

BRONŞEKTAZİ NEDENİYLE REZEKSİYON UYGULADIĞIMIZ 30 VAKANIN ANALİZİ

Dr. K. Gürol AKYOL*, Dr. Güven Sadi SUNAM*, Dr. Sami CERAN*, Dr. Mehmet GÖK**,
Işık SOLAK*, Dr. Hasan SOLAK*

* S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniği

ÖZET

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde 1983-1995 yılları arasında 30 bronşektazi vakası opere edilmiştir. Vakalardan 16'sı erkek 14'ü kadındır. En küçük vakamız 6 yaşında en büyüğü 60 yaşındadır. 2 hastaya sağ alt lobektomi, 3 hastaya sağ orta lobektomi, 4 hastaya sağ orta ve alt lobektomi, 1 hastaya sol üst lobektomi, 9 hastaya sol alt lobektomi, 1 hastaya lingulektomi, 8 hastaya sol alt lob ve lingula rezeksiyonu, 2 hastaya sol pnömonektomi uygulanmıştır. Postoperatif erken dönemde 3 vaka kaybedilmiş, diğer vakalarda ise tam şifa görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi

SUMMARY

Analysis of 30 Patients Who and Had Been Caused By Bronchestasia Were Operated

Between 1983-1995 thirty patients had been operated at the Department of Thorax and Cardiovascular Surgery. 14 of whom were female others were male. The smallest patient had six years old and the oldest patient had sixty years old. 2 patient were treated with right lower lobectomy, 3 were right middle lobectomy, 4 were right middle and lower lobectomy, 1 was left upper lobectomy, 9 were left lower lobectomy, 1 was lingulectomy, 8 were left lower lobectomy and lingulectomy, 2 were left pneumonectomy. In early postoperative period, 3 patient were lost, others were healed.

Key Word: Bronchiectasia.

GİRİŞ

Bronşların normal şekline bir daha dönemeyecek şekilde genişlemesi bronşektazi olarak tanımlanmaktadır. Bronşektazi patogenizinde değişik teoriler ortaya atılmakla birlikte genel olarak konjenital nedenler ve daha sonra geçirilen bronkopulmoner enfeksiyonlar, bronş obstrüksiyonları, tüberküloz gibi edinsel nedenler suçlanmaktadır (1,2,3,5).

Önceleri çok yaygın görülmesine rağmen bronkopulmoner enfeksiyonlarda etkin antibiyotik tedavisinin yapılabilmesi, tüberküloz tedavisinde sağlanan başarı ve kızamık, boğmaca gibi çocukluk

çağı enfeksiyonlarının da aşılama ile minimal seviyeye indirilmesi bronşektazi görülme sıklığını azaltmıştır (2,3,4,8). Bu makalede vakalar çeşitli yönlerden literatür ışığında incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde 1983-1995 yılları arasında bronşektazi nedeni ile opere edilen 30 vaka retrospektif olarak incelendi. Vakaların 16'sı erkek 14'ü kadındır. Hastaların en küçüğü 6 yaşında en büyüğü 60 yaşında, yaş ortalaması 20'dir. Hastaların yaş ve cins dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir.

Haberleşme Adresi: Dr. Kazım Gürol AKYOL, S.Ü.T.F. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, KONYA

Tablo 1: Vakaların yaş ve cins dağılımları

Yaş	Erkek	Kadın	Toplam Vaka Sayısı
0-10	4	2	6
10-20	4	5	9
20-30	5	3	8
30-60	3	4	7
Toplam	16	14	30

Hastalarda değişik şiddet ve miktarlarda olmak üzere öksürük, nefes darlığı ve balgam çıkarma ortak semptomdu. Hastaların 5'inde ilave olarak hemoptizi ve 4'ünde çomak parmak mevcuttu.

Fizik muayene bulgusu olarak lezyon tarafında dinlemekle kaba-ronküsler ve raller alınmaktaydı.

Hastalara rutin olarak PA akciğer grafisi, EKG çekimi ile biyokimyasal ve hematolojik tetkikler yaptırıldı. Lökositoz ve sedimantasyon yüksekliği bütün hastalarda mevcuttu. PA direkt akciğer graflerinde lezyona uyan lokalizasyonlarda ekmek içi manzarası şeklinde tarif edilen irregüler dansite artışı mevcuttu.

İlk on vakada kesin tanı bronkografi ile konulurken daha sonraki vakalarda bilgisayarlı tomografi kesin teşhis metodu olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların etyolojik dağılımı tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Etiyolojik Dağılım

Konjenital	Yok
Akkiz	
1- Geçirilmiş kızamık, boğmaca gibi enfeksiyonlar ve yabancı cisim aspirasyonlarına sekonder	19
2- Tüberküloz	7
3- Sekestrasyon	1
4- Orta lob sendromu	3

Lezyonun bulunduğu tarafa standart posterolateral torakotomi uygulanarak lezyonlu segment, lob ya da akciğer çıkarıldı. Yapılan rezeksiyonların dağılımı tablo III de gösterilmiştir.

Tablo 3. Uygulanan rezeksiyonların dağılımı

Sağ alt lobektomi	2
Sağ orta lobektomi	3
Sağ orta ve alt lobektomi	4
Sol üst lobektomi	1
Sol alt lobektomi	9
Lingulektomi	1
Sol alt lobektomi + Lingulektomi	8
Sol pnömonektomi	2

Postoperatif erken dönemde gözlediğimiz komplikasyonlar tablo IV'de özetlenmiştir.

Tablo 4. Erken postoperatif komplikasyonları

Vaka Sayısı	Komplikasyon	Tedavisi
2	Ampiyem	Drenaj
1	Yara enfeksiyonu	Lokal pansuman+Antibiyotik
1	Kanama	Kan replasmanı tedavisi
2	Bir haftadan fazla süren hava drenajı	Tıbbi tedavi

Postoperatif dönemde bir vakamız yedinci gün septik emboli nedeni ile, bir vakamız 3. gün serebral aspirasyon pnömonisi ve bir vakamızda ikinci gün solunum yetmezliği sebebiyle ex oldular.

Diğer vakaların birinci ay ve birinci yıl kontrollerinde semptomların kaybolduğu ve yaşam kalitelerinin arttığı saptandı.

TARTIŞMA

Bronşektazi Laennec'in 1819' da yaptığı ilk tanımlamadan beri bilinen bronşların irreversibl genişlemesidir (2). Bronşektazi patogenezi henüz tam aydınlatılamamış olmasına rağmen birçok teori or-

taya atılmıştır (6). Ancak temel neden bronşların duvar rijiditesini sağlayan destek yapıların ya konjenital olarak zayıflığı ya da daha sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar nedeni ile elastik ve müköler tabakaların destrüksiyonudur (4).

Bizim vakalarımızdan 19'unda çocukluk çağı enfeksiyonları ve yabancı cisim aspirasyonlarına ise-konder bronşektazi görülmüştür. Bu, çocuk morbidite ve mortalite oranı yüksek olan ülkemizin genel yapısını yansıtmaktadır. Literatür incelendiğinde çocukluk çağı enfeksiyon problemini halletmiş gelişmiş ülkelerin daha çok konjenital bronşektazilerle uğraştıkları görülmektedir (2,4,7,8,10).

Kalan 11 vakanın 10'u tüberküloza sekonder gelişmiş bronşektazi idi. Bu da ülkemizde tüberkülozun hala problem olmaya devam ettiğinin bir göstergesidir.

Bronşektazili hastaların değerlendirilmesinde en basit yöntem PA akciğer grafisidir. Çekilen grafilerde lezyon bölgesinde genellikle bal peteği görünümü veya ekme içi manzarası karakteristiktir. Diafragma düzensizliği, sinüs kapalılığı, pnömoniler bazen hava sıvı seviyesi gösteren kistik oluşumlar gösterebilirler (2,4,6). Vakalarımıza çektiğimiz akciğer grafilerinde yukarıda bahsettiğimiz tüm bulgulara rastladık. Buna rağmen PA akciğer grafisi kesin teşhis yöntemi olmayıp hastaya mutlaka bronkografi veya bilgisayarlı akciğer to-

mografisi çekilmelidir. 1988'den sonra hastanemizin teknik imkanlarının gelişimi ile bilgisayarlı tomografi hastalarımızın kesin tanı yöntemi olmuştur.

Bronşektazi tedavisi konservatif ve cerrahi olarak ikiye ayrılır. Medikal tedavi hastalığı minimal ve asemptomatik olan vakalar, eşlik eden hastalığı nedeniyle cerrahi girişimi tolere edemeyecek ilerlemiş vakalara, pulmoner fonksiyonları çok azalmış hastalar ile bronşektazi tanısı yeni konmuş ve yeterli süre medikal tedavi almamış olan vakalara uygulanır (8).

Hastalarımızda cerrahi mortalite 3 hasta ile % 10 du. Bu mortalite oranının yüksek olmasının nedenleri ise birinci vakada operasyon esnasında Carlen tüp kullanılmamasına bağlı oluşan aspirasyon pnömonisi idi. İkinci vakamızda preoperatif solunum yetmezliği zaten mevcuttu. Ancak masif hemoptizi nedeni ile acil opere edilmişti. Postoperatif solunum desteği verilmesine rağmen kaybedildi. 3. vakada ise postoperatif 7. gün ani ölüm görülmüştü ve muhtemel ölüm nedeni serebral semptomatik emboli olarak düşünüldü.

Bronşektazide tedavi kadar korunma da son yıllarda vurgulanmaktadır. Geliştirilen aşı kampanyaları ile kızamık ve boğmaca gibi çocukluk çağı enfeksiyonlarının kontrol altına alınması, tüberkülozla yapılan etkin mücadele, antibakteriyel tedavilerin başarılı ve yeterli süre uygulanması bronşektazi problemini azaltacaktır.

KAYNAKLAR

- 1) Solak H. Bronşektazi. Göğüs Cerrahisi, Konya, Atlas Kitabevi. 1993, 100-5.
- 2) Balcı K. Bronşektazi in: Balcı K, Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1993: 181-190.
- 3) Hacıhanefioğlu U. Bronşektaziler in: Hacıhanefioğlu U, Akciğer Hastalıkları Patolojisi, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 1993: 21-28.
- 4) Yüksek T, Ersöz A, Solak H, Yeniterzi M, Yılmaz O, Özpınar C. Bronşektazi S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 1988; 4: 83-96.
- 5) Aykan TM- Tüzüner N, Sav A, İnce U. Bronşektazi in: Kısa patoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 1986; 459-461.
- 6) Hood RM. Bacterial infections of the lungs in : Shields TW. General Thoracic Surgery, Philadelphia, Williams and Wilkins 1994: 9310-954.
- 7) Tright PV. Lung infections and diffuse interstitial lung disease in: Sabistan CD Spencer FB. Gibbon's Surgery of the Chest, WB. Saunders Company 1990: 615-670.
- 8) Dağlı E, Uçanok K, Alp M, Çetin G. Çocukluk Çağında Bronşektazi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1987; 30: 171-180.
- 9) Mavliutova MG, Klimonov VV. Late Results of surgical treatment of bronchiectasis in children. Khirurgiia-Mosk. 1989; 11: 69-72
- 10) Leviston NS. BRonchiectasis in childhood. Pediatric Clinics of North America 1984; 4: 865-878.