

POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR

Pulmoner rezeksiyon ameliyatları sonrası postoperatif komplikasyonlar, minor olanlardan hayatı tehdit edici olanlara kadar geniş bir yelpazede değişir. Erken ve agresif akciğer bakımı ve iyi ağrı yönetimi, en iyi merkezlerde dahi, komplikasyonların çoğunu engellemekle birlikte tamamını ekarte ettirmez. En yıkıcı komplikasyon pnömonektomi sonrası gelişen akciğer ödemidir. Pnömonektomi geçiren hastaların %1-5'inde ortaya çıkar ve sağ pnömonektomi sonrası, sola göre daha fazla görülür. Klinik olarak, solunum sıkıntısı semptomları, cerrahi sonrası saatler veya günler sonra ortaya çıkabilir. Radyografik olarak, diffüz interstisyel infiltrasyonlar veya alveolar ödem izlenebilir. Etkilenen akciğerdeki azalmış lenfatik drenaj, geçirgenlik ve filtrasyon basıncındaki artışa neden olan faktörler ödemin patofizyolojik temelini açıklar. İntravenöz mayilerin perioperatif akıllıca kullanımı, intraoperatif ve postoperatif hipotansiyona yönelik sıvı yüklemesi yerine vasopresör ajan kullanımı bu sendromun ortaya çıkmasının engellenmesinde kritik öneme sahiptir. Tedavisinde, ventilatör desteği, sıvı kısıtlaması ve diuretik kullanımı yer almaktadır. Yapılabilen merkezlerde, ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) hayat kurtarıcı olabilir. Agresif tedaviye rağmen bu sendrom için neredeyse %100 mortalite bildirilmiştir.

Hava kaçağı ve bronkoplevral fistüller, diğer postoperatif komplikasyonlardır. Bu ikisi birbirinden tamamen farklı komplikasyonlar olmakla birlikte klinik olarak ayırt edilmeleri zor olabilir. Özellikle amfizematöz akciğeri olan hastalarda, fibrozis ve yüzey hasarını iyileştirmesi beklenen kan desteğinin bozulmasına sekonder, pulmoner rezeksiyonlar sonrası hava kaçağı sık görülür. Uzamış hava kaçakları (5 günden uzun süren), düşük basınç ve aralıklı vakum uygulamaları ile, göğüs drenajının devam etmesi ile, talk pudra veya doksisisiklin gibi ajanlarla plörodez yapılması ile tedavi edilebilir ve hava kaçağına bağlı akciğerin total kollapsı engellenmiş olur. Bu sadece akciğer ekspansiyonu, vakum veya sualtı drenaj sistemi ile, tamamen sağlanmış hastalarda mümkündür. Akciğer grafiğinde ısrarcı

pnömotoraksı olan hastalarda plöredezen fayda görülmesi gereken akciğer – parietal plevra yapışması mevcut değildir.

Eğer kaçak miktarı orta ya da ciddi derecedeyse, özellikle immunsupresyonu olan, indüksiyon kemoterapisi veya radyoterapi görmüş hastalarda, rezeksiyon güdüğünde bronkoplevral fistülden şüphelenilmelidir. Eğer bronkoplevral fistülden şüpheleniliyorsa, fleksibl bronkoskopi, bronş güdüğünün değerlendirilmesi amacıyla kullanılır. Uzamış göğüs drenajı veya re-operasyon ile güdüğün yeniden kapatılması (interkostal adele flebi veya pediküllü bir serratus adele flebi kullanılarak güdüğün desteklenmesini de içerecek şekilde) tedavi seçenekleri olarak karşımıza çıkar. Eğer fistül çok küçükse (4mm'den küçük) bronkoskopik fibrin yapıştırıcılar, bazı hastalarda deliğin kapatılmasında başarılı sonuçlar verir. Hastalarda genellikle eşlik eden ampiyem mevcuttur ve açık drenaj gerekebilir.