

# Bronşektazide Cerrahi Tedavi Sonuçlarımız

İrfan Yalçınkaya, Fuat Sayır, Mehmet Kurnaz

**Özet:** Bronşektazi, ülkemiz için hala ciddi bir sağlık sorunu olup tedavisinde cerrahinin önemli bir yeri vardır. Bu çalışmada kliniğimizde Ocak 1995- Ocak 1999 yılları arasında bronşektazi tanısı ile opere edilen 9 hasta (4 erkek, 5 bayan) retrospektif olarak incelendi. Ortalama yaş 27.7 (10-44) idi. Tanı ve cerrahi rezeksiyonun planlanması amacıyla 6 hastaya bilgisayarlı tomografi, 2 hastaya yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi ve 1 hastaya da bronkografi yapıldı. Tüm hastalarda operasyon endikasyonu tekrarlayan enfeksiyon ve bol pürülan balgam çıkarma (2 hastada aynı zamanda bronş adenomu da vardı) idi. Tüm olgularda hastalık tek taraflı (sakküler tipte) ve ağırlıklı olarak da sol alt lobda lokalize idi (5 hasta). Beş hastaya etyolojiyi aydınlatılabilmek amacıyla bronkoskopi yapıldı. Bir hastada yabancı cisim, iki hastada bronş adenomu saptandı. Cerrahi tedavi 6 hastada lobektomi (birinde ilaveten lingulektomi), 3 hastada pnömonektomi idi. Mortalite görülmezken 3 hastada postoperatif atalektazi gelişti. Uzun süreli takiplerde 8 hastada tam şifa, 1 hastada ise klinik düzelme görüldü. Uygun ve yeterli medikal tedaviye rağmen düzelmeyen bilhassa sakküler tip bronşektazilerde küratif rezeksiyon mutlaka uygulanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Bronşektazi, Cerrahi

Sosyoekonomik seviyesi yüksek toplumlarda, görülme sıklığı, gün geçtikçe azalan ve önemini kaybetmekte olan bronşektazi, ülkemiz için aynen tüberküloz ve kist hidatikte olduğu gibi hala önemli bir sağlık sorunudur.

Bronşektazinin cerrahi tedavisi genel anlamda yüzgüldürücüdür. Özellikle çok ilerlemiş ve lokalize olgularda küratif sonuçlar elde etmek mümkündür. Ancak özellikleri buna uymayan hastalarda tedavide birinci öncelik tıbbi yöntemlerin olmalıdır.

Bu çalışmada, Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda Ocak 1995-Ocak 1999 tarihleri arasında bronşektazi tanısı ile opere edilen 9 hasta retrospektif olarak analiz edildi.

## Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde 4 yıllık süre içerisinde 9 hasta bronşektazi tanısı ile yatırılıp opere edildi. Hastaların 4'ü erkek, 5'i bayan idi. Ortalama yaş 27.7 olup yaşları 10 ile 44 arasında değişiyordu. Tanı ve cerrahi rezeksiyonun planlanması amacıyla 6 hastaya bilgisayarlı tomografi (BT), 2 hastaya yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) ve 1 hastaya da bronkografi yapıldı. Beş hastaya etyolojiyi aydınlatılabilmek amacıyla bronkoskopi yapıldı. Tüm hastalarda operasyon endikasyonu tekrarlayan enfeksiyon ve bol pürülan balgam çıkarma idi. 2 hastada aynı zamanda bronş adenomu da vardı. Hastalar balgam kültürü sonucuna göre iki haftalık

medikal tedaviden sonra opere edildi. Çift lümenli endotrakeal tüp ile anestezi uygulandı. 5 hastada sol alt lobektomi (birinde ilaveten lingulektomi), 1 hastada sağ alt lobektomi ve 3 hastada sol pnömonektomi uygulandı.

## Bulgular

Olgulardan birinde çocukluk çağına geçirilmiş ağır kızamık öyküsü varken bir diğer hastada komplet dudak-damak yarığı anomalisi saptandı. Hastaların hepsinde kronik öksürük ve pürülan balgam çıkarma şikayeti vardı. Tüm olgularda hastalık tek taraflı olup 5 hastada sol alt lobda, 1 hastada orta lobda lokalize idi. Yine bütün olgularda bronşektazi sakküler tipte idi. Bronkoskopide bir hastada yabancı cisim, iki hastada bronş adenomu (endoskopik görünüm olarak) saptandı.

Olgularımızda mortalite görülmezken 3 hastada postoperatif atalektazi gelişti. Bronkoskopik aspirasyon uygulandı. Patoloji sonuçları preoperatif tanı ile uyumlu şekilde kronik iltihap ve bronşektazi olarak gelirken, 2 bronş adenomlu olguda histopatolojik inceleme endoskopik tanıyı doğruladı.

Olguların tümü postoperatif dönemde 1-3 yıl arasında takip edildi. 8 hastada tam şifa, 1 hastada ise klinik düzelme sağlandı.

## Tartışma

Bronşektazide cerrahi tedavi uygulaması gün geçtikçe azalmaktadır. Bağışıklama çalışmaları ile çocukluk çağına görülebilen hastalıklar (boğmaca, kızamık) önlenirken tedavi metodlarındaki ilerlemeler ile bronşektazi ile sonuçlanacak hastalık süreçlerinin önü herhangi

Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi ABD, Van  
**Yazışma adresi:** Yrd. Doç. Dr. İrfan Yalçınkaya  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi  
Kliniği VAN

bir basamakta kesilip bronşektazi gelişimi engellenmektedir.

Günümüzde bronşektazi; tıbbi yöntemlerle gelişimi önlenemeyen ve tedavi edilemeyen bir hastalık kimliğine kavuşmaktadır. Cerrahi tedavi, sınırlı sayıda hastaya uygulanabilmektedir. Buna karşın tıbbi ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilen hastaların karşılaştırıldığı çalışmalarda; destrüksiyonun ileri safhada olduğu hastalarda tıbbi tedavinin başarısız kaldığı bildirilmektedir (1).

Bronşektazi tanısında radyolojik yöntemlerde ilk basamak direkt filmler olmalıdır. Bronkografi günümüzde de önemini korumasına rağmen BT ve YRBT kullanımı iyice yaygınlaşmıştır. Direkt akciğer grafisi ve BT ile bronşektazi öntanısı konan bütün olgularda bronkografi uygulanmasını savunan yazarlar vardır (2). Buna karşın bronkografinin BT'ye göre daha invaziv olması, özellikle çocuklarda daha güç uygulanması, kontrast maddenin teminindeki zorluk ve allerji riski taşıması, tekniğin güç olması ve deneyimli bir ekip gerektirmesi, ventilasyon bozukluğuna yol açması gibi nedenlerle bronşektazi düşünülen hastalarda öncelikle YRBT yapılması, ancak cerrahi girişim düşünülüyorsa, rezeksiyon sınırının daha kesin belirlenmesi amacıyla bronkografi yapılması görüşü de savunulmaktadır (3). Son yıllarda yeni kullanıma giren spiral YRBT ile tanı ve lokalizasyonu saptamada daha iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir (4). Tüm olgularımızda bronşektazi sakküler tipte olduğundan tanıda güçlük çekmedik. Hastalığın yaygınlığını saptamada BT, YRBT ve bronkografiden faydalandık.

Bronşektazinin sınırlı bir bölgede kaldığı olgularda cerrahi girişim iyi sonuçlar verirken, bilateral multisegmental olgularda yapılacak geniş çaplı rezeksiyonların hastanın postoperatif solunum fonksiyonunu ileri derecede kısıtlayacağı gözönünde tutularak cerrahiden uzaklaşılır. Kliniğimizde bir yıl içinde, üç olguda bu şekilde bilateral yaygın bronşektazi saptanıp rezeksiyon kontrendike kabul edildi (5).

Hali hazırda uygulanmakta olan cerrahi tedavinin felsefesi; sağlam dokuları mümkün olduğu kadar korumak, hasta dokuları da tamamen çıkartmaktır (6-8). Operasyona alınması planlanan hastaların preoperatif hazırlanması bilhassa önemlidir. Pürülan sekresyonu ortadan kaldırmak için uygun ve yeterli antibiyoterapi, postural drenaj ve gerekirse bronkoskopik aspirasyon yapılmalıdır. Bronkoskopi yalnız pürülan sekresyonları temizlemekle kalmayıp etyolojiyi aydınlatmak açısından önemlidir. Olgularımızın yalnız beşinde bronkoskopi yaptık.

Bunların üçünde endobronkial patoloji tespit ettik. 404 olguluk bir bronşektazi serisinde, neden olarak 14 olguda yabancı cisim, 4 olguda da bronş adenomu saptanmış (7). Bu sonuçlar tüm bronşektazi olgularında preoperatif bronkoskopinin uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Cerrahi tedavinin endikasyonları arasında bol pürülan balgam çıkarma, tekrarlayan ve tedaviye dirençli pnömoni ve ayrıca hayatı tehdit eden kanamalar sayılabilir. Çocukluk çağı bronşektazilerinin ise tıbbi tedavi ile gerileyip, minimal semptomlu hale gelebildiği gösterilmiştir (9). Fakat medikal tedaviye yanıt alınamayan, devamlı semptomatik olup, büyüme-gelişme geriliği olan hastalarda cerrahi tedavinin geciktirilmemesi savunulmaktadır (6, 10).

Bronşektazide rezeksiyon segmental olmalıdır. Hasta olan tüm segmentler çıkarılmalı, sağlam segmentler ise korunmalıdır. Bizim olgularımızda bronşektazi genellikle bir lobda veya tüm akciğerde idi. Hatta bir olguda harabolmuş akciğer mevcuttu. 292 olguluk bir çalışmada en çok yapılan rezeksiyon %24.5'lük oranlarla pnömonektomi ve alt lobektomi +lingulektomi olmuştur (6).

Postoperatif değerlendirme, Can'ın tezinde belirttiği kriterlere göre yapılmıştır (6). Bu kategorizasyonda hastanın postoperatif semptomlarının devam edip etmemesine göre 1a(iyi), 1b(epeyce düzelmiş), 2(kısmen düzelmiş), 3(düzelmemiş) ve 4 (kötüleşmiş) olarak değerlendirme esas alınmıştır. Olgularımızın biri hariç hepsinde cerrahi sonrası semptomlar kaybolurken (1a), sadece bir olguda bir kısım semptomlar günlük yaşamı etkilemeyecek ölçüde gerilemiştir (1b).

Sonuç olarak uygun ve yeterli medikal tedaviye rağmen düzelmeyen bilhassa sakküler tipteki bronşektazilerde küratif rezeksiyon mutlaka uygulanmalıdır. Çünkü buradaki cerrahi işlem, solunuma katılmayan ve organizma için bir enfeksiyon kaynağı olan ya da olmaya aday bir akciğerin, lobun veya segmentin vücuttan uzaklaştırılmasıdır. Yani cerrahi uygulama ile fizyolojik bir kayıp olmamakta, anatomik bir kayıp olmaktadır. Bu nedenle cerrahi tedavi yöntemlerinden çekinilmemelidir.

## Our Surgical Treatment Results in Bronchiectasis

**Abstract:** *Bronchiectasis still remains as a serious health problem for our country that surgery has an important role in its treatment. In this study, 9 patients (4 males and 5 females) operated with diagnosis of bronchiectasis between January 1995*

and January 1999 in our department were retrospectively analyzed. The mean age was 27,7 (10-44). Computerized tomography was performed in 6 patients, high resolution computerized tomography in 2 patients and bronchography in 1 patient in order that diagnosis and surgical resection planning could be obtained. Operation indication in all patients was recurrent infection and excessive purulent sputum expectoration (in 2 patients, there was bronchial adenomas as well). The disease process was unilateral (in saccular type) in all cases and localized predominantly to the left inferior lobe (5 patients). Bronchoscopy was carried out in 5 patients so that ethiology could be clarified. Foreign body was found in 1 patient and bronchial adenoma in 2 patients. Surgical treatment was lobectomy in 6 patients (in one patient additional lingulectomy) and pneumonectomy in 3 patients. Postoperative atelectasy developed in 3 patients, although mortality was not seen. In long-term follow-up, recovery was obtained in 8 patients and clinical improvement in 1 patients. Curative resection should absolutely be applied in bronchiectasis which do not improve in spite of adequate and sufficient medical treatment, especially in saccular type.

**Key words: Bronchiectasis, Surgery**

#### Kaynaklar

1. Sanderson JM, Kennedy MCS, Johnson MF, Manley DCE. Bronchiectasis: results of surgical and conservative management. A review of 393 cases. Thorax 29:407-16, 1974.
2. Tireli E, Barlas S, Akaslan İ, ve ark: Bronşektazi tanı ve tedavisindeki görüşlerimiz. GKDC Dergisi 2:385-7, 1994.
3. Ilgazlı A, Çağlayan B, Saygı A, ve ark: Bronşektazi tanısında bronkografi ve yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi'nin değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları 9:99-106, 1998.
4. Çımrın A, Celal F, Akpınar M, ve ark: Bronşektazi tanısında spiral yüksek rezolüsyonlu BT'nin tanı değeri (ön çalışma). 20. Yıl Akciğer Günleri Kongre Kitabı 295-301, 1995.
5. Yalçınkaya İ, Özbay B, Bozkurt M: Bilateral yaygın bronşektaziler ve operasyon endikasyonlarının değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 2:197-9, 1995.
6. Can E: Bronşektaziye cerrahi yaklaşım. Uzmanlık tezi, 1994, Ankara.
7. Çetin G, Alp M, Uçanok C, et al: Diagnosis and management of bronchiectasis in adults and children: 10 years of experience. T J Research Med Sci 5:349-56, 1987.
8. Doğan R, Alp M, Kaya S, et al: Surgical treatment of bronchiectasis: A collective review of 487 cases. Thorac Cardiovasc Surgeon 37:183-6, 1989.
9. Lewiston NJ. Bronchiectasis in childhood. Ped Clin North Am 31:865-78, 1984.
10. Pamukçu A, Dağlı T, Yüksel M, Dağlı E: Çocukluk çağı bronşektazileri. Solunum 19 (TÜSAD XXII. Ulusal Kongre Kitabı) 302-6, 1994.