

Kardiyak Cerrahi ile Eş Zamanlı Pulmoner Rezeksiyon: Bir Olgu Sunumu[¶]

SIMULTANEOUS PULMONARY RESECTION WITH CARDIAC SURGERY: A CASE REPORT

Ayten KAYI CANGIR*, Atilla ARAL**, Murat ÖZKAN***, Levent YAZICIOĞLU****, Hadi AKAY*****, Hakkı AKALIN*****

* Dr., Dr.Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travma Hastanesi,
** Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD,
*** Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD,
**** Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD,
***** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD,
***** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD, ANKARA

Özet

Akciğer ve kalbin cerrahi hastalıklarının birlikte görülmesi sık değildir. Birlikte görüldüğü durumlarda eş zamanlı cerrahi girişim bir seçenek olabilir.

Bir yıldır devam eden nefes darlığı ve eforla oluşan göğüs ağrısı şikayetleri nedeniyle üç damar koroner arter hastalığı saptanan ve operasyon önerilen 69 yaşında erkek hasta preoperatif akciğer grafisinde sağ akciğerde kitle saptanması sonucu kliniğimize sevk edildi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; sağ akciğer orta lobta, parakardiyak yerleşimli 3.5 cm çapında kaviter lezyon ve sağda plevral effüzyon saptandı. Plevral sıvı sitolojisi Class II ve uzak organ metastaz incelemeleri negatif olan hastaya, median sternotomi ile eş zamanlı girişim planlandı. Sağ akciğer orta lob medial segmentteki kitlenin frozen sonucu benign olarak rapor edildi ve wedge rezeksiyon yapıldı. Pulmoner rezeksiyondan sonra kardiyopulmoner bypass desteğinde hastaya sol ön inen arter (LAD), sağ koroner arter (RCA) ve sirkumfleks arter (Cx) lezyonları nedeniyle üçlü koroner arter bypass operasyonu uygulandı.

Kardiyak cerrahi ile eş zamanlı pulmoner rezeksiyonun hastayı ikinci bir major cerrahi girişimin risk ve maliyetinden kurtardığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı düşünülmektedir. Öncelikle, ikinci bir major cerrahi girişim için yüksek riskli hastalar kombine yöntem için uygun adaylardır.

Anahtar Kelimeler: Eş zamanlı, Pulmoner Rezeksiyon, Kardiyak cerrahi

T Klin Kalp-Damar Cerrahisi 2001, 2:30-33

Summary

Concomitant surgical diseases of lung and heart are uncommon. Simultaneous surgical intervention may be a choice when they present.

Triple vessel coronary artery disease was diagnosed and a cardiac operation was recommended for a 69 years old male patient with a history of dyspnea and exertional chest pain for a year. He was sent to our clinic when a chest radiograph demonstrated a mass in the right lung preoperatively. Computed tomography (CT) scan of thorax revealed a paracardiac, cavitory lesion 3.5 cm. in diameter localized in the right middle lobe of lung and also pleural effusion in right hemithorax.. Simultaneous intervention via median sternotomy was performed for patient whose cytologic examination of pleural effusion was reported as Class II and investigations for distant metastases were evaluated negative. Frozen section examination of mass localized in medial segment of right middle lobe was reported benign and a wedge resection was performed. After pulmonary resection, triple coronary artery bypass operation was performed using the cardiopulmonary bypass for left anterior descending (LAD), right coronary artery (RCA), and circumflexus artery (Cx) lesions.

Simultaneous pulmonary resection with cardiac surgery was considered that it saves the patient from the risk and cost of a second major surgical intervention and shortens overall hospital stay. Patients who have a high risk for a second major surgical intervention are candidates for combined operation.

Key Words: Simultaneous, Pulmonary resection, Cardiac surgery

T Klin J Cardiovasc Surg 2001, 2:30-33

Geliş Tarihi: 23.05.2000

Yazışma Adresi : Dr.Murat ÖZKAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi AD, Sıhhiye, ANKARA

[¶] Bu çalışma, Toraks Derneği Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi (9-13 Nisan 2000, Belek/ANTALYA)'nde poster olarak sunulmuştur.

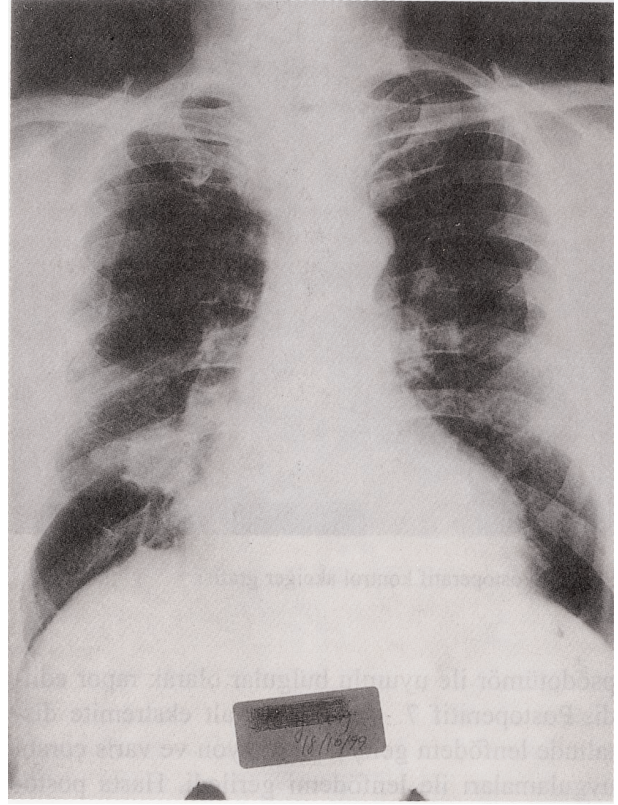
Akciğer ve kalbin cerrahi hastalıklarının birlikte görülmesi sık değildir. Birlikte görüldüğü durumlarda eş zamanlı cerrahi girişim bir seçenek olabilir. Kardiyak cerrahi ile eş zamanlı pulmoner rezeksiyon ikinci bir major cerrahi girişim gereksinimini ortadan kaldırdığı gibi ekonomik

yarar da sağlar. Bu nedenlerle göğüs cerrahları ve kalp damar cerrahları ile bu gruptaki hastalar için bir avantaj niteliğindedir (1).

Olgu

Altmış dokuz yaşında diabetik erkek hastanın bir yıldır devam eden nefes darlığı, eforla oluşan göğüs ağrısı mevcuttu. Son iki aydır yakınmalarına öksürük, balgam ve hemoptizi de eklenmişti. Yapılan tetkikler sonucunda koroner arter hastalığı saptanan ve operasyon önerilen hastanın preoperatif akciğer grafisinde sağ akciğerde kitle görünümü olması nedeniyle ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize sevk edildi (Şekil 1).

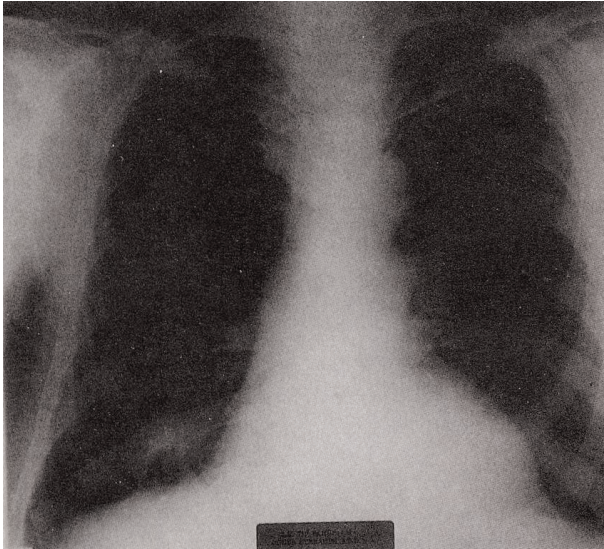
Fizik muayenesinde sağ hemitoraks alt zonda solunum sesleri azalmıştı. Rutin laboratuvar incelemeleri normal sınırlardaydı. Akciğer grafisinde ise sağ hemitoraks alt zonda, parakardiyak yerleşimli, sınırları net olarak izlenemeyen nonhomogen gölge koyuluğu mevcuttu. Toraks BT incelemesi; sağ orta lobta, parakardiyak yerleşimli 3.5 cm. çapında pleural çekintilerin eşlik ettiği kaviter lezyon ve sağda pleural effüzyon olarak rapor edildi (Şekil 2). Plevral effüzyon için diagnostik torasentez yapıldı. Seröz özellikteki sıvının sitolojisi Class II olarak rapor edildi. Kardiyak açıdan yüksek riskli olması nedeniyle bronkoskopi yapılamayan hastanın kranial-üst abdomen BT ve tüm vücut kemik sintigrafisi normaldi. Sağ akciğerdeki kitle nedeniyle cerrahi girişim planlandı. Anesteziyoloji kliniği ile yapılan konsültasyonda kardiyolojik açıdan yüksek riskli olarak değerlendirildi. Koroner arter anjiyografisi ile üç damar hastalığı saptanan hastaya kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi konsültasyonu sonrası koroner arter bypass operasyonu önerilerek akciğerdeki kitlenin tanısının da koroner arter hastalığının tedavisinin planlanmasında önemli olduğu kararlaştırıldı. Bu nedenle kalp ve damar cerrahisi ile birlikte değerlendirildi. Sağ akciğerde kitle ve üç damar koroner arter hastalığı tanılarıyla 04.11.1999 tarihinde median sternotomi kesisiyle eş zamanlı girişim uygulandı. Eksplozasyonda önce sağ akciğer orta lob medial segmentte 3 x 4 cm boyutunda kitle lezyonu tespit edildi. Pnömotomi yapıldığında içinde nekrotik doku bulunan kalın duvarlı kaviter lezyon saptandı. Frozen çalışmasının benign gelmesi üzerine wedge rezeksiyon yapıldı. Pulmoner rezeksiyondan sonra kardiyopulmoner bypass desteğinde hastaya üç



Şekil 1. Olgunun preoperatif akciğer grafisinde sağ alt zonda parakardiyak lezyon.

Şekil 2. Toraks BT incelemesinde 3.5 cm. çapında kaviter lezyon.

damar hastalığı için her iki safen ven ve radial arterin greft olarak kullanıldığı koroner arter bypass greft (CABG) uygulandı. Kitle lezyonunun patolojik incelemesi pulmoner infarktüs ve inflamatuvar



Şekil 3. Postoperatif kontrol akciğer grafisi.

psödötümör ile uyumlu bulgular olarak rapor edildi. Postoperatif 7. gün her iki alt ekstremitte distalinde lenfödem gelişti. Elevasyon ve varis çorabi uygulamaları ile lenfödemi geriledi. Hasta postoperatif 13. gün medikal tedavisi düzenlenerek kontrole gelmek üzere taburcu edildi (Şekil 3).

Tartışma

Akciğer ile kalbin cerrahi tedavi gerektiren hastalıklarının birlikte görülmesi enderdir. Çoğu zaman koroner arter ya da başka bir kalp hastalığı olan bir hastada rutin incelemeler sırasında çekilen PA akciğer grafisinde asemptomatik pulmoner lezyon saptanabilir. Daha az sıklıkla ise akciğer kanserli hastalarda, operasyona hazırlık döneminde perioperatif morbidite ve mortalite riskini arttıran cerrahi tedavi gerektiren kalp hastalıkları tanısı konulabilir (1-3). Olgumuz koroner arter hastalığı tanısı ile operasyona hazırlanırken preoperatif çekilen PA akciğer grafisinde sağ akciğerde kitle tespit edilmesi üzerine ve hem bypass hem de akciğer kanseri olasılığı nedeniyle kliniğimize sevk edilmişti. Hem kalpte hem de akciğerde cerrahi girişim gerektiren hastalıkların sözkonusu olduğu olgularda median sternotomi ile girişim bir seçenektir. Eş zamanlı cerrahi girişim bir seçenek olmasına karşın bu konuda ortak bir görüş mevcut değildir. Bazı cerrahlar, ekstrakorporeal sirkülasyon gerektiren kardiyak cerrahi ile eş zamanlı özellikle akciğer kanserinde yapılacak olan pulmoner rezeksi-

yon konusunda çekimser kalmakta; heparinizasyon ve ekstrakorporeal sirkülasyona bağlı potansiyel olarak artmış kanama riskini, malign hücre proliferasyonunu arttıran olası immün sistem değişikliklerini ve median sternotomi ile pulmoner rezeksiyon için yetersiz operatif görüş sahasını neden olarak göstermektedirler (4-6). Bunun yanı sıra eş zamanlı girişimle hastanın belirli bir oranda morbitite ve mortaliteye sahip ikinci bir major cerrahi girişime gereksinme kalmadan ve ekonomik yararı da gözönünde tutarak önerenler de mevcuttur (1,7). Hatta kardiyopulmoner bypass, sol alt lob ile ilgili lezyonlarda da pulmoner rezeksiyonları kolaylaştırıcı bir rol oynar (1). Kardiyak cerrahi ile eş zamanlı akciğer kanseri için median sternotomi yolu ile bilateral lobektomi, sleeve lobektomi, pnömonektomi, bilobektomi, lobektomi ve segmental rezeksiyon yapıldığı bildirilmiştir (8,9). Sözkonusu bu serilerde eş zamanlı girişimin morbidite ve mortalitede artışa neden olmadığı vurgulanmaktadır. Yoğun yapışıklıklar pulmoner rezeksiyon için yeterli diseksiyona engel olabilir. Ender de olsa ikinci bir kesi gerekebilir (4). Eş zamanlı girişim uygulanan akciğer kanserli hastalarda uzun dönem sağkalım, tüm akciğer kanserli hastalarda olduğu gibi, tümör evresi ile belirlenir (10).

Kardiyak cerrahi ile eş zamanlı pulmoner rezeksiyon hastayı ikinci bir major cerrahi girişimin risk ve maliyetinden, morbitite ve mortaliteyi arttırmadan kurtarır, hastanede kalış süresini kısaltır. (1,7). Öncelikle, ikinci bir major cerrahi girişimi için yüksek risk grubunda olan hastalar göğüs ve kalp cerrahisinin eş zamanlı girişimi için uygun adaylardır (6). Bunun yanı sıra operabl akciğer kanserinin sözkonusu olduğu hastalarda zaman kaybı da önlenmiş olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Rao V, Todd TR, Weisel RD et al. Results of combined pulmonary resection and cardiac operation. *Ann Thorac Surg* 1996; 62: 342-6.
2. Johnson JA, Landreneau RJ, Boley TM et al. Should pulmonary lesions be resected at the time of open heart surgery? *Am Surg* 1996 ; 62: 300-3.
3. Yokoyama T, Derrick MJ, Lee AW. Cardiac operation with associated pulmonary resection. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 105: 912-6.
4. Ulicny KS Jr, Schmelzer V, Flege JB Jr et al. Concomitant cardiac and pulmonary operation: the role of cardiopulmonary bypass. *Ann Thorac Surg* 1992 ; 54: 289-95.

5. Irie T, Oonuki T, Kei J et al. Peri- and postoperative courses in patients undergoing concomitant cardiac and pulmonary operations (abstract) . Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 1996 ; 44 : 747-54.
6. Miller DL, Orszulak TA, Pairolero PC et al. Combined operation for lung cancer and cardiac disease. Ann Thorac Surg 1994 ; 58 : 989-93.
7. La Francesca S, Frazier OH, Radovancevic B et al. Concomitant cardiac and pulmonary operations for lung cancer. Tex Heart Inst J 1995; 22: 296-300.
8. Thomas P, Giudicelli R, Guillen JC et al. Is lung cancer surgery justified in patients with coronary artery disease? Eur J Cardiothorac Surg 1994; 8: 287-91.
9. Brutel de la Riviere A, Knaepen P, Van Swieten H et al. Concomitant open heart surgery and pulmonary resection for lung cancer. Eur J Cardiothorac Surg 1995; 9: 310-3.
10. Danton MH, Anikin VA, McManus KG et al. Simultaneous cardiac surgery with pulmonary resection: presentation of series and review of literature. Eur J Cardiothorac Surg 1998; 13: 667-72.