

Video Görüntüsü Eşliğinde Bilateral Torakal Sempatektomi (İlk Torakoskopik Cerrahi Olgusu)

Öztekin Oto*, Ünal Açıklı*, Hüdai Çatalyürek*, Ali Günerli**, Fikret Maltepe**

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

ÖZET

Endoskopik optik araçlarda ve video görüntüleme teknolojisindeki gelişmeye paralel olarak son birkaç yıldır video eşliğinde yapılan torakoskopik cerrahi uygulamaları giderek yaygınlık kazanmaktadır. Biz de, Anabilim Dalımızda Raynaud hastalığı nedeniyle uyguladığımız, Türkiye'de ilk kez bu yöntemle iki yanlı torakal sempatektomi olgumuzu sunduk ve ilgili literatürü gözden geçirdik.

SUMMARY

Bilateral Thoracal Sympathectomy with Vats

Advances in endoscopic surgical equipment with the incorporation of current video technology have expanded the application of video assisted thoracoscopic surgery (VATS) in last few years. We presented first bilateral thoracal sympathectomy case with VATS technique in Turkey and reviewed of the literature

GİRİŞ

Torakoskopi 1910 yılından beri uygulanan bir işlem olmakla birlikte uygulama ancak pleural hastalıkların tanısıyla ve tüberkülozda kollaps tedavisiyle sınırlıydı (1, 2, 3). Yeni antitüberküloz ilaçlar, perkütan biopsi teknikleri ve daha az mortalite ile gerçekleştiren torakotomiler 1950'lerden sonra Jacobaeus tarafından tanıtılan torakoskopinin terkedilmesine yol açmıştı (2). Endoskopik optik araçlarda ve video görüntüleme teknolojisindeki gelişmeyle birlikte son birkaç yıldır Torakoskopi yanında video assisted torakal cerrahi (VATS) uygulama alanına girmiş ve gün geçtikçe daha çok merkezde kullanılır bir yöntem olmuştur (1, 2, 3, 4, 5). Biz de bu bağlamda Anabilim Dalımızda Raynaud hastalığı nede-

niyle uyguladığımız, Türkiye'de ilk kez VATS tekniği kullanarak yapılmış iki yanlı torakal sempatektomi olgumuzu sunmak ve ilgili literatürü gözden geçirmek istiyoruz.

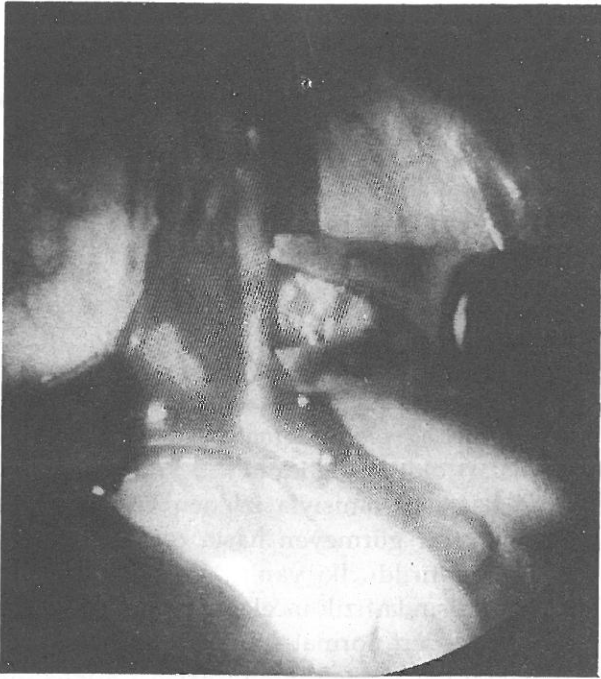
Olgu

25 yaşında bayan hastanın 5 yıldan beri her iki elinde ağrı, morarma ve duyu kaybı yakınmaları olduğu belirlendi. 3 yıldan beri Raynaud hastalığı tanısıyla izlenen ve ilaç tedavisinden yarar görmeyen hasta cerrahi tedavi amacıyla yatırıldı. İki yanlı Allen testinin pozitif oluşu dışında fizik inceleme bulguları ve laboratuvar testleri normal sınırlarda idi. 17/2/1993 tarihinde çift lümenli endotrakeal Carlens tüpü ile uygulanan genel anestezi altında videotora-

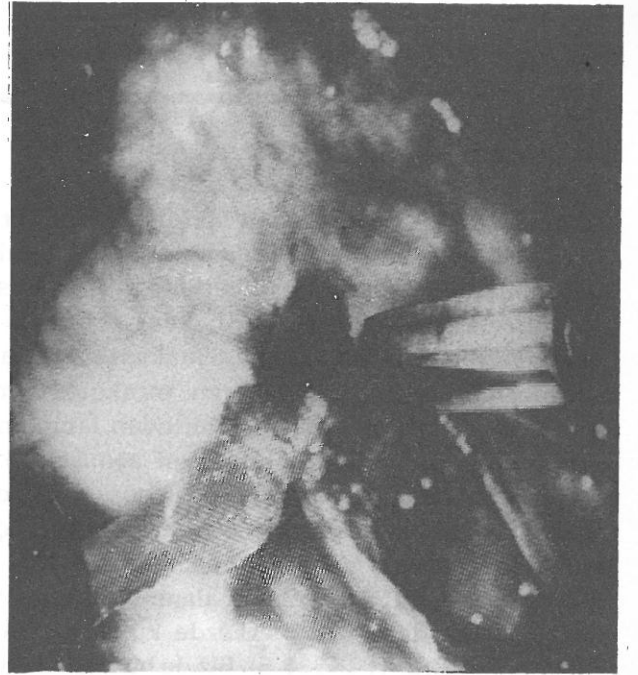
koskopi tekniği ile iki yanlı torakal sempatektomi uygulandı. Hasta sırtüstü konumda ameliyat masasına yatırıldı, omuzları ince bir yastık ile bir miktar yükseltildi. Her iki yanda ikisi aksiller, biri meme altına yapılan ikisi 5, birisi 10 milimetrelik üç insizyondan yerleştirilen 5 ve 10 mmlik torokarlar (Thoracoport, USSC) içerisinde videokamera bağlantılı 10 mm çaplı bir teleskop, endoskopik forseps (Endograsp, USSC) ve bir endoskopik makas (Endoshears, USSC) yerleştirildi. Akciğerin tam çökertilmesi 3 atmosfer basınçla uygulanan karbondioksit insuflasyonu ve çift lümenli endotrakeal tüp ile sağlandı. Sempatik zincir üzerindeki parietal plevra açıldı, stellat ganglion yerinde bırakılarak 2., 3., 4. sempatik ganglionlar video görüntüsü altında diseke edilerek kesilip çıkartıldı (Resim 1, 2, 3). Yalnızca sağ yanda çok az koter kullanmak gerekti. İşlem sonrası insizyonların birinden 24 FR toraks tüpleri yerleştirildi. Hastanın yakınmaları ameliyat sonrasında hemen kayboldu. Drenler postoperatif 1. gün çekildi ve hasta 2. gün taburcu edildi.



Resim 2.



Resim 1.



Resim 3.

TARTIŞMA

Günümüzde giderek artan bir şekilde pekçok merkezde, başta akciğer nodüllerinde wedge rezeksiyon, perikardiyektomi, sempatektomi, blebektomi, pleurodes, akciğer ve mediasten biopsileri olmak üzere VATS açık tekniğe tercih edilen bir yöntem olmaktadır (1, 4). Ayrıca spontan pnömotoraksın elektrokoter veya karbondioksit laseri ile tedavisi, diffüz büllöz amfizemde laser ile tedavi, malign pleural implant ve effüzyonlarda Nd: YAG laser ile tedavi, spinal abse drenajı, paryetal pleurektomi, timektomi gibi yeni VATS endikasyonları da bildirilmektedir (1, 3, 6, 7).

Bu yöntemin hızla popülerize olmasında en büyük neden kolay uygulanan bir yöntem olması ve açık torakotomi tekniklerine göre daha düşük bir mortalite ve morbidite taşımasıdır (1, 2, 3, 4, 5). Tüm torakoskopilerde bildirilen en yüksek mortalite % 1'dir (3). Torakotomiler ile karşılaştırıldığında torakoskopik işlemlerde kanama, hava kaçağı, aritmi, ampiyem gibi komplikasyonlar oldukça düşük olmakta, bu türden komplikasyonlar % 3'ten az görülmektedir (8).

Torakoskopik cerrahi işlemler çift lümenli endotrakeal tüp kullanarak genel anestezi altında yapılmakta ve operasyon sırasında genellikle karbondioksit ile tek akciğer kısmen kollabe edilmektedir. Bizim olgumuzda da bu yöntem kullanılmıştır. Ancak karbondioksit ile kollaps uygulamayanlar da vardır (1, 5).

Bütün torakotomilerde en büyük mortalite nedeni insizyon ve kostaların ayrılmasıdır (9). Oysa torakoskopide 5 veya 10 milimetrelik insizyonlar ile toraksa girildiğinden tüp konulmayan olgularda 48 saatten daha kısa süreyle analjezik gerekmektedir ve ağrıya bağlı minimal akciğer disfonksiyonu olmaktadır (1, 4, 5). Hastanede kalış süresi ise işe dönüş zamanı da açık tekniğe göre daha kısadır. Torakoskopik işlemlerden sonra ortalama taburcu süresi 3 gündür (1, 4). Bizim olgumuzda da 24 saat süreyle parenteral analjezi gerekti ve 2. günde taburcu edilmiştir.

Pekçok torakoskopik işlemten sonra toraks tüpü yerleştirilmekle birlikte torakoskopik sem-

patektomilerden sonra rutin olarak tüpü kullanmayan otörler de vardır. Ancak sempatektomi sonrası tüp kullanmayan yazarlar da başlangıç olgularında kullandıklarını bildirmişlerdir (1, 4). Biz de ilk olgumuzda ince bir toraks tüpü kullanmayı daha güvenli bulduk.

Videotorakoskopinin bir başka avantajı da yüksek rezolüsyonlu video teknolojisi, ışık kaynakları ve büyütme ile sağlanan görüntünün açık tekniğe göre daha iyi olmasıdır (1, 5). Endoskopik cerrahi enstrümanlardaki hızlı gelişme göz önüne alındığında torakoskopik cerrahi giderek daha kolay uygulanabilecek bir işlem haline gelmektedir.

Henüz torakoskopik cerrahinin maliyeti tam olarak hesaplanmamış ise de hastanede kalış süresinin kısalığı, daha az antibiyotik kullanımı ve hastanın daha erken işine dönebildiği göz önüne alındığında açık yöntemden daha ucuz olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak video görüntüsü eşliğinde torakoskopik cerrahi dünyada yeni başlamış ancak hızla uygulama alanı genişleyen bir cerrahi yöntemdir. Ülkemizde de, ilk kez bilateral torakal sempatektomi ile başladığımız bu girişimin, dünyadaki gelişmesine paralel biçimde yaygınlaşmasını ümit ediyoruz.

KAYNAKLAR

1. Mack MJ, Aronoff RJ, Acuff TE, Douthit MB, Bowman RT, Ryan WH. Present role of thoracoscopy in the diagnosis and treatment of disease of the chest. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 403-9.
2. Mathur P, Martin W. Clinical utility of thoracoscopy. *Chest* 102/1 July, 1992: 2-4.
3. Wakabayashi A. Expanded applications of diagnostic and therapeutic thoracoscopy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991; 102: 721-3.
4. First International Symposium of Thoracoscopic Surgery (San Antonio, Texas, 22-23 Ocak 1993). Özet Kitabı.
5. Coltharp WH, Arnold JH, Alford WC. Videothoracoscopy: Improved technique and expanded indications. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 776-9.
6. Inderbitzi RGC, Furrer M, Striffeler H, Althaus U. Thoracoscopic pleurectomy for treatment of complicated spontaneous pneumothorax. *J Thorac Car-*

- diovasc Surg 1993; 105: 84-8.
7. Acuff TD, Mack MJ, Ryan WH, Bowman RT, Douthit MB. Thocoscopic thymoma resection. Ann Thorac Surg 1993; 55: 562-3.
 8. Menzies R, Charbonneau M. Thoracoscopy for the diagnosis of pleural disease. Ann Intern. Med 1991; 114: 271-6.
 9. Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Boley TM. The effect of muscle-sparing versus standart posterolateral thoracotomy on pulmonary function, muscle

strengt, and postoperative pain. J Thorac Cardio-
vasc Surg 1991; 101: L394-401.

Yazışma Adresi

Doç. Dr. Öztekin OTO
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi ABD
Balçova-İZMİR