

PANEL 8

Panel 8

Solunum Yolları Endoskopisi

Moderatörler: Prof. Dr. Ümit Uluöz | Doç. Dr. Atilla Saygı

Konuşmacılar: Prof. Dr. Babür Küçük | Doç. Dr. Ender İnci | Doç. Dr. Serdar Erturan |
Doç. Dr. Reha Baran

BÜYÜK HAVA YOLU DARLIKLARI

Doç. Dr. Serdar Erturan

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, İstanbul

Trakea ve ana bronşlar büyük hava yollarını oluşturur. Buradaki darlıkların en sık nedeni malign hastalıklar, özellikle akciğer kanseridir. Epidemiyolojik veriler sınırlı olmakla birlikte postentübasyon trakeal darlıklar gibi benign hastalıklar da sıklıkla karşımıza çıkmaktadır.

Büyük hava yolu darlığı olan vakalarda saptanan en önemli yakınmalar soluk darlığı, öksürük ve hırıltıdır. Yakınmalar hava yolu darlığının yeri ve gelişme hızı, hastanın genel sağlık durumu ile ilişkilidir. Göğüs röntgenogramının tanısız değeri, büyük havayolları mediasten ile süperpoze olduğundan kısıtlıdır. Bu tür vakalarda toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) önemli bilgiler verir. Büyük hava yolu darlıklarında akım hacim halkası tanı koydurucu özellikler taşır.

Büyük hava yolu darlıklarının değerlendirilmesinde altın standart hâlâ bronkoskopidir. Darlığın yeri, niteliği, derecesi ve boyutu doğrudan görülerek uygulanacak tedavinin planlaması yapılabilir. Ayrıca doku tanısı da elde edilebilir. Darlığın değerlendirilmesi fleksibl bronkoskop ile yapılır. İşlem sırasında bronkoskopun kendisinin de hava yolunu tıkaması ve işlem sonrasında gelişebilecek bron-

kospazm ve ödem nedeniyle diyagnostik fleksibl bronkoskopi, zor ve tehlikeli bir girişim olabilir. Bu nedenle solunum yetmezliğine yol açan ileri derecede hava yolu darlığı olan vakalarda radyolojik, fonksiyonel incelemeler ve diyagnostik fleksibl bronkoskopi yapılamayabilir. Bu vakalarda hava yolunun stabilitesini sağlamak, darlığı değerlendirmek ve aynı anda tedavi planını oluşturup gerçekleştirmek için doğrudan rijid bronkoskopi yapılmalıdır.

Girişimsel bronkoskopinin üç temel kuralı vardır:

1. Hava yolu darlığının tipini sapta (endoluminal, ekstralüminal, mikst).
2. Darlığın endoluminal komponentini tedavi et (debulking).
3. Darlığın mural tipini tedavi et (stent yerleştir).

Malign büyük hava yolu darlıklarında endobronşiyal tedavi, palyatif bir tedavi yöntemi olup multimodal tedavilerin bir parçasını oluşturmaktadır. Benign darlıklarda endobronşiyal tedavi primer tedavi yöntemi olabileceği gibi, cerrahi tedavi öncesi semptomatik tedavi amacıyla da uygulanabilir. İnoperabl vakalarda ise cerrahiye alternatif tedavi yöntemidir.

ALT SOLUNUM YOLLARI ENDOSKOPİSİ

Doç. Dr. Reha Baran

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EA Hastanesi, İstanbul

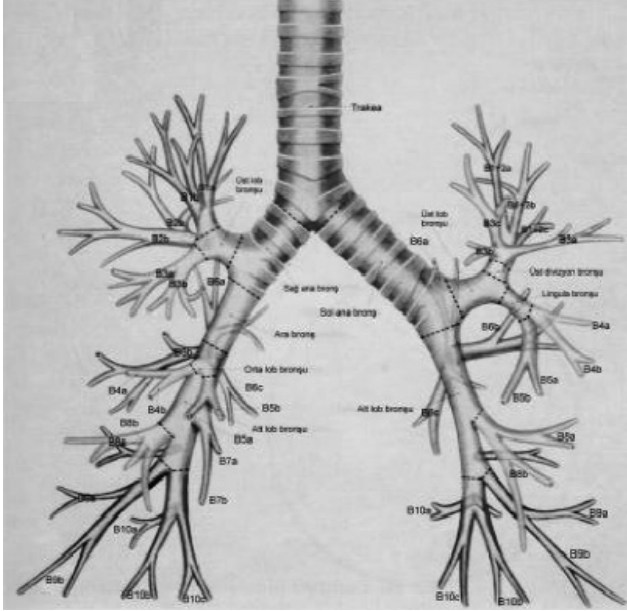
Alt solunum yolları endoskopisi rijit veya fiberoptik bronkoskoplarla yapılır. Son 25 yıldır fiberoptik bronkoskopi (FOB) endoskopide rutin inceleme olarak kullanılmaktadır. FOB ile amaç, trakeo-bronşiyal sistemin değerlendirilmesi, anormallikler saptanırsa gerekli örneklerin alınarak tanı konulmasıdır. Günümüzde geliştirilmiş videobronkoskoplarla değişik ışık kaynakları kullanarak veya

lezyonları büyütürük, değişikliğin yapısı hakkında da karar vermek mümkün olabilmektedir.

Trakeo-bronşiyal yapının değerlendirilmesi

Oral veya nazal yolla bronkoskop ilerletildikten sonra fareks, larenks, vokal kordlar, trakea incelenir. Trakeadan her iki ana bronşun ayrıldığı karina 'ana karina' olarak

PANEL 8



Resim-1: Trakeobronşiyal ağaç

isimlendirilir. Ana karından sonra sağa ve sola ana bronşlar ayrılır. Sağda 1-1.5 cm uzunluğundaki ana bronştan sonra üst lob bronşu ayrılır ve içinde 3 tane segment bronşu görülür (apikal RB1, posterior RB2, anterior RB3). İntermedier bronş yaklaşık 3cm boyutunda olup distalinde anterior duvardan orta lob bronşu (lateral RB4, medial RB5) ve posteriordan da alt lob superior segment bronşu (RB6) ayrılır. Daha distalde alt lobun sırasıyla medial (RB7), anterior (RB8), lateral (RB9) ve posterior (RB10) segment bronşların lümenleri görünür. Sol da ise 4-5 cm uzunluğundaki ana bronştan sonra üst lob bronşu ayrılır. Bu bronşun içinden üst lob apikoposterior (LB1+2), anterior segment (LB3) bronşları, lingula superior (LB4) ve inferior (LB5) bronşu ayrılır. Alt lob bronşu ise sırayla apikal (LB6), antero-medial (LB7-8), lateral (LB9) ve posterior (LB10) segment bronşlarına ayrılır. (Resim 1)

BRONKOSKOPIK DEĞİŞİKLİKLERİN TARİFLENMESİ

1. Mukoza değişiklikleri

- Dilate mukus duktusları (pits): Özellikle yaşlı ve KOAH hastalarında görülür, asemptomatiktir.
- Mukozal kıvrımlar (spur): Özellikle kıkırdaklar üzerinde belirgin olup bazen kitle görünümüyle karışık biyopsi yapılmasına neden olabilir.
- Kartilaj distorsiyonu, mukozal veb: Kronik bronşitli hastalarda sık görülür
- Hiperemi, ödem, irregüler görünüm (nodularite) solukluk, kapillarite artışı gibi tariflenebilen değişiklikler de olabilir.

2. Yer işgal eden kitlelerin tarifi (neoplazmlar)

- Polipoid: saplı tarzda düzgün sınırlı
- Nodüler: daha geniş tabanlı mukozadan 3-5 mm kabarıklık
- Yüzeysel: Mukozadan proksimale doğru infiltratif tarzda tümöral yapı
- Vegetan: genellikle tüm bronş lümenini kapatan yüzeysel çok düzensiz, nekrozlu veya nekrozsuz kitle

3. Stenozlar

- Ekstresek kompresyon (dış bası)
- Anuler tarz stenoz
- Skatrisyel stenoz

4. Sekresyonlar

- Müköz
- Müköpürülan
- Pürülan
- Hemoraji