

Akciğer Tüberkülozunda Cerrahi Tedavi

Nüzhet Sayman

19. asrın sonlarında ve 20. asrın başlarında Sauerbruch'un önderliğinde toraksa cerrahi müdahale başlarken, akciğer tüberkülozu tedavisine, cerrahi de dahil oldu (4). Modern anesteziğin gelişmesi, toraks anatomisinin özel problemlerinin çözülmesi ve cerrahi tekniğin ilerlemesi ile akciğer tüberkülozunun cerrahi tedavisi 1950 senesine kadar bütünüyle bir gelişme göstermiştir (2).

Akciğer tüberkülozunun tedavisi tamamen tıbbî olup, cerrahi tedavi, tıbbî tedavi ile netice alınamayan bazı özel durumlarda, tıbbî tedaviye yardımcı olarak uygulanmaktadır (1, 5). Bugün elimizde çok kuvvetli tüberkülostatik ilaçların bulunması, gelişmiş memleketlerde tüberkülozun cerrahi tedavisi sınırlarını çok daraltmış ve bazı ameliyat tekniklerini de terkettirmiştir.

Gelişmekte olan memleketlerde, hastanın hekime geç başvurması, hatalı teşhisler ve disipline edilemeyen hastalar nedeni ile, kronik, kaviteli, tüberküloz ampiyemli hastalarda cerrahi tedavi hala ehemmiyetini korumaktadır (3). Cerrahi tedavinin esası, hasta kısmın çıkarılması yani rezeksion ameliyatlarıdır. Akciğerin hastalıklı kısımlarının çıkarılmasından evvel optimal 6-8 ay tüberkülostatik tedavi ön görülür.

Tüberküloz, yaygın bir hastalık olması sebebi ile rezeksiyon, tıbbî tedaviden netice alınamayan lezyonlarda, ilacın tesir edemeyeceği kısımlara tatbik edilmeli ve rezeksiyonda mümkün olduğu kadar iktisadi davranılmalıdır.

Rezeksiyon Endikasyonları

A) Basil pozitif hastalarda;

- 1) 6 veya 9 aylık tıbbî tedaviye rağmen basil pozitif kalan kronik kaviteler (open positive syndrome)
- 2) Tüberkülomalar: tıbbî tedaviye cevap vermeyen 2 cm. çapında kazeöz lezyonlar
- 3) Lokalize iri nodüller odaklar. Bunların uzun tedavi ile nüks ihtimalleri azalmış olduğu görülerek rezeksiyonları azalmıştır.
- 4) Tek taraflı harab akciğer (Distroyed Lung)
- 5) Tüberküloza bağlı bronşektazi ve atelektaziler
- 6) 3-4 ilaca rezistans hastalar

B) Basil negatif hastalarda;

- 1) Açık negatif kaviteler (open negative syndrome)
- 2) Bronş kanseri şüphesi olan kaviteler
- 3) Tüberküloza bağlı bronşektazi ve büyük hava kisileri
- 4) Bronkoplöral fistüller ve ampiyemler (3)

Akciğer tüberkülozu yaygın bir hastalık olup, zaten bulunmuş olan akciğer fonksiyonlarını da geniş rezeksiyonlarla zorlamamak icap eder. Rezeksiyon tedavisinde akciğerin

çıkartılacak kısmına göre yapılacak ameliyat şekilleri: Pnömonektomi, lobektomi, segment rezeksiyonu ve Wedge rezeksiyonudur. Rezeksiyon tedavisinin torakoplastilere üstünlüğü lezyonun çıkarılmış ve toraks deformitesi yapmamış olmasıdır.

Rezeksiyona hazırlanacak hastalarda bilhassa şu noktalara dikkat etmelidir:

a) Lezyonun yaygınlığı: Rezeksiyona tabi lezyon geniş olmamalı, aktif lezyonlarda mümkün olduğu kadar cerrahi tedaviden kaçınılmalıdır. Rezeksiyon iktisadi olmalı, geri kalacak kısımlarda, aktivasyona geçecek tüberküloz mihraklarının hastanın hayatını tehlikeye koyabileceği düşünülmelidir. Genel olarak bir akciğer kadar yani on segmentten fazla rezeksiyon yapılmamalıdır.

b) Bronşların tetkiki: Rezeksiyona hazırlanan hastanın muhakkak bronkoskopi ile bronşlarının incelenmesi gerekir. Bronş tüberkülozu olan hastalarda rezeksiyon, kat'i kontrendikasyon teşkil eder. Böyle bir hastanın ameliyatından sonra bronş fistülü kaçınılmazdır ve ağır bir post-operatif komplikasyon olur.

c) Balgamda basil durumu: Basili mevcut olan hastaların, drenaj bronşu hasta kabul edilir ve bunlarda postoperatif bronş fistülü ve ampiyem insidansı çok yüksektir. Bu bakımdan basilin negatif olduğu bir dönemde rezeksiyon yapmak daha uygundur.

d) Rezeksiyon yapılacak hasta, en az 1 veya 2 tüberkülostatik ilaca karşı hassas olmalıdır. Böylece post-operatif komplikasyonlarda mücadele edinilebilir. Bütün ilaçlara rezistans olan vak'alarda rezeksiyondan kaçınılmalıdır.

e) Hastanın yaş ve sosyo-ekonomik durumu: Rezeksiyonun daha ziyade gençlere tatbik edilmesi uygun olup, 50 yaş üzerinde nadir vakalar haricinde yapılmamalıdır. Akciğer gelişiminin tamamlanmadığı çocukluk yaşlarında rezeksiyon daha iyi neticeler verir. İstirahat, ilaç tedavisi ve kontrollerini tam yaptıramayan hastalarda rezeksiyon daha uygun bir tedavi tarzıdır.

f) Akciğer fonksiyon testleri ve ergometrik testlerin rezeksiyona müsait olması.

Pnömonektomiler yalnız harab olmuş akciğere tatbik edilir. Harab olan akciğerin zaten fonksiyonu pek az olduğu için, çıkarılması ile büyük bir fonksiyon kaybı olmaz. Pnömonektomilerden evvel muhakkak akciğer fonksiyon testlerinin ve pulmoner arter basıncının ölçümü yapılmalıdır. 40 mm. su basıncının üzerinde bir pulmoner arter basıncı ameliyata kontrendikasyon teşkil eder.

Yine ergometrik testte ameliyat sonu bırakılan akciğerin, solunum fonksiyonunu üstlenip üstlenmeyeceğini ameliyat öncesinden tayin etmek icap eder. Bu tip hastaların 80 Wata iyi tahammül etmeleri, vital kapasiteleri 2500 üzerinde ve reziduel volüm total kapasitenin % 50'sinden az olması gerekir.

Lobektomilerde lezyon eğer bir loba aitse o lob çıkartılmakla yetinilir. Tek bir lobu çıkartmakla fonksiyonlarda büyük bir değişiklik görülmez. Lezyon bir segmenti işgal ediyor ve hilusa kadar yayılmışsa segment rezeksiyo-

nu yapılabilir. Segment rezeksiyonları komplikasyonlarının daha fazla oluşu sebebi ile daha radikal olan lobektomiler tercih edilmektedir.

Wedge rezeksiyonları ise küçük izole bir kavite veya tüberküloz için tatbik edilir. Küçük olan lezyon sağlam duduklara konan 2 pens arasından kesilerek çıkarılır. Ameliyat esnasında patolojik tetkik (Frosen Section) yapılarak neoplasma ihtimalini ekarte etmek gerekir.

Rezeksiyon ameliyatlarından sonra başlangıçta 3 ila 4 daha sonra 2 ila 6 ay tüberkülozstatik tedaviye devam edilmektedir.

Torakoplasti ameliyatları

Gelişmiş memleketlerde hemen hemen terk edilen bu metod, tüberkülozu çok olan, tedavilerin tam yapılamadığı ve halkın kültür seviyesinin yüksek olmadığı gelişmekte olan memleketlerde hala çok kullanılan bir ameliyat şeklidir.

Torakoplasti ameliyatları primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılır (3, 6).

Primer Torakoplasti: Rezeksiyona müsait olmayan akciğerin üst zonlarında yerleşen fibro-kaviter vasıflı lezyonlara tatbik edilir. Merkezimizde 2. 3. 4. ve 5. kostaları subperiostal rezekte ederek kollapsı temin etmeye çalışıyoruz. Kostalar rezekte edildikten sonra yeterli bir apikoliz de beraber yapılmalıdır (6).

Sekonder Torakoplasti: Daha ziyade rezeksiyon ameliyatları komplikasyonlarından bronş fistülünde, tüberküloz ampiyemlerinde akciğer, kâfi derecede ekspansiyon olmuyorsa, ampiyem boşluğunu kapatmak için yapılır. Bu teknikte bir veya iki seansta kâfi derecede çok kosta rezeksiyonu yapmak icap eder.

Torakoplasti ameliyatlarında postoperatif komplikasyon rezeksiyonlara göre daha azdır. Torakoplastilerin en büyük dezavantajı kalıcı bir göğüs deformitesi yapmasıdır.

Dekortikasyon

Tüberküloz ampiyemlerinde yapılan bir ameliyat şeklidir. Tüberküloz kavitelelerinin plevra boşluğuna perforasyonu neticesi veya iyi tedavi edilemeyen tüberküloz lezyonlarından sonra bazen de tüberküloz plörezisinde husule gelen ampiyemlerde tatbik edilir.

Ampiyemlerde kapalı su altı drenajı ve aspiratörle negatif basınç tedavisine rağmen akciğerde tam bir ekspansiyon temin edilemezse dekortikasyon ameliyatı düşünülür.

Burada visseral plevra ile parietal plevra arasında bir boşluk husule gelmiştir ve her iki plevra yaprağı üzerinde kalın bir fibrin tabakasının kaldırılması ile mümkündür.

Dekortikasyon için plevra sıvısında basil negatif olmalı, ampiyem sıvısının seröze dönmesi ve hastada bronkopulmoner fistülün olmaması icap eder. Dekortikasyondan önce ampiyem boşluğunun drenajı yapılmalı ve antibiyotiklerle yıkanarak infeksiyona hakim olunmalıdır. Visseral plevra dekortike edilirken parietal plevradaki infekte fibrin tabakaları da kaldırılmalıdır. Eğer ampiyemin üzerinden 1 sene geçmişse kollabe olan akciğere yapılacak dekortikasyon ameliyatı pek faydalı olmaz ve fonksiyon kaybını engellemez.

Kaynaklar

1. Sauerbruch F: Das war mein Leben, *Verlegt bei Kintler* s. 53-150 (1960).
2. Edward A. G: The Surgery for Pulmonary Tuberculosis, *Am Rew Resp Dis* 125: (1982).
3. Barlas C: *Göğüs Hastalıkları*, İst Üniv. İst. Tıp Fak Klinik Ders Kitapları, Cilt 6: S. 166, (1975).
4. Vidinel İ: *Akciğer Hastalıkları*, Ege Üniv. Matbaası, İzmir, s. 221 (1966).
5. Öger O: Akciğer Tüberkülozunun Cerrahi Tedavisi, *Tüberküloz ve Tedavisi*, Arkadaş Tıp Yayınları s. 138-154 (1983).
6. Wolfart W: Chirurgische Eingriffe bei Tuberculosen Kranken Praxis und Klinik der Pneumologie. *Sonderheft* 1: 451 (1983).
7. William W. L. Glenn: The Treatment of Pulmonary Tuberculosis, *Thoracic and Cardiovascular Surgery with Related Pathology*, s. 244-261. (1975).