

PARAPNÖMONİK PLÖREZİ VE AMPİYEMDE NE ZAMAN CERRAHİ VE HANGİ YÖNTEM ?

Şükrü DİLEGE

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İSTANBUL

ÖZET

Pnömoni, selim plevral efüzyon nedenleri arasında kalp yetmezliğinden sonra ikinci sırada yer alır. Parapnömonik plörezilere cerrahi yaklaşım plörezinin klasifikasyonu ile başlar ve komplike olmayan plöreziler ile komplike plöreziler adı altında iki ana başlıkta toplanır. Komplike olmayan plöreziler, Gram boyamada bakteri görülmeyen, kültürlerinde üreme olmayan, biyokimyasal parametreler açısından pH'ın 7.30'un üstünde, glukoz seviyelerin normal, LDH seviyesinin 1000 IU/L'nin altında olduğu eksüdatif plörezilerdir. Bu safhadaki efüzyonlar evre 1'de eksüdatif fazı oluştururlar. Bakteriye invazyon sonucu evre 2'ye geçiş ile ampiyeme dönüşüm (fibrinoprülan faz) başlar ve komplike plörezi olarak adlandırılır, Gram boyamada bakteri gösterilebilir, pH ve glukoz seviyeleri düşmüş, LDH seviyeleri artmıştır. Plevra yapraklarında fibrin ve kollojen birikintilerinin oluşmasıyla organizasyon fazı (evre 3) başlar. Bu evrenin gelişimi 3-4 hafta alır ve fibrotoraks oluşumu ile sonlanır.

Komplike olmayan plörezilerin (evre 1) % 20-70 uygun pnömoni tedavisi ile geriler. Bu safhada seri torasentezler yapılabilir. Komplike efüzyonlarda ve akut ampiyemde ilk tedavi basamağı tüp torakostomi ile kapalı su altı drenajıdır. Tü� torakostomi sonrası akciğer ekspansiyon olursa, günlük drenaj 50 ml'ye kadar düşerse drenaj alınır ve uygun antibiyoterapi altında hasta takip altında tutulur. Multiloküle ampiyemlerde, tüp torakostom, sonrası fibrinolitik tedavi denenebilir. Komplike ampiyemlerde irrigasyon ve debridman için minitorakotomiden daha iyi eksplorasyon sağlayan torakoskopik yaklaşımlar ilk sırayı alır. Bu tedavi yöntemlerinden sonuç alınamayan kronik ampiyemli bazı olgularda açık drenaj, torakotomi-dekortikasyon veya torakoplasti uygulanacak son basamak cerrahi yaklaşımlardır.

Anahtar sözcükler: ampiyem, cerrahi yaklaşım, parapnömonik plörezi

SUMMARY

Parapneumonic Effusion and Empyema: Surgical Approach When ? Which Procedure?

Pneumonia is responsible for many benign pleural effusions less than congestive heart failure. An appropriate surgical approach depends on classification of parapneumonic effusions which can be entitled "uncomplicated-complicated effusions". Uncomplicated pleural effusions are exudative effusions which are described as negative Gram stain for bacteria, negative results by culture, pH greater than 7.30, a normal glucose level and LDH concentration less than 1000 IU/L. These parameters express stage 1. Fibropurulent stage 2 is characterized by bacterial invasion of effusion, decreasing levels of pH and glucose. Stage 3 begins one week after infection with collagen organization and deposition on both pleural surfaces and entrapment of the underlying lung. At the end of this process, fibrothorax can be developed.

Twenty percent to 70 % of the uncomplicated pleural effusions can be managed with treatment of pneumonia including additional repeat thoracocentesis. Closed chest tube drainage is usually the first step in the treatment of acute empyema. The chest tube can be removed if the drainage has decreased to 50 ml within 24-hour period and the lung has reexpanded. Intrapleural fibrinolytic agents are alternative treatment method for multiloculated empyema. VATS has become the prior approach for complicated empyema because of allowing debridement with better exposure than minithoracotomy. Open drainage, thoracotomy-decortication and thoracoplasty are the last step treatments of the chronic empyema.

Key words: empyema, parapneumonic effusion, surgical approach

KAYNAKLAR

1. McLaughlin JS, Krasna MJ: Parapneumonic empyema, "Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB (eds): General Thoracic Surgery" kitabında s.699-708, Lippincott Williams and Wilkins, London (2000).
2. Topcu S, Çetin G: Ampiyem cerrahi tedavisi, "Yüksel M, Kalaycı G (eds): Göğüs Cerrahisi" kitabında s.383-402, Bilmedya Grup, İstanbul (2001).