EPS-252

DEV BÜLLÖZ AMFİZEM OLGUSUNDA BAŞARILI CERRAHİ TEDAVİ

Barış Mustafa Poyraz[1], Mehmet Dakak[2], Esra Özer[3], Numan Numanoğlu[1]

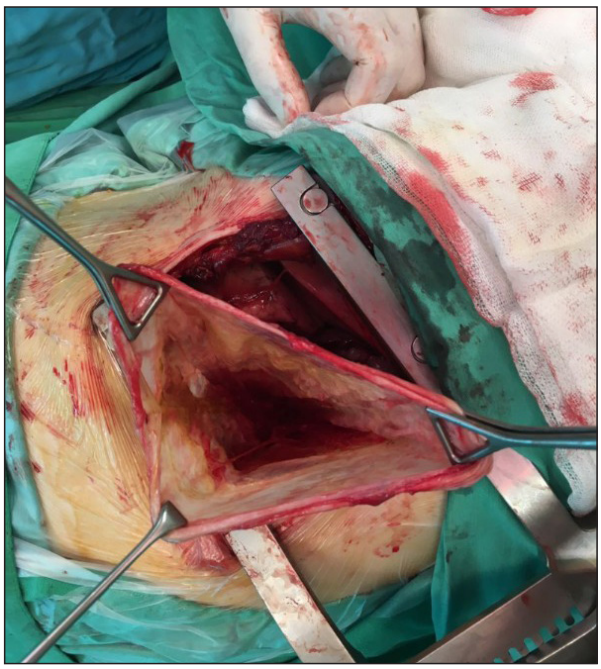
[1]TOBB ETÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[2]TOBB ETÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara
[3]TOBB ETÜ Hastanesi Anestezi Bölümü, Ankara

"Vanishing lung sendromu" olarak da adlandırılan dev büller, hemitoraksın 1/3 'ünden fazlasını kaplarlar. Daha çok sigara içen genç hastalarda ve sağ tarafta görülen dev büllerin, kanama, enfeksiyon, pnömotoraks gibi komplikasyonları görülebilir. Bizim olgumuz 45 yaşında, 20 senedir günde bir paket sigara içen ve kliniğimize üç aydır devam eden nefes darlığı ve son bir haftada artan öksürük şikayetleriyle başvuran kadın hastaydı. Özgeçmişinde yakın zamanda tanı aldığı hipertansiyon dışında belirgin özelliği bulunmayan hastanın fizik muayenesinde sol orta ve alt zonlarda solunum sesleri kaybolmuştu. Akciğer grafisinde solda pnömotoraks benzeri görünüm veren, orta ve alt zonlarda izlenen saydamlık artışı belirgindi ve toraks bilgisayarlı tomografisinde solda 15x11x16 cm boyutlarında bül formasyonu raporlandı. Rutin laboratuar testlerinde patoloji saptanmayan hastaya cerrahi büllektomi uygulandı. Post operatif komplikasyon izlenmeyen hastanın kontrol grafi ve tomografisinde sol akciğerin tamamen ekspanse olduğu görüldü. Takibinde şikayetleri tamamen düzelen hastanın, hemodinamik parametreleri de normale döndü ve antihipertansif tedaviye ihtiyacı kalmadı. Özelikle pnömotoraks ile karıştırılabilecek bu klinik tablo-da, acil drenaj girişimleri öncesinde detaylı bir klinik incelemeyle beraber toraks bilgisayarlı tomografisi değerlendirmesi akılda tutulmalıdır. Başarılı cerrahi girişim sonrası hastanın kliniği belirgin olarak düzelmekte ve hayat kalitesi gözle görülür şekilde artmaktadır.

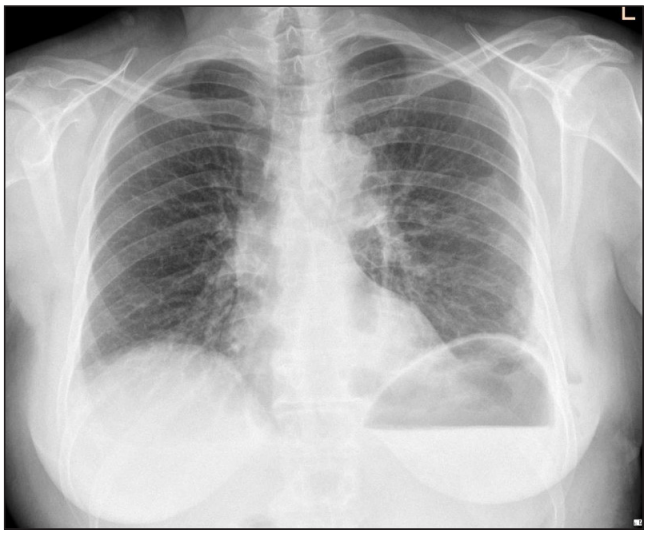
Anahtar Kelimeler: vanishing lung, dev bül, büllektomi



Şekil 1. Toraks BT'de dev bül



Şekil 2. Cerrahi esnasında bülün görünümü



Şekil 3. Post operatif 4. gün akciğer grafisi

EPS-253

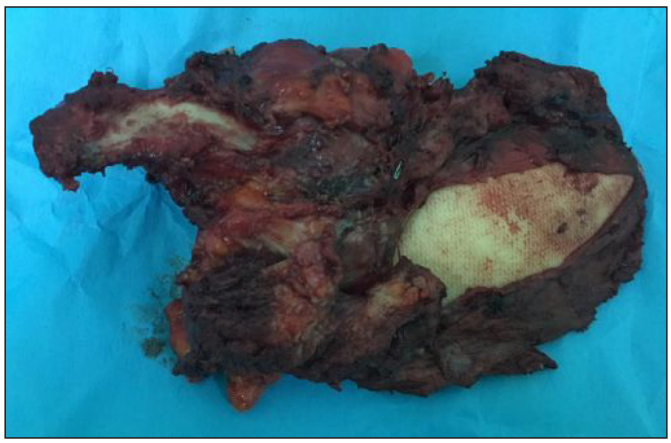
SUPRAKLAVİKULER YERLEŞİMLİ NÜKS DESMOİD TÜMÖR

Fahmin Amirov, Eren Erdoğdu, Melike Ülker, Berk Çimenoğlu, Berker Özkan, Murat Kara, Alper Toker

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Desmoid tümörler konnektif doku fasyası ve muskuloaponevrotik fibröz dokulardan kaynaklanan lokal agresif seyirli ender görülen tümörlerdir. Genelde batın duvarında görülmekle beraber göğüs duvarında da nadiren karşılaşılabilmektedir. Bu tümörler hızlı büyüyen, çevre dokulara invazyon yapan fakat metastaz yapmayan benign lezyonlar olarak tanımlanmıştır. En etkili tedavi yöntemi radikal cerrahidir ve cerrahi sonrasında uygulanan adjuvan tedavi ile lokal nüks oranı azaltılabilir. Bu çalışmada sağ göğüs ön duvarına yerleşen, brakiyal pleksusu ve sağ innominate veni invaze eden, primer operasyonundan 15 ay sonra bölgesel nüks saptanan desmoid tümör olgusuna yapılan rezeksiyon ve göğüs duvarı rekonstrüksiyonunun tanı ve tedavi aşamaları, literatür bilgisi ışığında sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Desmoid tümör, primer göğüs duvarı tümörü, göğüs duvarı rezeksiyonu, göğüs duvarı rekonstrüksiyonu



Şekil 1.



Şekil 2.

EPS-254

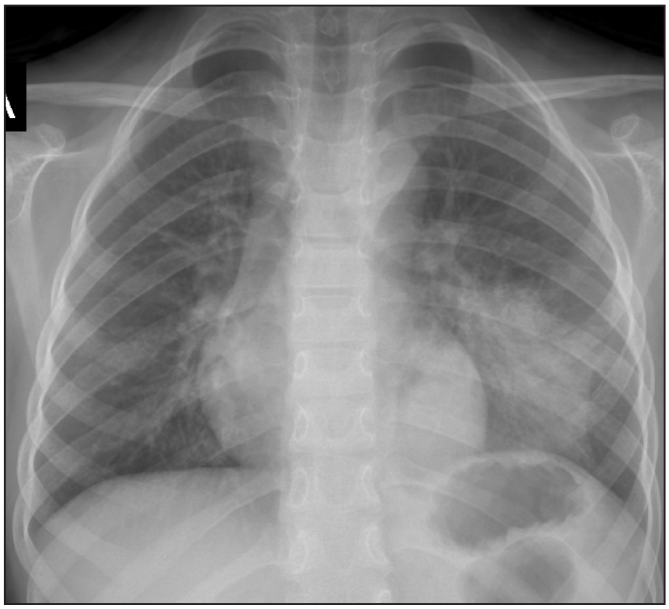
PEDİATRİK OLGUDA PULMONER SEKESTRASYON

Funda İncekara[1], Selma Mine Kara Apaydın[1], Deniz Tolga[3], Ali Alagöz[2], Sadi Kaya[1], Göktürk Fındık[1]

[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara
[2]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, Ankara
[3]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

Pulmoner sekestrasyonlar trakeobronşiyal ağaçla ilişkisi olmayan, pulmoner arter yerine sistemik arterden kanlanan nonfonksiyone segment veya lob dokusudur. İntrauterin hayatın 4. ayındaki gelişim bozukluğu sonucunda oluşur. Yenidoğanlar ve çocuklar genellikle asemptomatiktir. Pulmoner sekestrasyon terimi ilk kez 1946'da Pryce ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır. Tüm konjenital pulmoner malformasyonların %0,15–6,4'ünü, tüm pulmoner rezeksiyonların %1,1–1,8'ini oluşturur. Arteri, genellikle torasik veya abdominal aorta kaynaklıdır. Çeşitli konjenital malformasyonlar eşlik edebilir. Olguların çoğuna ileri çocukluk dönemi hatta erişkinlik döneminde tanı konulmaktadır. Ekstralober ve intralober formları mevcuttur. Sekestrasyonun her iki tipinde de arteryel destek sistemiktir, fakat venöz drenaj tipe göre değişir. Seçilmiş hastalarda embolizasyon uygulanabilmekle birlikte, tedavide genellikle cerrahi rezeksiyon önerilmektedir. Tedavi edilmemiş hastalarda komplikasyon olarak fungal enfeksiyon, tüberküloz, masif hemoptizi, hemotoraks, benign ve malign tümörler gelişebildiği bildirilmiştir. Tedavi, sekestre doku içeren akciğer lobunun çıkarılmasıdır. Olgumuz; 6 yaşında kız hasta sık geçirilen bronşit, bronkopnömoni atakları şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde; doğumda mekonyum aspirasyonu öyküsü ve mezokardisi mevcut. Aile öyküsünde özellik saptanmadı. Fizik muayenede sol akciğer bazalinde ralleri mevcut olup laboratuvar incelemelerinde patoloji izlenmedi. Akciğer grafisinde sol alt lobda pnömonik infiltrasyon izlendi. Hastanın rekürren enfeksiyonları nedeniyle takipli olduğu dış merkezde çekilen BT Anjiografisinde; sol alt lob çölyak trunkustan köken alan, aortun 2/3 genişliğinde arter ile beslenen 7x3,5 cm sekestrasyon ile uyumlu yumuşak doku lezyonu saptandı. Kliniğimizde değerlendirilen hastaya operasyon kararı alındı. Genel anestezi altında yapılan rijid bronkoskopide bilateral tüm sistemlerin subsegmentlere kadar açık olduğu, sol alt lobdan yoğun sekresyon geldiği izlendi. Çift lümenli entübasyonu takiben, sol posterolateral torakotomi insizyonu ile 6. interkostal aralıktan girilerek yapılan torakotomide, sol alt lob bazalinde, ekstralober yerleşimli sekestre doku saptandı. Diseksiyona pulmoner ligaman seviyesinden başlanarak, kitlenin torasik aortadan doğduğu saptanan sistemik arter açığa çıkarıldı ve ipek sütürlerle bağlanarak kesildi. Devamında alt lob parankimine lateralden uzanım gösteren konsolide alana wedge rezeksiyon yapıldı. Çıkarılan materyalin patolojik incelemesinde dilate kistik alanların olduğu akciğer dokusu saptandı. Postoperatif dönemde klinik ve radyolojik olarak herhangi bir sorun saptanmayan olgu 5. gün taburcu edildi. Pulmoner sekestrasyon olgularında enfeksiyonları ve gelişebilecek komplikasyonları önlemek ve parankim koruyucu cerrahiyi sağlayabilmek amacıyla erken dönemde cerrahi tedavi uygulanmalı ve bu hastalarda dikkatli preoperatif görüntüleme ve planlama yapılmalıdır. Sonuç olarak pulmoner sekestrasyon, rekürren pulmoner enfeksiyonlarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, Pulmoner Sekestrasyon, Torakotomi



Şekil 1.

EPS-255

NSCLC NEDENİ İLE İKİ YIL ÖNCE OPERE OLAN HASTADA FARKLI ODAKLARDA GELİŞEN BRONKOPLEVRAL VE ÖZEFAGEAL FİSTÜL

Selime Kahraman[1], Cansel Atinkaya[1], Abdurrahim Gördebil[1], Murat Kavas[2], Şenol Ürek[1], Çağatay Tezel[1], İrfan Yalçınkaya[1], Akın Öztürk[3]

[1]Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi
[2]Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları
[3]Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Tıbbı Onkoloji

İki yıl önce sağ pnömonektomi yaptığımız 57 yaşında erkek hasta, postoperatif üçüncü ayında ağızdan öksürmekle sıvı gelmesi şikayeti ile başvurdu. Hastanın PA akciğer grafisinde seviye azalması görüldü, FOB uygulandı. Bronş güdüğünde minimal fistül gözlenmesi üzerine tüp torakostomi kapalı su altı drenaj uygulandı, antibiyotik tedavisi verildi. Hasta heimlich valvi ile taburcu edildi, poliklinik kontrolü ve ayaktan takibi yapılan hastanın yaklaşık 2 ay sonra dreni sonlandırıldı. Sonraki dönemde