

OSKÜLTASYON ÜÇGENİNDEN TORAKOTOMİ

Dr. Ahmet BAŞOĞLU x
Dr. İbrahim YEKELER xx
Dr. Mustafa PAÇ xxx

ÖZET :

Toraks ameliyatlarındaki postoperatif ağrı ve morbiditeyi azaltmak amacıyla adale divizyonunu gerektirmeyen torakotomiler geliştirilmiştir (1-3).

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalında değişik nedenlerle ameliyat edilen 18 olguda Muskulus Latissimus Dorsi ve Muskulus Serratus Anterior divizyonu yapılmadan, oskülatasyon üçgeninden gerçekleştirilen torakotomilerde elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelime: Oskülatasyon üçgeni.

GİRİŞ :

Toraksta sırtın alt ve lateral kısmını örten latissimus dorsi kasının origosu alt torasik vertebraların çıkıntıları, lumbodorsal fascia ve krista illacadır. Kasın bir kısım lifleri de alt 3-4 kota yapışmıştır. Geniş bir origosu olan latissimus dorsi-nin lifleri yukarı ve dışa doğru yönelerek, humerusun intertüberküler sulkusuna yapışır. Kas kolun addüksiyon, iç rotasyon ve ekstansiyon hareketlerin yaptırır. Alt kotlara yapıştığındanyardımcı solunum kası olarak ta fonksiyon görür.

Sırtta m. latissimus dorsiye örten. m. trapezius'un lateral kenarı, latissimus dorsinin üst kenarı ve skapulanın iç kenarı arasında bir üç gen oluşur. Bu bölgede romboid adalenin alt liflerinden başka kas yoktur. Bundan dolayı. bu alan oskülatasyona uygun olduğundan oskülastasyon üçgeni denilmektedir (5).

Standart posterolateral torakotomilerde m. latissimus dorsi ve m. serratus anterior'un divizyonu ile postoperatif morbidite ve kesilen kaslarla ilgili kol

(x) Atatürk Ün. Tıp Fak. GKDC Anabilim Dalı Öğr. Üy. (Yard. Doç. Dr).

(xx) Atatürk Ün. Tıp Fak. GKDC Anabilim Dalı Uzmanı

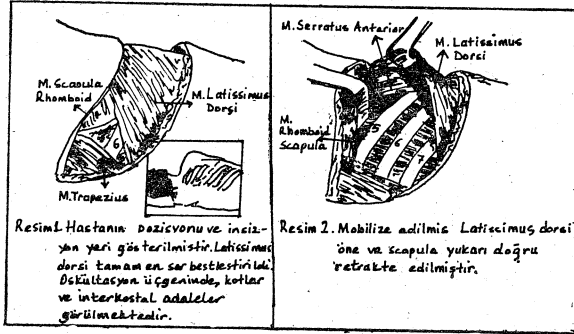
(xxx) Atatürk Ün. Tıp Fak. GKDC Anabilim Dalı Öğr. Üy. (Doç. Dr.)

ve omuz hareketlerinde kısıtlılık oluşmaktadır(1). Bu torakotomilere bir alternatif olarak oskültasyon üçgeninden latissimus dorsi ve serratus anterior divizyonu yapmadan yeterli ekspoür sağlanabilen torakotomi gerçekleştirilebilir (1,2).

MATERYAL ve METOD :

15-45 yaşlarında (ortalma: 34) çeşitli nedenlerle ameliyat edilen 18 olguda adale divizyonuna gidilmeden oksültasyon üçgeninden torakotomi yapıldı.

Lateral dekübitis pozisyonunda yatırılan hastanın ameliyatına posterolateral torakotomi insizyonu ile başlandı. Yeterli ekspoür sağlamak amacıyla latissimus dorsi ve serratus anterior tamamen mobilize edildi. Latissimus dorsinin yüzeyi koterle cilt altı dokusudan disseke edildi. Oskültasyon üçgeni belirlenerek fascia insizyonu yapıldı. kotlar ve interkostal kaslar ortaya konuldu. (Resim 1). M. latissimus dorsinin posterior kenarı aşağıya ve yukarıya doğru serbestleştirildi. Kasın altına ekartör yerleştirilerek alt yüzü de disseke edildi. (Resim 2). Daha sonra m. serratus anterior serbestleştirilerek skapula yukarıya çekildi. Plevral kaviteye 5. interkostal aralıktan girildi. Yeteli ekspoür sağlanamayan olgularda latissimus dorsiye parsiyel kesi yapıldı. Ameliyat sonunda kapama işlemi; kotlar perikostal sütürlerle yaklaştırılarak, latissimus dorsinin posterior kenarı boyunca fascia kapatıldı.



BULGULAR :

Oskültasyon üçgeninden torakotomi uygulanan 18 olguda operasyon nedenleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Olgular ortalama ameliyat süresi, postoperatif omuz ve kol hareketleri, mobilizasyon, postoperatif solunum problemleri yönlerinden değerlendirildi. Major rezeksiyon (lobektomi, pnömonektomi) uygulanmayan standart posterolateral torakotomili 10 hastanın (kontrol grubu). sonuçları ile karşılaştırıldı. Ameliyat süreleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Olgularda operasyon nedenleri

Ameliyat	Hasta Sayısı	Oran (%)
Akciğer Hidatik Kisti	8	44.44
Wedge Rezeksiyonu	3	16.66
Bronşial Kist	2	11.12
Büllöz Akciğer	3	16.66
Eksploratris Torakotomi	2	11.12
Toplam	18	100.00

Tablo 2: Torakotomilerde ameliyat süreleri

Torakotomi	Minimum-maksimum Süre (dk)	Ortalama (Süre (dk))
Torakotomi (Oskültasyon üçgeninden)	55-91	67
Torakotomi (St. Posterolateral)	72-115	95

Ameliyatlar aynı ekip tarafından yapılmıştır. Oskültasyon üçgeninden torakotomili olgular ve kontrol grubunun olguları teşhis farklılıkları göstermekle birlikte, tamamı major rezeksiyon uygulanmayan olgulardır. Bu nedenle teşhis farklılıkları ameliyat sürelerini fazla etkilemeyecek durumda idi. Tablo2'de görülen süre farklılıkları büyük ölçüde teknikteki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Omuz ve kol hareketleri postoperatif 3. gün ve 7. gün karşılaştırılmıştır. Hareketlerde taraf koluna addüksiyon, iç rotasyon, ekstansiyon yaptırılmıştır. Sonuçlar. Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Omuz ve kol hareketleri

Torakotomi	3. Gün ağrısız kol hareketleri	7. Gün ağrısız kol hareketleri	Toplam	Oran (%)	
				3. gün	7. gün
Oskültasyon üçgeninden	14	16	18	77.77	88.88
St. Postero lateral	0	2	10	—	20.00

Postoperatif mobilizasyonda oskültasyon üçgeninden yapılan torakotomilerde hasta bakıcı ve hemşire desteğine daha az gereksinme olmuştur. Sonuçlar Tablo 4'de görülmektedir.

Tablo 4. Olgularda mobilizasyon durumu

Torakotomi	Desteksiz, Mobilizasyon	Toplam	Oran (%)
Oskültasyon üçgeninden	10	18	55.55
St. Posterolateral	2	10	20.00

Postoperatif pulmoner enfeksiyon ve akciğer problemleri yönünden değerlendirme Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Postoperatif akciğer problemleri

Torakotomi	Akciğer enfeksiyonu ve solunum problemi	Toplam	Oran (%)
Oskültasyon üçgeninden	0	18	—
St. Postero lateral	2	10	20 00

Postoperatif yara enfeksiyonu yönünden sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Postoperatif yara enfeksiyonları

Torakotomi	Yara enfeksiyonu	Toplam	Oran (%)
Oskültasyon üçgeninden	2	18	11.11
St. Postero lateral	2	10	20 00

TARTIŞMA :

St. posterolateral torakotomi, çeşitli toraks ameliyatlarında mükemmel ekspozür sağlamasına karşılık postoperatif omuz-kol hareketlerinde kısıtlılık, mobilizasyonda güçlük ve buna bağlı solunum problemlerinin çıkmasına neden olmaktadır(1,2,6). Hara ve arkadaşları primer akciğer kanseri nedeniyle torakotomi yapılan yaşlı hastalarda hipoksemiye bağlı postoperatif komplikasyon geliştiğini bildirmişlerdir (6). Bethencourt ve arkadaşları pulmoner metastaz nedeniyle rezeksiyon geçiren genç hastalarda da torakotomi nedeniyle yapılan adale divizyonundan dolayı kas iyileşmesinin uzayacağını ve hastanın fizik aktivitesinin postoperatif seviyeye gelmesinin gecikeceğini iddia etmektedirler(1). Tümör nedeniyle alt ekstremitesi ampute edilen ve metastaza bağlı torakotomi gereken hastalarda m. latissimus dorsi'yi koruyarak yaptıkları tokrakotomide pulmoner ve nodül rezeksiyonu için yeterli ekspozür sağladıklarını bildirmişlerdir(1). Yazarlar adale koruyarak yapılan torakotomilerde postoperatif ağrının az, kol hareketlerinin iyi olduğunu, ve erken ambulasyon sağladıklarını belirtmişlerdir(1-3). Horowitz ve arkadaşları da oskültasyon üçgeninden adale divizyonu gerekmeden yaptıkları torakotomilerde iyi sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir. Bu yolla alt lobektomi yaptıkları paraplejili hastanın bir kaç gün içinde kendi yatağından sandalyesine geçebildiğini çarpıcı bir örnek olarak sunmuşlardır (2).

Horowitz ve arkadaşları oskültasyon üçgeninden torakotomi önerirlerken. Bethencourt ve arkadaşları m. latissimus dorsi'nin önünden girerek torakotomi yapmaktadırlar (1,2).

Çalışmamızda Horowitz ve arkadaşlarının sundukları yöntemi uyguladık. Olgularımız major rezeksiyon gerektirmeyen hastalardan seçildi. Bu yöntemle

yapılan torakotomilerde st. posterolateral torakotomiye göre daha düşük postoperatif morbidite görülmüştür. Ameliyat süresi daha kısa olurken, postoperatif omuz ve kol hareketlerinde iyi sonuçlar elde edilmiştir. Mobilizasyon ise daha erken ve kolay olmuştur. Olgularda postoperatif solunum problemi görülmemiştir.

Ancak bu torakotomiler gelişmiş adaleli ve obez kişilerde daha güç ekspoşür sağlamaktadır. Süperior sulkus tümörü, mediastinal tutulum gösteren tümörler ve major vasküler cerrahi işlemler için bu torakotomiler yetersiz kalabilir (6). Ancak bu yöntemle yeterli ekspoşür sağlanamayan çeşiti durumlarda latissimus dorsi divizyonu ile standart torakotomiye geçilmesi de bir avantajdır(1-3,7).

M. Latissimus dorsinin çoğu durumda gereksiz kesilmesini önleyen oskülasyon üçgeninden yapılan bu torakotomi toraks ameliyatlarında postop. morbiditeyi azaltacak bir yöntem olarak önerilebilir.

SUMMARY :

THORACOTOMY THROUGHOM AUSCULTATORY TRIANGLE

Thoracotomies that don't require muscle division were developed in order to decrease postoperative pain and morbidity in thoracic surgery.

The study was carried out in 18 cases operated because of various causes at Atatürk University, Medical School, department of Cardiovascular and Thoracic Surgery. All patients were underwent thoracotomy through auscultatory triangle which don't require divisions of musculus Latissimus dorsi and musculus Serratus anterior. The results were evaluated on the basis of literature.

Key Word: Auscultatory triangle

KAYNALAR :

1. Bethencourt DM, Holmes EC: Muscle-sparing posterolateral toracotomy. Ann. Thorac. Surg. 45: 337, 1988.
2. Hecrowitz MD, Ancalmo M, Oschner JL: Thoracotomy through the auscultatory triangle. Ann. Thorac. Surg. 47: 782, 1989.
3. Kittle CF: Which way in? -The thoracotomy incision. Ann. Thorac. Surg. 45:234, 1988.
4. Nazarian J, Down G, Lau OJ: Pleurectomy through the triangle of auscultation for treatment of recurrent pnemothorax in younger patients. Arc. Surg. 123: 113, 1988.

5. Shields TW: General Thoracic Surgery. Sec. Ed. Lea Febiger Philadelphia p: 47, 1983.
6. Hara N, Furukawa T, Yoshida T, Inokuchi K: relationship between postoperative hypoxemia and the operative site. Jpn. J. Surg. 11: 317, 1981.
7. Mitchell R, Angell W, Wuerflein R, Dor V: Simplified lateral chest incision for most thoracotomies other than sternotomy. Ann. Thorac. Surg. 22: 184, 1976.