

¹ Suat GEZER

**Bir Devlet Hastanesinde Göğüs Cerrahisi Kliniğinin İşleyişi:
Şanlıurfa Devlet Hastanesi'nde 2 Yıllık Deneyim**

**The Running of a Thoracic Surgery Clinic in a State Hospital: Two
Year Experience in Şanlıurfa State Hospital**

² H.Ali KILIÇGÜN

³ Nihal YÜZBAŞIOĞLU

ÖZET

Amaç: Ülkemiz genelinde diğer cerrahi branşlara göre daha sonradan kurulan göğüs cerrahisi bilim dalının bir devlet hastanesindeki işleyişini incelemek.

Metod: Şanlıurfa Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Temmuz-2006 ile Temmuz-2008 arasında opere edilen hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Yaşları 8 ay ile 77 (ort:32,2) arasında değişen 242'si erkek, 117'si kadın 359 hastaya 390 operasyon uygulandı. En sık preoperatif tanılar 61 künt toraks travması, 58 kist hidatik, 46 spontan pnömotoraks, 29 delici kesici alet yaralanması, 22 ampiyem, 21 yabancı cisim aspirasyonu, 12 bronşektazi, 10 akciğer kanseri idi. Operasyonların 209'i lokal, 181'si genel anestezi altına uygulandı. Lokal anestezi altında da en çok tüp torakostomi (n=180), genel anestezi altında en çok 64 sağ torakotomi, 43 sol torakotomi, 2 bilateral torakotomi, 35 rijid bronkoskopi uygulandı.

Sonuç: Bir devlet hastanesinde göğüs cerrahisi kliniğini aktif olarak işletirken karşılaşılan en önemli sorunlar yeterli ekipman ve deneyimli yardımcı personel eksikliği ve diğer branşların göğüs cerrahisi hakkındaki bilgi eksikliğidir.

Anahtar kelimeler: Devlet hastanesi, Göğüs cerrahisi, Torakotomi

ABSTRACT

Background: We aimed to analyze the running of a thoracic surgery department in a state hospital.

Methods: The records of patients who had been operated between July-2006 and July-2008 in Thoracic Surgery Clinic of Şanlıurfa State Hospital were retrospectively analyzed.

Results: Three-hundred-ninety operations were applied to 359 patients whose ages were between 8 months and 77 years. The most common diagnoses were 61 blunt chest trauma, 58 hydatid cyst, 46 spontaneous pneumothorax, 29 penetrant chest injury, 22 empyema, 21 foreign body aspiration, 12 bronchiectasis and 10 lung cancer. Of the operations 209 were under local anesthesia and 181 under general anesthesia. The most commonly tube thoracostomy (180 cases) under local anesthesia and 109 thoracotomy under general anesthesia were performed.

Conclusion: The encountered most important problems during the active run are the lack of enough equipment and experienced auxiliary staff and, lack of knowledge about thoracic surgery by other clinicians.

Key words: State hospital, Thoracic surgery, Thoracotomy

GİRİŞ

Yirminci yüzyılda yaşanan ikinci dünya savaşı ve sonrasındaki tüberküloz salgınları nedeniyle modern manada göğüs cerrahisi 1960'lardan sonra gelişebilmiştir (1). Türkiye'de ise 1951 yılında Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde 1. Cerrahi Kliniği'ne bağlı olarak kurulan ilk Göğüs Cerrahisi Kliniği 1960-1966 yıllarında Göğüs Hastalıkları Kürsüsü'ne bağlı olarak çalışmış ve 1966 yılında bağımsız bir kürsü olarak ayrılmıştır (1). Daha sonraları ülkemizde diğer pek çok merkezde göğüs-kalp-damar cerrahisi olarak çalışılmış ve 1990'lı yıllarda göğüs cerrahisi ile kalp damar cerrahisi ayrılmıştır. Bu sebeple sayıları da az olan göğüs cerrahları ancak 2000'li yıllarda devlet hastanelerinde görevlendirilmişlerdir.

¹ Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Düzce

² Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Bolu

³ Şanlıurfa Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Şanlıurfa

Submitted/Başvuru tarihi:
12. 01. 2011
Accepted/Kabul tarihi:
09. 02. 2011
Registration/Kayıt no:
11 01 125

Corresponding Address
/Yazışma Adresi:

Dr. Suat GEZER
Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD
Konuralp-DÜZCE

e-mail: suatdr@hotmail.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

Bu çalışmada ülkemiz genelinde diğer cerrahi branşlara göre daha sonradan kurulan göğüs cerrahisi bilim dalının bir devlet hastanesindeki işleyişini, yapılan girişimsel işlemler düzeyinde incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Şanlıurfa Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Temmuz-2006 ile Temmuz-2008 arasında 359 hasta lokal veya genel anestezi altında opere edildi. Tüm hastaların preoperatif değerlendirmesi fizik muayene, radyoloji, biyokimyasal ve hematolojik kan tetkikleri ile yapıldı. Direkt akciğer grafisi bütün hastalarda, toraks BT ise çok acil müdahale gerektirmeyen bütün hastalarda çekildi. Hastaların tam kan sayımı, koagülasyon parametreleri ve rutin biyokimya tetkikleri çalışıldı. Genel anestezi alacak hastalara preoperatif anestezi konsultasyonu istendi. Ayrıca genel anestezi hastalarından 50 yaşın üzerindeki ve kardiyolojik patoloji düşünülenlere preoperatif kardiyoloji konsultasyonu istendi. Hastaların genel durumu ve uygulanan operasyonların niteliğine göre yoğun bakım veya serviste takipleri kararlaştırıldı. Gerekli tedavilerden sonra durumu düzelen ve taburcu edilen hastaların poliklinik takibi yapıldı.

Opere edilen tüm hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, tanı, uygulanan operasyon ve komplikasyonları değerlendirildi. Hastaların sonuçları kliniğin işleyişinde karşılaşılan sorunlar ile birlikte tartışıldı. Acil serviste müdahale edilirken exitus olup servise veya yoğun bakıma yatışı yapılamayan acil servis hastaları bu çalışmaya dahil edilmedi.

BULGULAR

Yaşları 8 ay ile 77 (ort:32,2) arasında değişen 242'si erkek, 117'si kadın 359 hastaya 390 operasyon uygulandı. Hastaların 81'i (%22) pediatrik yaş grubundaydı. Hastaların tanıları içinde en çok tespit edilenler 61 olguda künt toraks travması, 58 kist hidatik, 46 spontan pnömotoraks, 29 delici kesici alet yaralanması, 22 ampiyem, 21 yabancı cisim aspirasyonu, 12 bronşektazi, 10 akciğer kanseri idi (Tablo 1). Operasyonların 209'i (%53,6) lokal, 181'si (%46,4) genel anestezi altına uygulandı (Tablo 2). Lokal anestezi altında da en çok tüp torakostomi (n=180, %86,1) uygulandı. Genel anestezi altında 64 sağ torakotomi, 43 sol torakotomi, 2 bilateral torakotomi, 35 rijid bronkoskopi, 6 rijid özefagoskopi ve 31 muhtelif diğer girişimler uygulandı (Tablo 2). Torakotomiler yoluyla en çok kist hidatik operasyonu (n=53) ve akciğer rezeksiyonu (n=16) gerçekleştirildi (Tablo 3).

Tablo 1: Preoperatif tanılar

Tanılar	Sayı	%
Künt toraks travması	61	17
Kist hidatik	58	16
Spontan pnömotoraks	46	13
Delici kesici alet yaralanması	29	8
Ampiyem	22	6
Yabancı cisim aspirasyonu	21	6
Plevral efüzyon	18	5
Bronşektazi	12	3
Akciğer kanseri	10	3
Pakiplöriz	10	3
Ateşli silah yaralanması	7	2
Özefagusta yabancı cisim	5	1
Hemoptizi	5	1
İnterstitiyel akciğer hastalığı	4	1
Göğüs duvarında kitle	4	1
Bronkojenik kist	4	1
Diğer	43	13

Tablo 2: Operasyonlar

Operasyonlar	Sayı	%
Tüp torakostomi	180	46
Sağ torakotomi	64	16
Sol torakotomi	43	11
Bilateral torakotomi	2	0,5
Rijid bronkoskopi	35	9
Rijid özefagoskopi	6	1,5
Mediastinoskopi	4	1
Aksiler torakotomi	4	1
Torakoskopi	3	1
Diğer	49	13
<i>Toplam</i>	<i>390</i>	<i>100</i>

On
bir

(%3) hastada postoperatif morbidite izlendi. Bu komplikasyonlardan 3'ü sekresyon retansiyonu ve atelektazi idi. Bu hastalara fiberoptik bronkoskopi ile müdahale edildi ve hepsi düzeldi. Akciğer adenokarsinomu nedeni ile sol intraperikardiyak

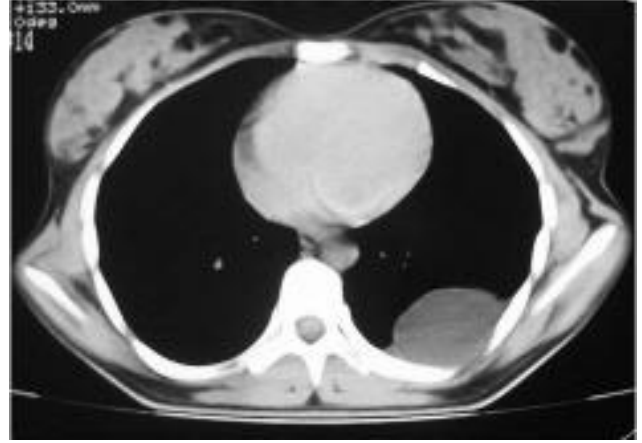
Tablo 3: Torakotomi yoluyla gerçekleştirilen operasyonlar

Torakotomiler	Sayı	%
Kist hidatik op	53	49
Akciğer rezeksiyonu	16	15
Wedge rezeksiyon	11	10
Bül ligasyonu	8	7
Dekortikasyon	5	4
Diğer	16	15
Toplam	109	100

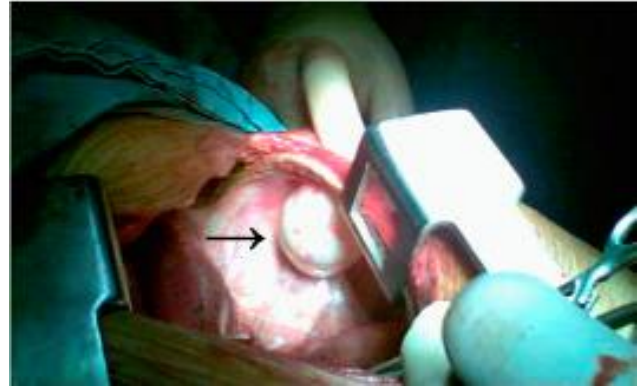
pnömonektomi uygulanan 1 hastada postoperatif 3. ayda kemoterapi sırasında ampiyem gelişti. Tüp torakostomi ve plevral yıkamalarla takip edildi. Bronşektazi nedeni ile sağ alt lobektomi uygulanan 1 hastada bronkoözefagial fistül gelişti ve bir başka merkezde fistülektomi uygulandı. Sağ torakotomi ile özefagustan dev yabancı cisim çıkarılan 1 hastada özefagoplevral fistül gelişti, konservatif tedavi ile düzeldi. Bronşektazi nedeni ile sağ üst lobektomi uygulanan bir hastada orta lob torsiyonu gelişti ve orta lobektomi yapıldı. Kist hidatik nedeni ile opere edilen bir hastanın takiplerinde kapitone edilen kist kavitesinin açıldığı görüldü ancak klinik bir soruna yol açmadı. Yabancı cisim aspirasyonu nedeni ile rijid bronkoskopi uygulanan 2 yaşındaki bir hastada trakea alt uç hasarı gelişti, torakotomi ile tamir edildi. Mediastinoskopi uygulanan bir hastada işlem sırasında brakiosefalik arter hasarı gelişti ve sternotomi ile tamir edildi. Bir hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti ve uygun antibiyotik ve yara bakımı ile düzeldi. Bir hasta postoperatif 4. gün akut myokard enfarktüsü geçirdi ve exitus oldu (operatif mortalite %0,3). Anterior mediastinostomi ile lenf nodu biyopsisi uygulanan bir küçük hücreli akciğer kanseri hastası postoperatif 5. ayda hastalık progresyonu nedeni ile exitus oldu.

TARTIŞMA

Şanlıurfa Devlet Hastanesi'nde göreve başladığımızda hastane 500 yatağı, 17 cerrahi yoğun bakım yatağı ve 8 ameliyathane odası ile imkanları geniş olan bir devlet hastanesi olmasına karşın, hastanede bir göğüs cerrahisi uzmanı yoktu ve dolayısıyla göğüs cerrahisi operasyonları yapılmıyordu. Kliniğimize 11 yataklı bir servis ve 2 yarım ameliyat günü verildi. Cerrahi set, pediatrik ve yetişkin rijid bronkoskop-özefagaskop, mediastinoskop ve gerekli sarf malzeme alımı yapılarak kliniğin donanımı tamamlandı. Hastanenin



Resim 1: Toraks BT: Sol hemitoraks orta zon posterolateralde plevra tabanlı 5 cm çaplı kistik kitle



Resim 2: Aynı hastaya ait intraoperatif görünümünde intratorasik ekstraplevral kist hidatik lezyonu izleniyor

mevcut laparoskopi cihazı VATS için kullanıldı. Servis, ameliyathane, yoğun bakım hemşireleri ve diğer yardımcı sağlık personelinin hiçbir göğüs cerrahisi tecrübesi olmadığından, klinik vizitleri ve ameliyathane sırasında onların pratik eğitimlerine özen gösterildi. Ayrıca kliniğin işleyişini sağlamak adına önemli bir basamak olarak da göğüs hastalıkları ve acil servis doktorları başta olmak üzere hastanenin diğer hekimlerine göğüs cerrahisi olarak neler yaptığımızı bir kez daha hatırlatarak ilgili vakalarda konsültasyon istenmesini talep ettik.

Yukarıda özetlenen şekilde kurulan kliniğimizde 2 yıllık süre zarfında 81'i (%46,4) genel anestezi altında olmak üzere 390 operasyon uygulandı. Hastalarımızın önemli bir kısmı (%22) pediatrik yaş grubundaydı. Hastanemizde 4 adet çocuk cerrahisi uzmanı bulunmasına rağmen, pediatrik yaş grubu hastaları önemseyerek ve çocuk cerrahi meslektaşlarımızla uzlaşma içinde olarak bu oranı yakaladık. Preoperatif tanılarımız bölgenin sosyo-kültürel durumuna göre şekillendi. Künt ve penetran toraks travmaları (%25) ile kist hidatik (%16) en sık karşılaştığımız 2 grup idi. Travmalar kaza ve yaralama olaylarının sıklığının,

kist hidatik ise besin hijyeni sorunun bir göstergesi idi. İkinci basamak bir sağlık kuruluşu olmamıza rağmen akciğer kanseri ve bronşektazi gibi vakaların operasyonlarından geri durulmadı.

“European Association for Cardio-thoracic Surgery” ve “European Society of Thoracic Surgeons” ın ortak “Structures in Thoracic Surgery” çalışma grubunun raporuna göre standart bir göğüs cerrahisi merkezinin yıllık majör torasik işlem sayısı 150 ± 50 olmalıdır (2). Kliniğimiz bir eğitim hastanesi kliniği değildi ve yeni kurulan bir klinik idi. Buna rağmen bahsedilen ortalama rakamı yakalayabilmiş olmanın önemli olduğunu düşünüyoruz.

Klinik sonuçlarımız %3 postoperatif morbidite ve % 0,3 postoperatif mortalite ile iyi düzeyde idi. Yamashita ve ark. 458 elektif torasik cerrahi uygulanan hastada %19,2 postoperatif morbidite ve %0,65 postoperatif mortalite bildirmişlerdir (3). Ülkemizden Okur ve ark.nın 1532 hastalık çalışmalarında morbidite olarak %3,2 retorakotomi ve %2,9 bronkoplevral fistül oranı ve %1,5 mortalite bildirilmiştir (4). Elbette ki bizim bu iyi sonuçlara rezeksiyon oranımız düşük olması etki etmiştir.

Bir devlet hastanesinde göğüs cerrahisi kliniğini aktif işletmek göğüs cerrahları için ileri derecede fedakarlık gerektirmektedir. Karşılaşılan en önemli sorunlar yeterli ekipman ve deneyimli yardımcı personel eksikliği ve diğer branşların göğüs cerrahisi hakkındaki bilgi eksikliğidir. Bu sorunlar zaman içinde sabır ve uğraşı ile çözülebilmekte ve çözüldüğünde düşük morbidite ve mortalite oranları ile çalışılabilmekte ve “sadece tüp takan bir cerrah” olmaktan kurtulunabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Batrel H, Yüksel M. Türkiye’de ve dünyada göğüs cerrahisi. In: Yüksel M, Kalaycı G, editors. Göğüs cerrahisi. İstanbul: Bilmedya grup; 2001: 1-5.
2. Klepetko W, Aberg TH, Lerut AE, et al. Structure of General Thoracic Surgery in Europe: By the EACTS/ESTS Working group on Structures in Thoracic Surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 2001;20:663-68.
3. Yamashita S, Haga Y, Nemoto E, Nagai S, Ohta M. E-PASS (The Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress) Scoring System Helps the prediction of Postoperative Morbidity and Mortality in Thoracic Surgery. Eur Surg Res. 2004;36:249-55.
4. Okur E, Kır A, Taşçı E, ve ark. Hastanemizde 2006 yılındaki göğüs cerrahisi uygulamaları: 1532 hastanın analizi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg. 2008;16:179-82.