızda; operasyon süreleri ortalama 68 dakika olurken, tüm hastalar kapalı sualtı dreni ile yoğun bakıma alınmış ve postoperatif ortalama 26. saatte drenleri çekilerek kliniğe alınmışlardır. Bütün hastalarda yoğun bakımda kaldıkları sürede parenteral klinik yatış dönemlerindeyse peroral olarak analjezik ajanlar verilmiş ve hastalar postoperatif ortalama 6. günde taburcu edilmişlerdir. Tüm konvansiyonel yolla opere edilen hastalarda kozmetik yönden memnuniyet saptanamamıştır.

tutu-

Tartışma

Raynaud fenomeni, Burger hastalığı, hiperhidrosis, cerrahi olarak düzeltilemeyen arteriyel yetmezlik, kozalji, refleks sempatik distrofi, soğuk yaralanması sonucu gelişen soğuk duyarlılığı, torakal sempatektominin başlıca uygulama alanlarıdır [4]. Bu grupta yer alan hastalar genellikle genç kadın popülasyon olmakta bu da minimal invaziv yaklaşımları özellikle de kozmetik avantajları yönünden daha da tercih edilir hale gelmesini sağlamaktadır. Uygun durumlarda mutlak gerekli ve faydalı olan bu işlem ülkemizde de yaygın olarak uygulanan tekniktir. Ancak cerrahinin bütün alanlarında olduğu gibi, genel eğilim, operasyonların daha az invaziv olan tekniklerle yapılması yönündedir; bu yüzden torakoskopik sempatektomi tercih edilen yöntem olmalıdır.

Torakoskopik sempatektominin hasta açısından başlıca olumlu etkileri; yara iyileşmesinin daha kısa sürmesi, ağrının daha az, hastanede kalış ve günlük hayata dönüş süresinin daha kısa olması ve kozmetik avantajları sayılabilir. Cerrahi açıdan ise sahanın aydınlatılması ve görüntülenmesinin çok daha iyi olması, konvansiyonel yöntemle kullanılan aletlerin daha mükemmel olması, daha az kanamaya yol açması, kapalı sualtı drenaj sistemine gerek kalmadan akciğerlerin ekspansiyonunun sağlanabilmesi başlıca avantajlarıdır. Plevral yapışıklığı bulunanlarda uygulamanın daha güç olacağını düşünmekteyiz, ancak torakoskopik yöntemlerin reoperasyon gerektiren vakalarda da yüksek mortalite ve morbiditeye yol açmadan uygulanabileceği bildirilmektedir [5].

Teknik olarak ganglionun çıkarılmadan sadece koterize edilmesi ile de başarılı sonuçlar bildirilmektedir [2]. Ancak işlem başarısının patoloji ile de desteklenebilmesi için sempatik ganglionun çıkarılmasının daha uygun olduğu düşüncesindeyiz. Üç adet giriş deliğinin bu işlem için yeterli olduğu ve CO₂ gazı kullanılmasına gerek bulunmadığı görüşündeyiz.

T1 ganglionun çıkarılmaması konusunda [6] bazı tartışmalar bulunmakla beraber, Raynaud'lu hastalarda Stellar ganglionun 1/3 alt kısmının ve sempatik zincirin T2 ve T3 segmentlerinin çıkarılmasının gerekli olduğunu ve bunun Horner sendromuna yol açmadığını tesbit ettik.

Raynaud hastalığının tedavisinde torakoskopik sempatektomi hızlı, güvenli, ekonomik ve etkili bir yöntemdir. Uygun vakalarda konvansiyonel, açık yöntemin yerini tamamen torakoskopik yöntemle bıraktığını ve ülkemizdeki uygulamasında bu şekilde olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Gossot D, Toledo L, Fritsch S, et al: Thoracoscopic Sympathectomy for Upper Limb Hyperhidrosis: Looking For the right operation. Ann Thorac Surg 1997;64:975-8
2. Hsia JY, Chen CY, Hsu CP, et al: Outpatient Thoracoscopic Limited Sympathectomy for Hyperhidrosis Palmaris. Ann Thorac Surg 1999;67:258-9.
3. Kırallı K, Güler M, Akıncı E, et al: VATS ve / veya Minitorakotomi ile Yaptığımız CABG Dışı Kardiyak ve Non-kardiyak Cerrahi Girişimler. GKDC dergisi 1998;6:301-5.
4. Haimovici H: Haimovici's Vascular Surgery, Principles and Techniques. New York, Blackwell Science Inc. 1996;1119.
5. Yim APC, Liu HP, Hazelrigg S, et al: Thoracoscopic Operations on Reoperated Chests. Ann Thorac Surg 1998; 65:328-30.
6. Polumbo LT: Upper Dorsal Sympathectomy without Horner's Sendrom. Arch Surg 1955;71:743-51.