

TORASENTEZ İLKELERİ VE UYGULANMASI

Ozan DEMİR¹
Erdem AKSAY²

GİRİŞ

Plevra; akciğerleri saran, çift katmanlı seröz bir zar yapısındadır. Bu zarın visseral katmanı akciğer yüzeyine doğrudan yapışırken, parietal katmanı ise göğüs duvarını, diyaframı ve mediastinal yapıları çevreler. Fizyolojik koşullarda plevral boşlukta az miktarda, genellikle birkaç mililitre düzeyinde sıvı bulunur. Bu sıvı, solunum sırasında akciğerlerin sürtünmesiz hareketini kolaylaştırarak ventilatuar mekanizmaların verimli çalışmasını sağlar. Plevral boşluk, derin solunum sırasında göğüs duvarı hareketlerinin akciğerlere etkili biçimde iletilmesinde de önemli rol oynar. Anatomik açıdan, her iki hemitoraks ayrı plevral boşluklar içerir (1).

Torasentez, visseral ve parietal plevra tabakaları arasında yer alan plevral boşluğa yönelik tanı ve tedavi amaçlı gerçekleştirilen girişimsel bir işlemdir. Özellikle plevral efüzyon, pnömotoraks ve hemotoraks gibi, plevral alanda biriken sıvı veya havanın solunum fonksiyonlarını bozduğu ve solunum sıkıntısına yol açtığı klinik durumlarda uygulanmaktadır (1,2). Plevral boşlukta aşırı sıvı birikimi genellikle kalp yetmezliği, enfeksiyon, malignite veya diğer patolojik durumlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumun tanı ve tedavisinde kullanılan torasentez işlemi, hastanın klinik bulgularına göre planlanır. Genellikle sırtüstü pozisyonda orta aksiller hatta, altıncı ile sekizinci interkostal aralıklar arasında ya da oturur pozisyonda arka orta skapular hatta uygulanır. İşlemin temel amacı, dispne gibi semptomları hafifletmek ve alınan sıvının tanısal özelliklerini analiz ederek altta yatan etiyolojiyi bulmaktır (3).

Ultrason eşliğinde torasentez uygulanması ile işlem güvenliği arttırılır. Bu uygulama ile özellikle torasentezin komplikasyon oranı azaltılabilir. Torasentez işleminde ultrason

¹ Uzm. Dr., Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği ozandemir77@hotmail.com
ORCID iD 0000-0001-5713-0496

² Uzm. Dr., Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği erdemaksay@gmail.com
ORCID iD :0000-0001-5269-2318

KAYNAKLAR:

1. Visouli AN, Zarogoulidis K, Kougioumtzi I, et al. Catamenial pneumothorax. *J Thorac Dis.* 2014;6(Suppl 4):S448-S460. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2014.08.49
2. Wiederhold BD, Sharma S, O'Rourke MC. Thoracentesis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; October 6, 2024.
3. Alzghoul B, Innabi A, Subramany S, et al. Optimizing the Approach to Patients With Pleural Effusion and Radiologic Findings Suspect for Cancer. *J Bronchology Interv Pulmonol.* 2019;26(2):114-118. doi:10.1097/LBR.0000000000000537
4. Boccatonda A, Baldini C, Rampoldi D, et al. Ultrasound-Assisted and Ultrasound-Guided Thoracentesis: An Educational Review. *Diagnostics (Basel).* 2024;14(11):1124. Published 2024 May 29. doi:10.3390/diagnostics14111124
5. Petersen WG, Zimmerman R. Limited utility of chest radiograph after thoracentesis. *Chest.* 2000;117(4):1038-1042. doi:10.1378/chest.117.4.1038
6. Feller-Kopman D, Berkowitz D, Boisselle P, Ernst A. Large-volume thoracentesis and the risk of reexpansion pulmonary edema. *Ann Thorac Surg.* 2007;84(5):1656-1661. doi:10.1016/j.athoracsurg.2007.06.038
7. Mohammed A, Hochfeld U, Hong S, Hosseini DK, Kim K, Omidvari K. Thoracentesis techniques: A literature review. *Medicine (Baltimore).* 2024;103(1):e36850. doi:10.1097/MD.00000000000036850
8. Cantey EP, Walter JM, Corbridge T, Barsuk JH. Complications of thoracentesis: incidence, risk factors, and strategies for prevention. *Curr Opin Pulm Med.* 2016;22(4):378-385. doi:10.1097/MCP.0000000000000285
9. Gordon CE, Feller-Kopman D, Balk EM, Smetana GW. Pneumothorax following thoracentesis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2010;170(4):332-339. doi:10.1001/archinternmed.2009.548
10. DeMaio A, Semaan R. Management of Pneumothorax. *Clin Chest Med.* 2021;42(4):729-738. doi:10.1016/j.ccm.2021.08.008