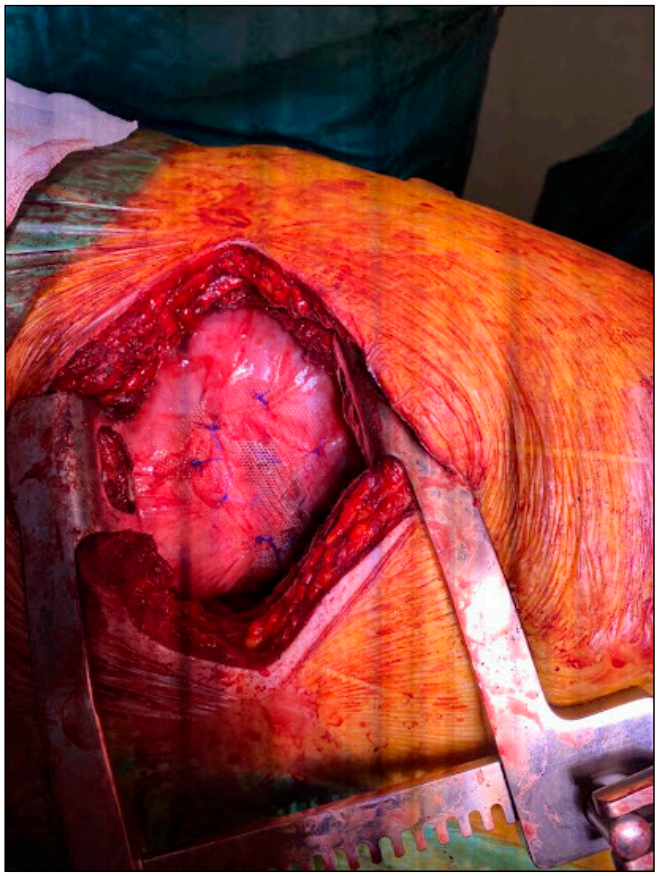


Resim 3. torakotomi; batın organlarının redüksiyonu sonrası diafragma rüptür primer onarım+ dual mesh takviye

Mediyasten

EP-249

MEDİYASTİNAL GANGLİONÖROMA VE VİDEOTORAKOSKOPİK EKSİZYONU: OLGU SUNUMU

Erhan Durceylan[1], Ahmet Enes Arıkan[1], Egemen Döner[1], Muammer Cumhur Sivrikoz[1]

[1]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Mediyastinal Ganglionöroma ve Videotorakoskopik Eksizyonu: Olgu sunumu

Giriş: Nörojenik tümörler posterior mediyastenin en sık görülen tümörleridir ve bu bölgedeki tümörlerin %75'ini oluştururlar (1). Yakın geçmişe kadar genellikle açık cerrahi yaklaşımla eksize edilen bu tümörler günümüzde daha çok torakoskopik olarak opere edilmektedirler. Yazımızda yüksek torakal yerleşimli bir ganliomöroma olgusu ve torakoskopik eksizyonunu paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta, işe giriş muayenesi sırasında çekilen akciğer grafisinde paraspinal alanda kitle görünümü saptanması üzerine (Resim 1), hastaya dış merkezde toraks bilgisayarlı tomografisi (Resim 2) çekildi. T2-5 seviyesinde kitle lezyonu teyit edilen hasta hastanemiz göğüs hastalıkları kliniğine refere edildi. Yapılan transtorasik biyopsi sonrasında ganglionöroma tanısı alan hasta cerrahi işlem için kliniğimize refere edildi. Beyin cerrahisi kliniği ile yapılan konsey sonrasında spinal kanal ilişkisi olmadığı tespit edilen hastaya torakoskopik yaklaşımla eksizyon kararı alındı. Genel anestezi altında çift lümen entübasyonun ardından tam lateral posizyon verildi. 4. interkostal aralık ön aksiller hattan 3 santimetrelik çalışma kesisi ile toraksa girildi. Daha sonra 7. İnterkostal aralıktan kamera için 10 mm'lik torakar ile toraksa giriş yapıldı. T2-5 seviyesindeki lezyon vizualize edildi (Resim 3). Çevresindeki plevra j-hook eletrokoter ile diseke edildi (Resim 4). Lezyon Ethicon Harmonic Ace+7 cihazı kullanılarak total olarak eksize edildi (Resim 5). İntraoperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Hasta postoperatif 4. gün göğüs tüpü sonlandırılarak eksterne edildi. Hastanın 2 yıllık takibi esnasında bir nüks bulgusuna rastlanılmadı (Resim 6-7).

Sonuç: Posterior mediyastinal yerleşimli nörojenik kökenli tümörlerin torakoskopik eksizyonu uygun hastalarda, daha az morbidite ve daha az hastanede kalış süresi sağladığından tercih edilecek cerrahi yöntem olmalıdır.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta, işe giriş muayenesi sırasında çekilen akciğer grafisinde paraspinal alanda kitle görünümü saptanması üzerine (Resim 1), hastaya dış merkezde toraks bilgisayarlı tomografisi (Resim 2) çekildi. T2-5 seviyesinde kitle lezyonu teyit edilen hasta hastanemiz göğüs hastalıkları kliniğine refere edildi. Yapılan transtorasik biyopsi sonrasında ganglionöroma tanısı alan hasta cerrahi işlem için kliniğimize refere edildi. Beyin cerrahisi kliniği ile yapılan konsey sonrasında spinal kanal ilişkisi olmadığı tespit edilen hastaya torakoskopik yaklaşımla eksizyon kararı alındı. Genel anestezi altında çift lümen entübasyonun ardından tam lateral posizyon verildi. 4. interkostal aralık ön aksiller hattan 3 santimetrelik çalışma kesisi ile toraksa girildi. Daha sonra 7. İnterkostal aralıktan kamera için 10 mm'lik torakar ile toraksa giriş yapıldı. T2-5 seviyesindeki lezyon vizualize edildi (Resim 3). Çevresindeki plevra j-hook eletrokoter ile diseke edildi (Resim 4). Lezyon Ethicon Harmonic Ace+7 cihazı kullanılarak total olarak eksize edildi (Resim 5). İntraoperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. Hasta postoperatif 4. gün göğüs tüpü sonlandırılarak eksterne edildi. Hastanın 2 yıllık takibi esnasında bir nüks bulgusuna rastlanılmadı (Resim 6-7).

Sonuç: Posterior mediyastinal yerleşimli nörojenik kökenli tümörlerin torakoskopik eksizyonu uygun hastalarda, daha az morbidite ve daha az hastanede kalış süresi sağladığından tercih edilecek cerrahi yöntem olmalıdır.

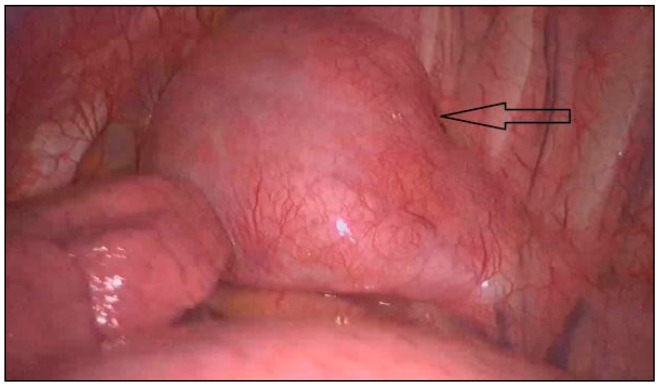
Kaynaklar

1. Asaf BB, Bishnoi S, Vardhanpuri H, Pulle MV, Kumar A. Robotic excision of posterior mediastinal neurogenic tumours: Technique and surgical outcomes. J Minim Access Surg. 2023.

Anahtar kelimeler: Ganglionöroma, mediastinal neoplaziler, videotorakoskopi



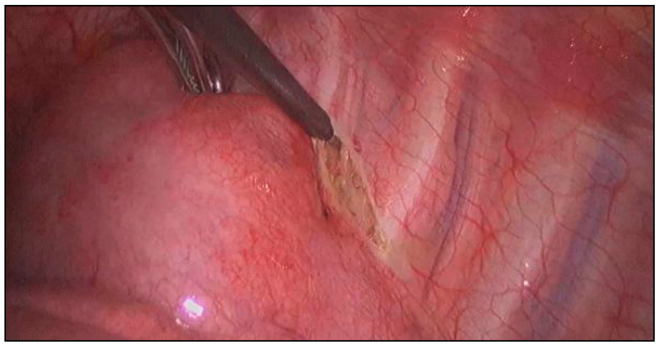
Resim 2. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi



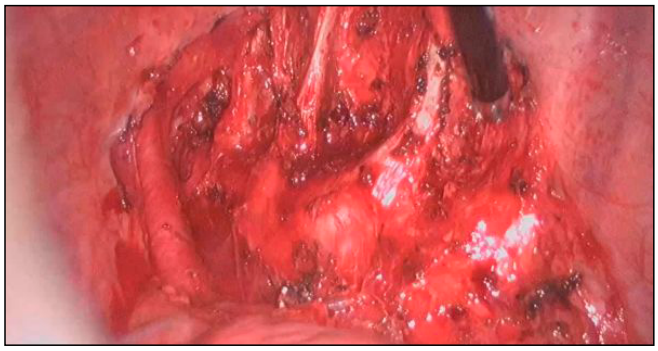
Resim 3. Lezyonun eksizyon öncesi intratorasik görünümü



Resim 1. Preoperatif direk akciğer grafisi



Resim 4. Hook koter yardımı ile lezyon çevresindeki plevranın açılması



Resim 5. Lezyon çıkarımı sonrası intratorasik görünüm

Trakea

EP-252

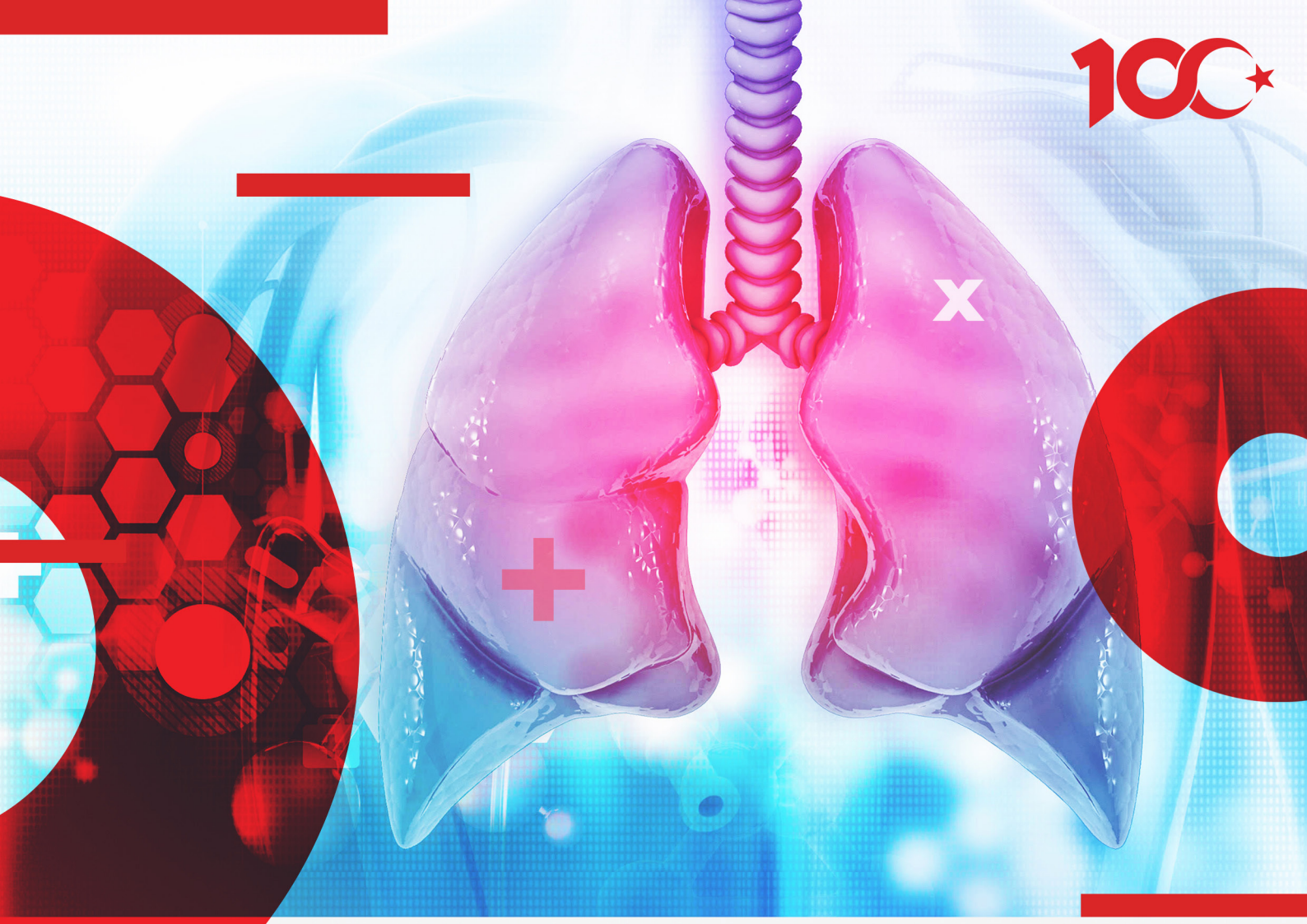
STERNOTOMİ İLE TRAKEA REZEKSİYONU VE REKONSTRÜKSİYONU OLGU SUNUMU

Gamze Gül Garip[1], Jeyhun Pashayev[1], Reyhan Ertan[1], Mohamad Kenan Atasi[1], Taner Ege[1], Tunç Laçin[1], Bedrettin Yıldızeli[1]

[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon için en yaygın endikasyon, uzamış entübasyon ya da trakeotomi sonrası gelişen trakeal darlıklardır. Diğer nedenler arasında neoplazmlar, hava yolu travması ya da yanıklar yer alır. Trakeal cerrahi; hava yolu anestezi ile paylaşıldığından, uzmanlaşmış bir anestezi ekibi ile cerrah arasında iş birliği ve özelleşmiş araçlar gerektiren bir cerrahidir. Endobronşiyal stent uygulamalarındaki gelişmeler yüz güldürücü olsa da trakeal stenozlarda cerrahi, kontraendikasyon olmayan hastalarda en iyi tedavi yöntemidir. Postentübasyon trakeal stenozlar genellikle trakea proksimalinde görülür ancak karinal stenoz izlenen hastalarda da sternotomi yardımıyla cerrahi güvenli bir yötemdir. Bu yazımızda postentübasyon trakeal stenoz olan ve sternotomi ile trakea rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu yaptığımız hastamızın tedavi yönetimini sunuyoruz.

Status epilepticus nedeniyle uzun entübasyon öyküsü olan 20 yaşında kadın hasta dış merkezden ciddi trakeal stenoz nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastaya rijid bronkoskopi ile trakeal dilatasyon yapıldı ve stenotik alan karinanın 2 cm proksimalinde izlendi (Resim1). Semptomları tekrarlayan ve dış merkezde de rijid bronkoskopi öyküleri olan hastaya metalik stent uygulandı. 1 ay sonra kontrol bronkoskopisinde stentin sonlandırılması ve sternotomi ile trakeal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon yapılması planlandı. Median sternotomiyi takiben trakea ortaya konuldu (Resim2). Karina dahil olacak şekilde yaklaşık 4 cmlik stenotik alan eksize edildi (Resim3). Trakeal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon boyunca hasta sürekli olarak ventile edildi (Resim 4). Karina eksize edildiğinden ana bronşlar anostomoza uygun olacak şekilde rekonstrükte edildi, trakea proksimalden ve ana bronşlar seviyesinde etraf dokulardan dikkatlice ayrılarak iyice serbestlendi. Mebranöz yüz 4/0 pds ile kontinü, anterior yüz 3/0 vicyrl ile sepere kapatıldı (Resim 5). Kaçak kontrolünün ardından hasta sorunsuzca kapatıldı ve çene dikişi konuldu. Hasta entübe olarak yoğun bakım ünitesine devredildi. Epilepsi öyküsü olan hastanın entübasyon tüpünün kafı yarı şişik vaziyette izlendi ve kontrollü bir şekilde uyanması sağlanarak aralıklı aspirasyonlar yapıldı. Hasta postoperatif 1. gününde sorunsuzca ekstübe edildi ve 7.gününde çene dikişleri alındı. Hasta 8. gününde taburcu edilmiş olup 6. ayında sorunsuzca takip edilmektedir.



12. Ulusal Göğüs Cerrahisi Kongresi

ULUSLARARASI KATILIMLI

Türk Göğüs Cerrahisi Derneği
1998

19-22 Ekim 2023

La Blanche Island Bodrum

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI