

HARAP AKCIĞER

Dr. Tahir YÜKSEK*
Dr. Ali ERSÖZ*
Dr. Hasan SOLAK*
Dr. Mehmet YENİTERZİ*
Dr. Osman YILMAZ**
Dr. Cevat ÖZPINAR***

SUMMARY

Between May 1984-April 1988 7 cases with destroyed lung were treated at S. Ü. Faculty of Medicine Thoracic and Cardiovascular Surgical Department. The youngest and oldest patients were 5 and 47 years old. Patients presented themselves with coughing, purulent sputum, dyspnea, pleural pain and hemoptysis. Clubbing of fingers was common in all cases. We obtained no perfusion in the destroyed lung side whom we could research. Surgical treatment with 5 pneumonectomy and 2 pleuro-pneumonectomy were corned out. There were 2 empyema as post operative complication with broncho-pleural fistula in one patient. This patient died following thoracoplasty. The other patient is still alive with open drainage.

ÖZET

Bu çalışmada, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda Mayıs 1984-Nisan 1988 tarihleri arasını kapsayan süre içerisinde geçirilmiş ağır akciğer enfeksiyonlarına bağlı olarak gelişen 4'ü kadın, 3'ü erkek olmak üzere toplam 7 harap akciğer

* : S.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri.

** : S.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** : S.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

vakası teşhis ve tedavi özellikleri açısından incelenmiştir. Hastaların en küçüğü 5, en büyüğü 47 yaşında olup, yaş ortalaması 23'tür. Hastaların hepsinde öksürük, pürülan balgam çıkarma ve nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. Vakaların bir kısmında ilave olarak hemoptizi, çomak parmak ve yan ağrısı vardı. Tetkik imkanı bulduğumuz hastalarda harap akciğer tarafında perfüzyon yokluğu tespit ettik. 5 vakaya pnömonektomi, 2 vakaya da plöroptnöminektomi uyguladık. 2 vakada postoperatuvar ampiyem gelişti. Bunların birinde bronkoplevral fistül mevcuttu. Bu hasta daha sonra uygulanan torakoplasti sonrasında kaybedilmiştir. Diğer hasta torakoplastiyi kabul etmediği için açık drenajla hayatını devam ettirmektedir.

Sağ ve sol akciğerlerden birinin bütünüyle parankim yapısının bozularak normal fonksiyonu olan gaz değişimini hiç yapamaz duruma gelmesi halinde o akciğerin harap olduğundan söz edilir. Söz konusu durum sağ veya sol akciğerin bütününe tutmaz, lob veya segmentlerini ilgilendirirse o zaman harap akciğerden bahsedilmez.

Birkaç segmenti veya lobu kronik, spesifik veya nonspecific enfeksiyona bağlı olarak harabiyete uğramış vakalarımızı bu çalışmaya dahil etmedik. Bu yüzden harap akciğer olarak son 4 yıllık sürede tespit edip cerrahi tedavi uyguladığımız vaka sayısı 7 gibi küçük bir sayıdır. Fakat halen bir akciğeri bütünüyle harabiyete götürecek derecede ağır seyredabilen enfeksiyon hastalıklarına dikkati çekmek ve harap akciğerle ilgili klinik, laboratuvar ve tedavi özelliklerini gözden geçirmenin faydalı olacağına inandığımız için vaka sayısı az da olsa yayınlamayı uygun bulduk. Literatür taramamızda bu başlık altında bir yayına rastlayamadık.

MATERYAL VE METOD

Mayıs 1984-Nisan 1988 tarihleri arasını kapsayan 4 yıllık sürede harap akciğer teşhisi konulup, cerrahi tedavi uygulanan vaka sayımız 7'dir. Vakaların 4'ü kadın, 3'ü erkektir. En küçük hastamız 5 yaşında bir erkek çocu-

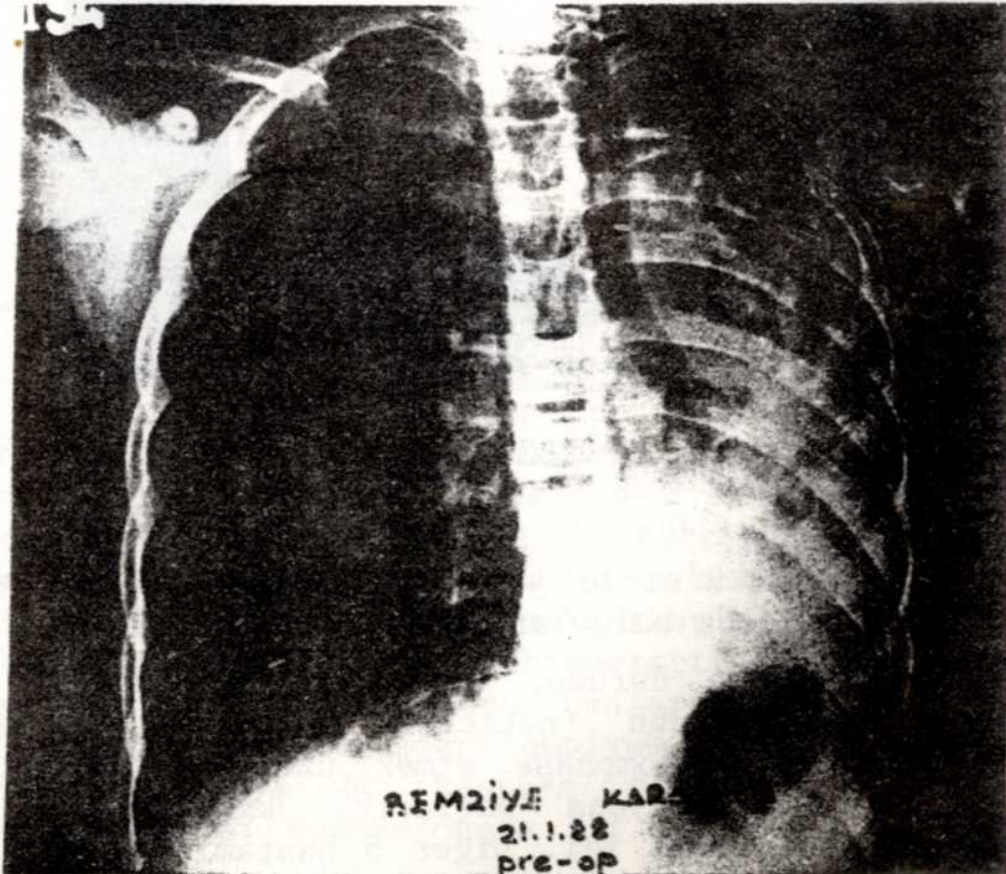
ğudur. En yaşlı hastamız 47 yaşındadır. Yaş ortalaması 23'tür.

Hastaları bize müracaat ettiren semptomlar eforla gelen nefes darlığı, pürülan balgam çıkarma, hemoptizi ve lezyon tarafında yan ağrısıdır. Bütün vakalarımızda, 3 vakadaki hemoptizi hariç, yukarıdaki semptomların hepsi mevcuttu.

Fizik muayenede; harap akciğerin bulunduğu tarafta, normal tarafa göre hafif çöküklük, solunuma az katılma gözlemlendi. Oskültasyonda lezyon tarafında kaba bronşiyal raller alındı. 7 vakada da bu bulgular mevcuttu. Pediatrik 3 vakamızda ilave olarak çomak parmak deformitesi mevcuttu.

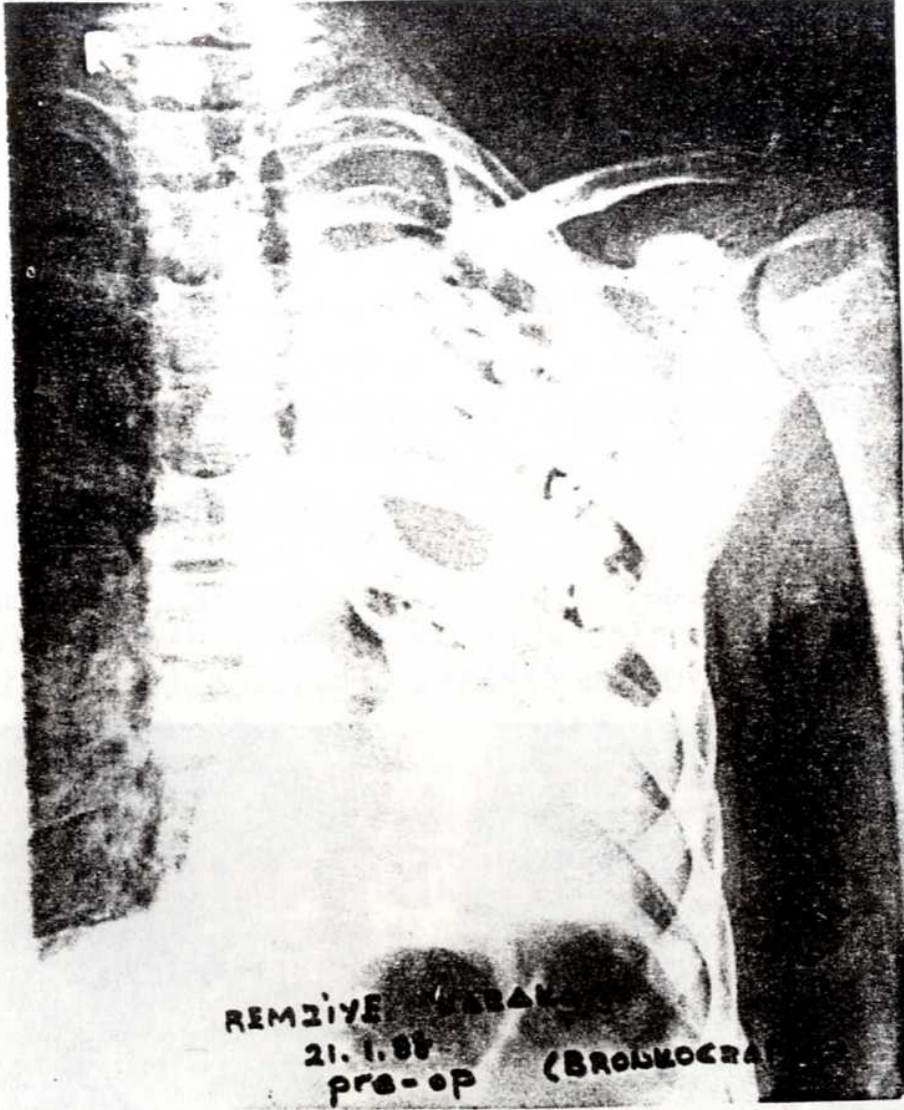
Vakaların rutin kan tetkiklerinde lökositoz ve sedimantasyon yüksekliği dışında başka patolojik bulgu tespit edilemedi.

Vakaların PA akciğer grafilerinde, hemen hemen hepsinde aynı bulgular mevcuttu. Mediasten ve kalpde lezyon tarafına çekilme, diafragmada yükselme ve homojen olmayan bütün bir hemitoraksı kaplayan pnömonik tarzda infiltratif gölge koyuluğu dikkati çekiyordu (Resim: 1).



RESİM: 1.

Bronkografik incelemede lezyon tarafında bütün bir akciğerin bronşlarını içine alan yaygın sakküler bronşektazi veya güdükleşmiş bronşlar 7 vakada da mevcuttu (Resim: 2).



RESİM: 2.

Vakaların 2'sinde yapılan kan gazları çalışmaları respiratuvar alkaloz bulguları veriyordu, (pCO_2 : 24-26 mmHg, pH: 7,57). Biz bu durumu, bir taraf akciğerdeki sıfıra yaklaşmış ventilasyonu (neticede bozulmuş ventilasyonu/perfüzyon oranını) kompanse etmek üzere karşı akciğerle yapılan hiperventilasyona bağladık. Hastalarda arteriel kanda pO_2 : 70-75 mmHg idi. Diğer 5 hastamızın, onlar kli-

niğimizde yattıkları zaman kan gazları analiz cihazımız olmadığı için kan gazları değerlerine bakamadık.

Maddi imkansızlık sebebiyle akciğer perfüzyon sentigrafisi 2 vaka hariç, diğer vakalarımıza yapılmadı. 0 vakalarda da harap akciğer tarafından perfüzyon hiç yok denecek durumdaydı (Resim: 3).



RESİM: 3.

7 vakanın 2'sinde harap akciğerle birlikte kronik ampiyem de mevcuttu. Bu 2 vakaya plöro-pnöminektomi uyguladık. Diğer 5 vakaya pnöminektomi uygulandı.

Postoperatif pişlerin patolojik incelemelerinde yaşları 8, 13 ve 27 olan 3 hastamızda nonspesifik kronik pnömoni, fibrozis, diğer 4 vakanın 2'sinde kronik akciğer tüberkülozu, fibrozis, 2'sinde de tüberküloz ampiyemi (+) kronik akciğer tüberkülozu, fibrozis tespit edildi. Tüberküloz natürlü olan 4 vakada makroskopik görünüm bize tüberküloz düşündürdüğü için postoperatif dönemde hemen antitüberküloz tedavi başlandı. Bunların birisinde bronkoplevral fistül ve daha sonra ampiyem gelişti. Ampiyem kronikleştikten sonra bu hastaya torakoplasti uygulandı. Bu hastayı ikinci operasyondan bir gün sonra solunum yet-

mezliğinden kaybettik. Diğer bir vakamızda da postoperatif ampiyem gelişti, kronikleşti. Hastamız torakoplastiyi kabul etmediği için açık drenajlı olarak yaşamaktadır.

Nonspesifik natürlü 2 genç hastamızda kısmi bir efor kapasite kısıtlılığı olmasına rağmen kan gazları değerleri istirahatte normal limitlerde seyretmektedir. PA akciğer grafilerinde, kalan sağlam akciğerin mediasteni karşıya ileri derecede iterek hacmini genişlettiği tespit edilmiştir (Resim: 4).



RESİM: 4.

TARTIŞMA

Harap akciğer, lokalize veya yaygın akciğer enfeksiyonlarının bir komplikasyonu olarak meydana gelir. Zamanımızda etkili antibiyotiklere rağmen ihmal edilme veya yetersiz tedavi gibi sebeplerle, tedavisi zamanında yapılmamış, parankim destrüksiyonu yapan ajan patojen enfeksiyonları, harap akciğer oluşmasında rol oynarlar. Bu enfeksiyon ajanlarının başında tüberküloz basili gelir. İkinci sırayı stafilokoklar alır.

Tüberküloz ajanı akciğer parankiminde destrüksiyon yanında bronşiyal destrüksiyon yapma özelliğine de sahiptir. Akciğerde yaygın lezyon olmasa da ana bronşta drenaj engellemesi yapmış bir bronş tüberkülozu veya bronş duvarını tahrip etmiş bir peribronşiyal tüberküloz lenfadenit harap akciğere yol açabilir. Bizim bir vakamızda durum böyle idi.

Kronik ampiyemlerde (özellikle tüberkülozda) ileri dönemde dekortikasyondan sonra akciğerin reekspansiyonu alveoller arası mesafelere doğru plevradan devam eden fibrozis sebebiyle, yaygın hava kaçaklarından ve akciğerin kaybolmuş kompliansından dolayı gerçekleşemez. Hele parankimde de destrüksiyon söz konusu ise bu hiç mümkün olmaz. Akabinde hemen ampiyem gelişir. Böyle durumlarda da alttaki akciğer harap olmuş demektir. Bizim 2 vakamız böyle idi. Onlara plöro-pnömonektomi uyguladık.

Konjenital veya erken çocukluk döneminde geçirilmiş ağır kızamık ve boğmaca pnömonilerine bağlı olarak gelişmiş yaygın sakküler bronşektazilerde daha sonra sık sık tekrarlayan ve tedavisi ihmal edilmiş bronkopnömoniler kısa sürede o akciğerin harap olmasına sebep olmaktadır. Bizim 8, 13 ve 27 yaşındaki 3 hastamızda bu durumu retrograt değerlendirmede tespit ettik.

Harap akciğer çok küçük yaşlarda bile oluşabilmektedir. Bizim vakalarımız içinde 5 yaşında bir çocuk bulunmaktadır. Bu vakamızda peribronşiyal bir tüberküloz lenfadeniti sağ ana bronküsü tahrip ederek bronşa açılmıştı. Oluşan bronşiyal tüberküloz, sağ ana bronküs ve intermedier bronküste kazeifikasyon nekrozu ve destrüksiyondan dolayı total tıkanma ve sağ akciğerde harap olmuş parankime sebebiyet vermişti.

Hastalarda görülme sıklığına göre şikayetler sıra ile; balgam çıkarma, öksürük, hemoptizi, nefes darlığı ve yan ağrısıdır. Biz hastalarımızda bu şikayetlerin bir veya birkaçını birlikte tespit ettik.

Hastalarda akut enfeksiyon dönemlerinde ateş, kırgınlık, genel durum bozukluğu gibi şikayet ve bulgular diğer bulgulara ilave olur.

Hastalarda bol balgam çıkartma ve hemoptizi ya mevcut olan veya sonradan gelişmiş olan yaygın bronşektaziye bağlıdır.

Fizik muayene bulgusu olarak kronik hipoksinin bir neticesi parmaklarda çomaklaşma ve çeşitli derecelerde siyanoz tespit edilebilir.

Lezyon tarafındaki hemitoraksda solunuma katılma azalmıştır. O hemitoraks çoğu kere çöküktür. Perküsyonla matite, dinlemekle kaba bronşiyal bir ses alınabilir.

Basit PA akciğer grafilerinde lezyon tarafında o hemitoraksı bütünüyle işgal eden non-homojen pnömonik tarzda gölge koyuluğu artımı mevcuttur. Trakea, kalp ve diğer mediastinal organlar lezyon tarafına çekilir; o tarafta diafragma yükselir ve interkostal aralıklar daralır. Biz da hastalarımızın PA akciğer grafilerinde aynı bulguları tespit ettik.

Bronkografik incelemelerde bronş destrüksiyonları (darlık ve ektaziler) tespit edilir. Bronkografik görünüm ekseriya ya yaygın sakküler bronşektazi şeklinde veya güdükleşmiş ana ve lob bronküsleri görünümü şeklindedir. Tomografik ve kompüterize tomografik incelemelerde o taraf akciğerin bütünüyle kistik solid bir doku haline geldiği tespit edilir.

Kan gazları incelemesinde hipoksi, bunu kompanse etmek için yapılan hiperpneye ve hiperventilasyona bağlı olarak gelişmiş, pCO_2 düşüklüğü ve respiratuvar alkaloz bulguları tespit edilir. Biz kan gazları analiz cihazımız yeni olduğu için hastalarımızın sadece 2'sinde bu çalışmayı yapabildik ve yukarıda özetlenen bulguları tespit ettik.

Harap olmuş akciğerlerde, akciğerlerin perfüzyon ve ventilasyon sintigrafileri yapılırsa, parankim total

hasarlı olduğu için ve pulmoner vasküler sistemde gelişmiş a-v şantlardan dolayı, ne ventilasyon ve ne de perfüzyon sintigrafilerinde o tarafta hiç aktivite tutulumu söz konusu değildi. Hastanemizde böyle bir imkan olmadığı için ve hastaların maddi imkansızlıkları sebebiyle sadece 2 hastamızda dışarıda perfüzyon sintigrafisi yaptırabildik. Neticede harap olmuş tarafta hiç aktivite tutulumu olmadığını tespit ettik.

Devamlı enfeksiyon odağı oluşturması, hemoptizinin abondan olma ihtimalinin bulunuşu, sağlam taraf akciğere pürülan sekresyonun enfeksiyonu devamlı taşınması, kan gazlarını negatif yönde etkilemesi gibi sebeplerden dolayı, harap olmuş akciğer tespit edilir edilmez, derhal cerrahi olarak tedavi planlanarak pnömonektomi veya plöro-pnömonektomi yapılmalıdır.

Ameliyattan önce hastalar iyice araştırılmalı, spesifik veya non-spesifik olup olmadıkları tespit edilmeye çalışılmalıdır. Spesifik enfeksiyon tespit edilenlerde operasyondan önce ortalama 3 aylık antitüberkülo tedavi uygulanmalı ve onun sonunda ameliyata alınmalı, ameliyattan sonra da 1 yıl kadar antitüberkülo tedaviye devam edilmelidir.

Biz tüberküloza bağlı harap akciğer oluşmuş 4 vakamızda da ameliyat öncesi tüberküloz tespit edemedik. Operasyondaki makroskopik görünüm üzerine tüberküloz olduğuna karar verip, histopatolojik tetkik sonucunu beklemeden hemen antitüberkülo tedaviye başladık. Tetkik neticesi bu 4 vakanın hepsi de tüberküloz olarak geldi.

Genel olarak hastalara ameliyat öncesi geniş spektrumlu antibiyotik başlanılmalı, postural drenajla harap akciğer içindeki pürülan balgam boşaltılmalıdır. İcap ettiği zaman ameliyat öncesi endoskopik aspirasyon yapılmalıdır.

Bu tür hastalarda hastaya pozisyon verildiği zaman ve rezeke edilecek akciğer manüple edilirken pürülan sekresyonun karşı bronşiyal sisteme kaçmasını engellemek için Carlens tipi endotrakeal tüp kullanılmalı ve operasyon sırasında sık sık aspirasyon yapılmalıdır.

Tüberküloz natürlü harap akciğer vakalarında, daha önceden tespit edilip antitüberkülo tedavi başlanılmazsa, postoperatif bronş güdüğü fistülü oldukça sık görülür.

Böyle vakalarda postoperatif ampiyem ihtimali de fazladır. Bizim 2 vakamızda postoperatif ampiyem gelişti. Bunların birinde bronş güdüğü fistülüze oldu. Hastalar hemen kapalı su - altı drenajına alındılar. Drenaj, bir süre sonra minimumale indiği ve mediasten fikse olduğu için drenler açık hale çevrildi. Ampiyem kronik hale dönüştü. Bu hastaların birinde (fistüllü olanda) torakoplasti uygulandı. Postoperatif birinci gün gelişen solunum yetmezliğinden hastayı kaybettik. Diğer hasta torakoplastiyi kabul etmediği için açık drenli olarak hayatını devam ettirmektedir.

3 non-spesifik, 2 de tüberküloz natürlü olmak üzere diğer 5 vakamız komplikasyonsuz seyretmiş olup, pnömo-nektomiye gayet iyi bir şekilde tolere etmişler ve ameliyat öncesi semptomlardan efor dispnesi hariç diğer semptomlar kaybolmuştur.

Son söz olarak; akciğer ve bronşların spesifik veya non-spesifik enfeksiyonlarının tedavileri ihmal edilir veya yetersiz yapılırsa, ileride bu hastaların bir akciğerlerinin tümüyle harabiyetiyle sonuçlanarak karşımıza çıkabileceğini, bu yüzden pulmoner enfeksiyonların hassasiyetle tetkik ve tedavi edilmeleri gerektiğini söylemek isteriz.

KAYNAKLAR

1. AKKAYNAK S., AKYOL T., ENACAR N., MENEMENLİ N., ÖGER O., SOLU S.: Göğüs Hastalıkları, Yeni Desen Matbaası, Ankara, 1968.
2. ANDERSON J. R.: Muir's Textbook of Pathology, Twelfth Ed., London, ELBS, 1985.
3. KISSANE J. M., ANDERSON W. A. D.: Anderson's Pathology. Eighth Ed. Vol. 1., St. Louis, The C. V. Mosby Co. 1985.
4. ROBINS S. L., COFRAN R. S., KUMAR V.: Pathologic Basis of Disease. 3 rd. Ed. Tokyo, W. B. Saunders Company, 1984.
5. SABISTON D. C., SPENCER F. C.: Gibbon's Surgery of the Chest, Fourty Ed., Volume 1, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1983.
6. VIDİNEL İ.: Akciğer Hastalıkları, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1981.