

TÜBERKÜLOZUN CERRAHİ TEDAVİSİ

Prof. Dr. Mustafa YÜKSEL

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Tüberküloz(tbc) mikrobik bir hastalıktır. Tedavisi antitüberküloz ilaçlarla mümkündür. Ancak ilaç tedavisi ile tümüyle ortadan kaldırılamayan, ciddi semptomların devam ettiği, komplikasyonların olduğu hastalarda cerrahi tedaviyi tıbbi tedaviye yardımcı olarak kullanmak mümkündür.

Antitbc ilaçların bulunmasından önce tbc'nin cerrahi tedavisi akciğerin kollapsı esasına dayanıyordu.Bunlar artifisiyel pnömotoraks, frenik sinir paralizisi, pnömoperituan, plombaj torakoplasti ve klasik torakoplasti yöntemlerinden ibaretti.Antitbc ilaçların bulunması ile birlikte önceleri tbc ilaçlarla tamamen tedavi edilebilir diye düşünülürken sonraları cerrahinin tbc'nin tedavisinde tamamlayıcı bir rol oynadığı farkedildi.

Tbc'nin cerrahi tedavi endikasyonları:

- 1-Enfeksiyonu toplum içinde yaymaya devam eden ve doktorla işbirliği yapmaya yanaşmayan hastalar,
- 2-Tbc tedavisi devam ederken abondan hemoptizinin başlaması,
- 3-Tbc tedavisi tamamlandıktan sonra basil negatif kaviteden veya oluşmuş bronşektaziden abondan hemoptizinin başlaması,

4-Trakea veya bronşlara baskı yapan lenf bezinin bulunması, bu baskının stenoza yolaçması,

5-İyileşmeyen bir tbc ampiyemin bulunması,

6-Tedavi sonrası sekel olarak 'coin lezyon' kalması ve bunun tümörden ayırdedilememesi,

7-Tedavi sonrası kalan basil negatif kavitede aspergilloma üremesi ve hemoptizi semptomlarının başlaması,

8-Çok ilaca dirençli tbc'nin tedavisinde tedaviye destek amacıyla,

9-Tedavi sonrası kalınlanmış plevranın akciğer fonksiyonlarını bozması,

10-Konstriktif perikardit oluşması,

11-Lokalize atipik tbc,

12-Harabolmuş lob veya akciğer oluşması,

Tarihçe:

Tbc'nin kollaps tedavisinde ilk suni pnömotoraks uygulamasını 1822 yılında İskoç hekim James Carson uygulamıştır.Pnömotoraks sonrası hastaların %50'sinde başarı elde edilmekteydi. Ancak plevral yapışıklıkların olduğu olgularda bu metod etkili olmamaktaydı. 1913 yılında İsveçli dr. Hans Christian Jacobus sistoskop desteğiyle bu yapışıklıkları keserek 'intra plevral pnömolizis' yapmış ve suni pnömotoraksın başarıya ulaşmasını

sağlamıştır. Aşırı plevral fibroziste ise akciğerin kollapsını kotları rezeke ederek ilk uygulayan Wilms ve Sauerbruch olmuştur. Şimdilerde de uyguladığımız klasik torakoplasti yöntemini ise 1925 yılında John Alexander uygulamıştır. Yine aynı dönemlerde kostaları rezeke etmek yerine torasik kaviteye parafin mumları, sünger veya lusit toplar yerleştirilerek 'plombaj torakoplasti' yöntemi uygulanmıştır. Frenik sinir kesilerek diafragma paralizisi ile akciğer kollapsı sağlama yöntemi ilk 1911 yılında Stuart tarafından uygulanmıştır. 1940'lı yıllarda aynı amacı sağlamak için pnömoperitüan yaygın olarak uygulanmıştır. Akciğer rezeksiyonu ilk defa 1883 yılında Block tarafından uygulanmıştır. Ancak endotrakeal entübasyonun olmaması işlemi başarısız kılmıştır. 2. Dünya savaşında rezeksiyonlar yüksek mortalite ile uygulanmıştır. Cerrahi tedavi antitbc ilaçların bulunması ile popularitesini kaybetmiş, ancak komplikasyonların tedavisinde günümüze kadar uygulanagelmıştır.

Tüberkülozun cerrahi tedavisi:

1-Tbc hastalığının tedavisi uzun bir zaman alır. Tedavi döneminde hastalar doktoru ile iyi bir uyum göstermeli, oldukça fazla miktarda olan ilaçlarını düzenli bir şekilde almalıdır. Ancak bu düzenli yaşamı ve kişisel disiplini gerektiren bir durumdur. Hastanın ailesinin de sınırsız maddi ve manevi desteği gereklidir. Bu koşulları yerine getiremeyen hastalarda tedavi uyumsuzlukları başlar. Bu hastaların ilaç tedavisi tamamlanmadan tedaviyi yarıda kesmeye eğilimli hastalarda lezyonda sınırlı ise, kalan hastalık cerrahi olarak tedavi edilebilir. Bu hastaların ameliyat

sonrası en 3 ay daha tbc ilaçlarını almaları gereklidir.

2-Abondan hemoptizi, tbc hastalarının tedavisi sırasında herhangi bir dönemde oluşabilir. Bu terim 24 saatte en az 600 cc kanamanın olması demektir. Kanama tbc'ye sekonder oluşan harabolmuş akciğer veya bronşektazi alanlarından olabildiği gibi tbc'un oluşturduğu kavitenin içinde üreyen aspergillomanın bronşiyal arteri erode etmesi ile veya kavite içinde bulunan Rasmussen anevrizması diye adlandırılan pulmoner arter anevrizmalarının perforasyonu ile meydana gelir. Kanamada öncelik kanamanın lokalizasyonu ve endobronşial bloker ile durdurulmasıdır. Bu işlemler yapılırken muhakkak ameliyat hazırlığı yapılmalı kanamanın durmaması halinde hasta ameliyata alınarak hastalıklı bölge çıkarılmalıdır. Ayrıca kanamanın durdurulması için bronşiyal arterin embolizasyonu da denenebilir. Ancak pulmoner arterlerden olan kanamalarda bu işlemin faydası sınırlıdır.

3-Bronş stenozylarında cerrahi:

Stenoz bronşa dıştan bir lenf bezinin basısı ile oluşabileceği gibi endobronşial tbc nedeniyle de olabilir. Stenoz, distal akciğerde hasar oluşturmamışsa cerrahi tedavi stenozu oluşturan lenf bezinin veya stenotik segmentin rezeksiyonundan ibarettir.

4-Tbc ampiyemde cerrahi:

Tbc plörezi 4'lü ilaç tedavisi ile gerileyerek tamamen düzelir. Nadiren plevral kalınlaşma oluşturarak hastanın solunum fonksiyonlarını sınırlar. Tbc ampiyemde klasik ampiyem

kriterlerinden farklı tedavi algoritmaları uygulanır. Pnömotoraks veya bronkoplevral fistül oluşturmamış tbc ampiyemde tedavi tekrarlayan torasentezler ve ilaç tedavisinden ibarettir.

Eğer ampiyem miks hale döner veya pnömotoraks, bronkoplevral fistül gelişirse önce tüp drenaj daha sonra gereksinime göre dekortikasyon, fistül tamiri, torakomyoplasti ameliyatları uygulanır.

5-Tbc tedavisi sonrası genellikle sekel olarak tuberkülomalar kalır. Bu lezyonların kanser riski yüksek hastalarda ayırıcı tanısını yapmak güçleşebilir. Bu durumda hastanın genel durumu ameliyata müsaitse operasyon önerilebilir.

6-Çok ilaca dirençli tüberkülozda(MDRTB) cerrahi:

En az rifampisin ve izoniazite dirençli basillerin oluşturduğu tbc'ye MDRTB denir.Bu hastaların tedavisi farklıdır ve özel merkezlerde MDRTB'nin tedavisinde uzmanlaşmış göğüs hastalıkları uzmanları ve göğüs cerrahlarınca yapılmalıdır. Bu hastalarda ilaç direnci yüksek olduğu için basil yükü ancak cerrahi rezeksiyonla azaltılabilir. Bilateral yaygın kaviter lezyonlarda cerrahi tedavi olanağı yoktur. Opere edilecek olgularda kaviter lezyon bir lob veya en fazla bir akciğerde lokalize olmalıdır. Bilateral olgularda da farklı seanslarda cerrahi rezeksiyon mümkündür. Opere edilecek hastaların kardiyopulmoner fonksiyonları yapılacak rezeksiyonu kaldıracak düzeyde olmalı, ameliyat öncesi beslenmeleri düzenlenmelidir. Endobronşiyal

tbc'yi ekarte etmek için bronkoskopi mutlaka yapılmalıdır. Ameliyatta çift lümenli endotrakeal tüp kullanılmalı, torakotomide kas koruyucu operasyonlar seçilmelidir. Bu şekilde ameliyat sonrası dönemde oluşacak fistül veya enfekte rezidüel poşlarda myoplasti için elde yeterince adale bulunur. Postoperatif ağrı için epidural kateter kullanılmalı, pnömonektomi uygulanacak hastalarda bronş güdüğünü desteklemek için torakotomi sırasında interkostal adale flep olarak hazırlanmalıdır. Opere edilen hastalarda basil negatifliği sağlandıktan sonra ilaç tedavisi 18-24 aya tamamlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

- 1-Altan Kır,Tüberküloz cerrahisi.Göğüs Cerrahisi,M.Yüksel, G.Kalaycı. 2001;p.798
- 2-Shields TW, General Thoracic Surgery.Philadelphia:Lippincott Williams& Wilkins 2000,p.717,1066
- 3-Mault JR.,Pomerantz M:Myocobacterium tuberculosis and other myocobacteria. In Chest Surgery Clinics of North America 1999;9;227.
- 4-John Crofton ,Norman Horne, Fred Miller.,Çev:Emine Koçyiğit,Elif Dağlı, Klinik Tüberküloz,1995:p.182.
- 5-Ali Kocabaş, Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü 1991:p.343