



TÜP TORAKOSTOMİ VE TORAKS DRENAJ SİSTEMLERİ

Umut KİLİMCİ¹
Abdulsamed ALP²
Güven OLGAC³

Giriş

Göğüs cerrahisi işlemlerinin en sık kullanılanı olan tüp torakostomi, cilde yapılan 1-2 cm lik bir insizyondan girilip, toraks duvarı katmanlarının künt diseksiyon ile geçilerek ulaşılan göğüs boşluğuna, yani intraplevral aralığa bir göğüs tüpü yerleştirilmesi işlemidir. Tüp torakostomide amaç intraplevral aralığın drenajıdır. Açık drenaj gerektiren bazı özellikli durumlar (Örn. ampiyemin kronik fazı) dışında, plevral boşluğun fizyolojik negatif basıncını korumak için, drenin distal ucu kapalı sualtı drenaj (KSAD) sistemine bağlanır. KSAD sisteminde akım tek yönlüdür. Tansiyon pnömotoraks gibi hasta hemodinamiğinin çok kısa sürede yaşamı tehdit edici şekilde bozulduğu durumlarda hayat kurtarıcı bir işlem olduğu için, acil servis koşullarında görevli tüm cerrahi branş ve acil tıp uzmanı hekimlerinin tüp veya kateter torakostomi endikasyonlarını doğru tespit etmek ve tekniğini uygun bir şekilde yerine getirme görev ve sorumluluğu vardır.

Bazı durumlarda, tüp torakostomi yerine daha küçük çaplı drenaj kateterlerinin (Pleuracan®, PleuroFix® vb.) kullanıldığı “Kateter Torakostomi” işlemi uygulanabilir. Örneğin, bu kateterlerden en yaygın olarak kullanılan Pleuracan®, silikon katkılı poliüretandan üretilmiştir ve 8 Fr (2.7 mm) çapındadır. Teknik olarak “Seldinger” yönteminin kullanıldığı bu işlem, hasta için daha az travmatik ve konforlu olması, uygulayan hekime de hız ve uygulama kolaylığı sağlaması ne-

- 1 Uzmanlık Öğrencisi Dr., Umut KİLİMCİ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, umutkilimci@gmail.com
- 2 Uzmanlık Öğrencisi Dr., Abdulsamed ALP Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, abdulamedalp029@gmail.com
- 3 Doç. Dr. Güven OLGAC, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, guvenolgac@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Thelle A, Gjerdevik M, SueChu M, Hagen OM, Bakke P. Randomised comparison of needle aspiration and chest tube drainage in spontaneous pneumothorax. *Eur Respir J*. 2017;49(4):1601296.
2. Brown SGA, Ball EL, Perrin K, Asha SE, Braithwaite I, Egerton-Warburton D, et al. Conservative versus interventional treatment for spontaneous pneumothorax. *N Engl J Med*. 2020;
3. Kwiatt M, Tarbox A, Seamon MJ, Swaroop M, Cipolla J, Allen C, et al. Thoracostomy tubes: a comprehensive review of complications and related topics. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2014;4(2):143.
4. Dammert P, Pratter M, Boujaoude Z. Safety of ultrasound-guided small-bore chest tube insertion in patients on clopidogrel. *J Bronchology Interv Pulmonol*. 2013;20(1):16–20.
5. Mahmood K, Shofer SL, Moser BK, Argento AC, Smathers EC, Wahidi MM. Hemorrhagic complications of thoracentesis and small-bore chest tube placement in patients taking clopidogrel. *Ann Am Thorac Soc*. 2014;11(1):73–9.
6. Sethuraman KN, Duong D, Mehta S, Director T, Crawford D, George JS, et al. Complications of tube thoracostomy placement in the emergency department. *J Emerg Med*. 2011;40(1):14–20.
7. Kouritas VK, Papagiannopoulos K, Lazaridis G, Baka S, Karavasilis V, Lampaki S, et al. Pneumomediastinum Vasileios. *J Thorac Dis [Internet]*. 2015;7(Suppl 1):44–9. Available from: 10.3978/j.issn.2072-1439.2015.01.11
8. Olgac G, Aydogmus U, Mulazimoglu L, Kutlu CA. Antibiotics are not needed during tube thoracostomy for spontaneous pneumothorax: an observational case study. *J Cardiothorac Surg*. 2006;1(1):1–4.
9. Aghajanzadeh M, Dehnadi A, Ebrahimi H, Karkan MF, Jahromi SK, Maafi AA, et al. Classification and management of subcutaneous emphysema: a 10-year experience. *Indian J Surg*. 2015;77(2):673–7.
10. Herlan DB, Landreneau RJ, Ferson PF. Massive spontaneous subcutaneous emphysema: acute management with infraclavicular “blow holes.” *Chest*. 1992;102(2):503–5.
11. Sommer N, Dietrich A, Schermuly RT, Ghofrani HA, Gudermann T, Schulz R, et al. Regulation of hypoxic pulmonary vasoconstriction: basic mechanisms. *Eur Respir J*. 2008;32(6):1639–51.
12. Yoon J-S, Suh J-H, Choi SY, Kwon JB, Lee BY, Lee SH, et al. Risk factors for the development of reexpansion pulmonary edema in patients with spontaneous pneumothorax. *J Cardiothorac Surg*. 2013;8(1):164.
13. Vadgama S, Au J, Kamangar N. Procedures in the Intensive Care Unit. *LUNG Biol Heal Dis*. 2006;213:219.
14. Intercostal tube thoracostomy in pneumothorax--factors influencing re-expansion of lung. T N Sharma, S P Agnihotri, N K Jain, A Madan, G Deopura. *Indian J Chest Dis Allied Sci*. Jan-Mar 1988;30(1):32-5
15. Fatal re-expansion pulmonary edema in a young adult following tube thoracostomy for spontaneous pneumothorax. Sharma S, Madan K, Singh N. *BMJ Case Rep*. 2013 Jun 5; 2013: bcr2013010177. doi: 10.1136/bcr-2013-010177. PMID: 23744860
16. Olgac G, Cosgun T, Vayvada M, Ozdemir A, Kutlu CA. Low protein content of drainage fluid is a good predictor for earlier chest tube removal after lobectomy. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2014;19(4):650–5.