

BÖLÜM 7



Preoperatif Değerlendirme ve Hasta Seçimi

Cansel Atinkaya BAYTEMİR¹

Giriş

Akciğer rezeksiyonu sonrası postoperatif komplikasyon sıklığı %24-48 iken, mortalite sıklığı %7'dir (1). Akciğer kanserli hastaların çoğu sigara içme öyküsü vardır ve önemli bir kısmı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) veya koroner arter hastalığı (KAH) taşımaktadır. Yine olguların çoğunluğu yaşlıdır ve eşlik eden çok çeşitli kronik hastalıklar mevcuttur.

Solunum fizyolojisi bireysel farklılıklara göre değişkenlik göstermektedir. Günümüzde göğüs cerrahisi alanında hastaları operasyona hazırlamadan önce hastaların kardiyovasküler sistem durumu, solunum kapasitesi, yaş, eşlik eden hastalıklar gibi çeşitli faktörleri değerlendirmek gerekir. Göğüs cerrahları mutlaka pulmoner rezeksiyon sonrası yaşamsal fonksiyonu sürdürebilecek yeterli akciğer do-

ku bırakacak tarzda preoperatif hazırlık dönemini planlamalıdır. Bu planlama karışık bir süreçtir. Bu yüzden hazırlık döneminde bazı kılavuzlara göre hareket edilmektedir.

Pulmoner Değerlendirme

Solunum Fonksiyon Testi

Hasta öyküsü cerrahiye adaylık konusunda değerli bilgiler sağlasa da daha objektif bir bilgi veren solunum fonksiyon testleri (SFT) mutlaka yapılmalıdır.

Klinik olarak, FEV1 (Zorlu ekspirasyonun birinci saniyesi içinde akciğerlerden atılan gaz hacmi) öksürük eylemini gösterir. Zayıf öksürük sıklıkla mukus tıkanması, ateletazi, pnömoni ve sonuçta solunum yetmezliğine sonuçlanabilir.

Karbon monoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) ise alveolar-kapiller membranın difüzyon kapasitesini değerlendirir ve düşük ise

¹ Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, cansel.atinkaya@sbu.edu.tr

Pulmoner Değerlendirme: Özel Hususlar

Yaş

Eşlik eden hastalıkların varlığı gibi yan faktörlerin değişkenliği sebebiyle yaşın postoperatif komplikasyonlara etkisi kesin olarak belirlenememekle birlikte, 80 yaşın üzerindeki olgularda mortalitenin arttığı düşünülmektedir. Ancak ileri yaş tek başına cerrahi kontrendikasyon oluşturmaz (5).

Sigara İçme Durumu ve Bırakma

Ameliyat öncesi aktif sigara içicisi olan hastaların yaklaşık yarısı daha sonra sigara içmeye devam etmektedir. Aktif sigara içiciliği cerrahi için mutlak bir kontrendikasyon olmamasına rağmen, aktif sigara içimi postoperatif morbidite ve mortaliteyi artırmakta ve uzun süreli sağkalımı azaltmaktadır.

Perioperatif riski en aza indirmek için ameliyattan 4 haftalık bir aralık optimal görünmektedir. Artan mukus yükü ve bozulmuş bronşiyal klirens mekanizmaları, sigarayı bıraktıktan sonraki ilk ayda ortaya çıkabilir ve bu durum pulmoner rezeksiyondan sonra klinik iyileşmeyi etkileyebilir (6).

İnterstisyel Akciğer Hastalığı

İnterstisyel akciğer hastalığı olan hastalarda pulmoner rezeksiyon kötü sonuçlara neden olabilir ve en korkulan komplikasyon bilinen akciğer hastalığının akut alevlenmesidir. Bu nedenle cerrahlar interstisyel akciğer hastalığı olan hastaları akciğer kanseri rezeksiyonu için değerlendirirken dikkatli davranmalıdır. Egzersiz kapasitesi düşük ve eşlik eden hastalığı olan olgularda komplikasyon riski artmaktadır (7).

Obezite

Obezite akciğerin ekspiratuar rezerv volümünü ve fonksiyonel rezidüel kapasiteyi düşürmektedir. Morbit obezite, restriktif akciğer hastalığına yol açmakta ve torasik kompliyansı düşürerek alveoler hipoventilasyona sebep olmaktadır. Obezite abdominal cerrahide postoperatif komplikasyon sıklığını arttırırken, toraks cerrahisinde tek başına risk faktörü sayılmamaktadır.

Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

KOAH'lı olgularda postoperatif komplikasyon riski artmaktadır. Alevlenme durumunda elektif cerrahi yapılmamalı, hastalığın semptomları kontrol altındayken operasyon planlanmalıdır (8).

Kaynaklar

1. Lopez-Encuentra A, Pozo-Rodriguez F, Martin-Escribano P, et al. Surgical lung cancer. Risk operative analysis. *Lung Cancer*. 2004; 44: 327-37.
2. Spence AA. Postoperative Complications. In: Nunn JE, Utting JE, Brown Jr BR (eds). *General Anaesthesia*. 5th ed. London: Butterworths. 1989:1149-60.
3. Myrdal G, Gustafsson G, Lambe M, et al. Outcome after lung cancer surgery. Factors predicting early mortality and major morbidity. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001; 20: 694-9.
4. Brunelli A, Varela G, Salati M, et al. Recalibration of the revised cardiac risk index in lung resection candidates. *Ann Thorac Surg*. 2010;90:199-203.
5. Rosero ID, Ramirez-Velez R, Lucia A, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials on preoperative physical exercise interventions in patients with non-small-cell lung cancer. *Cancers (Basel)*. 2019;11:944.
6. Zhou W, Heist RS, Liu G, et al. Smoking cessation before diagnosis and survival in early stage non-small cell lung cancer patients. *Lung Cancer*. 2006; 53:375-80.
7. Ohsawa M, Tsutani Y, Fujiwara M, et al. Predicting severe postoperative complication in patients with lung cancer and interstitial pneumonia. *Ann Thorac Surg*. 2020;109:1054-60.
8. Kroenke K, Lawrence VA, Theroux JE, et al. Postoperative complications after thoracic and major abdominal surgery in patients with and without obstructive lung disease. *Chest*. 1993; 104: 1445-51.