

## ÇOCUKLARDA AMPİYEME CERRAHİ YAKLAŞIM

Melih BULUT

Ampiyem tedavisinin eksternal drenaj yoluyla olduğu Hipokrat'tan beri biliniyor. Napolyon'un cerrahı Ambroise Pare bir yaralı askerin göğüs boşluğundan infekte hematoma boşaltmıştır. Bildiğimiz dekortikasyon 1899 tarihinde Kuster ve 1891 tarihinde Fowler tarafından yapılmıştır. Şu anda etkin antibiyotiklerin bulunması, tanı ve tedavi yöntemlerinin çeşitlenmesi ile bu hastalıkta yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır. Ancak hala mortalite ve morbiditeye sahip bir patolojidir. Bunu azaltmak için erken tanı ve tedavi ile çocuk hekimi, cerrah ve radyologdan oluşan ekibin multidisipliner bir anlayışla çalışması şarttır.

Ampiyemin 3 fazı var:

**1) Eksudatif faz:** Toraks boşluğunda sıvının ilk yanıt olarak birikmesidir. Hücre miktarı az, serosanginöz bir sıvıdır. Akciğer grafisinde sıvı serbest biçimde hareket eder. Ponksiyon ile rahatlıkla boşalır.

**2) Fibrinopürülan faz:** Sıvı giderek koyulaşır ve pü haline gelir. Mayideki polimorf nüveli lökositler ve fibrin miktarı artar. Sıvı koyulaştıkça lokulasyonlar başlar. Viseral ve parietal plevra giderek kalınlaşır. Bu fazda tüp drenaj şarttır. Lokulasyonlar gevşek olduğu sırada torakoskopi yardımıyla olabilir.

**3) Organize faz:** Viseral ve parietal plevra yüzeylerinde fibroblastlar çoğalır ve membranöz kalın bir kabuk yaparlar. Akciğerler ekspansiyon olamaz. Artan fibrosisle süreç kronikleşir ve akciğer iyice sıkışır. Akciğerlerdeki hadisenin devam ederek hava kaçığının olduğu olgularda bu faz belirgindir. Sadece kısa süreli tüp drenajla tedavi sağlamak genellikle olası değildir. Ayrıca *S.aureus* ve anaerob bakterilerin neden olduğu ampiyemlerin bu faza geçmesi daha sıktır.

Hastanın klinik bulguları, akciğer grafisi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi yapılacak tedavide çok yol göstericidir. Bilhassa torakotomi gibi major girişimlere tomografi olmaksızın karar verilmemelidir. Yalnızca akciğer grafileri ile ampiyem hastalarında önemli kararlar vermek doğru değildir.

Tedavi prensiplerimiz uygun antibiyotik tedavisi, yeterli drenaj ve akciğer ekspansiyonunun sağlanmasıdır. Bu noktada eksudatif fazın çok erken devrelerinde sadece ponksiyon ile sıvının boşaltılması akciğer ekspansiyon ve tedavi için yararlı olabilir. Alınan materyalin ayrıntılı incelenmesi prognozda da yol göstericidir. Ancak bu evre genellikle geçirilmiştir ve hastalara tüp konması sıklıkla gerekir. Tüpün sıvının olduğu yere konması uygundur. Aksi gerekmedikçe 6-7 interkostal aralıktan ve orta aksiller çizgiden drenaj yapmayı tercih ediyoruz.

Göğüs tüpü tatbiki ağırlı ve ruhsal açıdan da travmatik bir işlemdir. Hastanın, hekimin ve kurumun şartları uygunsuz

genel anestezi tercih edilmelidir. Böylece herkes açısından daha rahat çalışma söz konusu olur. Lokal anestezi öncesinde solunumu deprese etmeden hastaya dormicum vermek ve iyi bir lokal anestezi uygulamak şarttır. Tüpün kostanın alt kısmına yakın konmaması interkostal damarların zedelenmesini önler. Tüp konduktan sonra SF veya antibiyotikli solüsyonlarla yıkama yapılabilir.

Tüp tatbiki sırasında torakoskopi giderek artan oranda taraftar kazanmaktadır. Böylece tüpten drene olamayacak kadar kalın, neredeyse bir doku haline gelmiş kalın fibrin parçalar alınabilir, yumuşak septalar açılarak tek tüp ile tedavi sağlanabilir. Böylece torakotomi gereği azalır. Aynı tüp ile drenaj 15 gün devam edebilir. Tüp değiştirilerek süre 3 haftaya kadar uzatılabilir. Hava kaçağı (fistül), ankiste ampiyem, kalın plevra nedeniyle havalanmayan akciğer varsa operasyon düşünülmelidir.

Operasyon için minitorakotomi önerenler vardır. 5 cm'lik küçük bir insizyonla ve o noktadaki kosta çıkarılarak parmak yardımıyla kalın plevra eksize edilebilir. Ancak mevcut tanı ve tedavi olanaklarıyla minitorakotomi yerine uzun süreli tüp drenaj ve antibiyotiklerle çok iyi sonuçlar bildirilmektedir.

Torakotomi gereken hastalar çok sıklıkla parankim hasarı nedeniyle bronkoplevral fistül gelişen hastalardır. Bunu da torakoskopi veya minitorakotomi ile tedavi etmek mümkün değildir. Meme alt 6-7 İCA'dan posterior torakotomi yapılır. Operasyon sırasında adele ve sinirlere zarar vermemek için azami çaba gösterilmelidir.

Göğüs boşluğuna girdikten sonra tüm toraks kavitesindeki kalınlaşmış plevra ve abse odakları temizlenmelidir. Parankim içindeki nekrotik odaklar genellikle segmentektomi, lobektomi hatta bazen pnömonektomi ile eksize edilmelidir. Operasyonda major hava kaçakları kapatılmalı ve tüp drenajla göğüs kapatılmalıdır. Çok sıklıkla hastalar operasyona çok iyi yanıt verir ve reoperasyon gerekmez.

Ancak çocuklarda torakotomi demek az ya da çok formite demektir. O yüzden torakotomiden kaçınmak için torakoskopinin yanısıra çeşitli arayışlar sürmektedir. Bunlar arasında son zamanlarda popüler olan streptokinaz uygulamasıdır. Böylece bu fibrinolitik ajan göğüs boşluğuna verilmekte, septasyon ve lobulasyonlar bu ilaçla açılmakta ve torakotomi gereği azaltılmaktadır. Bu yöntemin sakıncası aşırı duyarlılık gelişip ileri yaşlarda özellikle miyokard enfarktüsü tedavisinde ilacın kullanımının mümkün olmamasıdır. Ayrıca hava kaçağı olan olgularda yararsızdır.