

UZMAN YANITLARI

Minimal invaziv cerrahi günlük uygulamalarınızda hangi durumlarda kullanıyorsunuz?

Yanıt Günümüzde minimal invaziv kalp cerrahisi denince 7 cm'nin altında kesi ile yapılan kalp ameliyatları anlaşılmaktadır.

Her tür atriyal septal defekt (ASD), ventriküler septal defekt (VSD) kapatılması ile aort ve mitral kapak replasmanı (MVR) ameliyatlarını minimal invaziv yöntemle rutin bir şekilde gerçekleştirebilmekteyiz. Bunun yanı sıra PDA kapatılması, Ebstein anomalisi gibi doğuştan kalp ameliyatlarında da minimal invaziv yöntemleri kullanılmaktadır.

Ayrıca, sol internal torasik arterin çıkarılarak sol ön inen koroner artere anastomozu da minimal invaziv teknikle yapılabilmektedir.

Atriyal ve ventriküler septal defekt kapatılması, Ebstein anomalisi ve mitral kapak cerrahisi için alt 1/3 sternotomi yapmamız yeterli olmaktadır. Bu tür ameliyatların cilt kesisi de 6 cm kadar olmaktadır. Aort kapak replasmanı (AVR) için ise üst 1/3 sternotomi yapmaktayız. Beş-altı santimetrelik bir kesi ile gerçekleştirdiğimiz bu ameliyatlar hastaya kozmetik avantaj yanı sıra önemli bir ameliyat sonrası konfor da sağlamaktadır. Özellikle yaşlı hastalarda gördüğümüz dejeneratif aort darlığında, 5-6 cm'lik bir kesiden sadece manibriumu keserek gerçekleştirdiğimiz AVR ameliyatı sonrasında hastanın hareketlerini kısıtlamak gerekmemektedir. Bu tür yaşlı hastaların uzun süre yatmalarına bağlı sorunlar böylece ortaya çıkmamaktadır. Ayrıca, iyileşecek yaranın küçük olması, yara iyileşmesine de katkıda bulunmaktadır.

Minimal invaziv yöntemle rutin bir biçimde ASD, VSD kapatılması, MVR ve AVR ameliyatlarını yaparken, geliştirdiğimiz özel bir aort kanülü yardımıyla, santral kanülasyon yöntemiyle kardiyopulmoner baypasa (CPB) geçmekteyiz. Yani hastanın CPB için kanülasyonunu da bu 5-6 cm'lik kesi içinden ger-

çekleştirmekte, ayrıca bir femoral arter ven kanülasyonu için kesi yapmamaktayız. Bütün bunları gerçekleştirirken video destekli torakoskop ve venöz drenaja vakum uygulaması gibi yeni teknolojik yöntemlerden yararlanılmaktadır.

Dr. Öztekin Oto

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı,
35340 İnciraltı, İzmir*

Sol ventrikül anevrizması tamirinde tercihiniz S nedir? Lineer kapama mı, endoventriküler yama plasti mi?

Yanıt Sol ventrikül anevrizması, miyokard infarktüsünün yaygın komplikasyonlarından biridir. Cerrahi girişimin hedefi ventrikül kavitesinin boyutlarını ve geometrisini düzelterek duvar gerilimini azaltmak ve paradoks hareketi ortadan kaldırarak sistolik fonksiyonu iyileştirmektir. İlk kez 1958 yılında uygulanan lineer tamir 1980'lere kadar standart yöntem olarak kalmıştır. Daha sonra ise endoventriküler yama plasti, daha fizyolojik bir yöntem olarak anevrizma tamir tekniği olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Sol ventrikül anevrizması en yaygın olarak antero-apiko-septal bölgededir; daha az olarak inferior bölgede, çok nadiren de lateral duvarda karşımıza çıkar. Sıklıkla karşılaştığımız anterior form ise nadiren izole serbest duvarı tutan şekildedir. Genellikle değişen oranlarda septal, apikal ve lateral duvar uzanımları vardır. Basit lineer kapama tekniği sadece serbest ön duvar anevrizmalarında tatminkar bir tamiri mümkün kılar. Oysa, endoventriküler yama plasti tekniğinde anevrizmanın uzanımlarına göre yama boyut ve şeklinde yapılacak (dairesel, eliptik) değişikliklerle daha uygun bir ventrikül kavitesi geometrisi elde etmek mümkün olur.

Bu teknikte yama malzemesi olarak sıklıkla Teflon-Dacron esaslı materyal kullanılmaktadır. Ancak, bu yama malzemesinin düşük de

olsa emboli kaynağı olabileceği ve bu nedenle antikoagülan tedavinin gerekliliği de belirtilmiştir. Bu nedenle, biz yama materyali olarak, gluteraldehitle fikse edilmiş otolog perikardı tercih ediyoruz.

Dr. Kaya Süzer

*İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
34098 Haseki, İstanbul*

Akut sol kalp yetersizliğinde levosimendan kullanımında dikkat ettiğiniz noktalar nelerdir?

Yanıt Akut sol kalp yetersizliğinde (KY), klinik olarak düşük periferik perfüzyon bulguları ve hemodinamik olarak düşük kardiyak debi varlığında intravenöz inotropik ajan kullanımına ihtiyaç duyulur. Ülkemizde iki grup inotropik ajan bulunmaktadır. Bunlar beta-agonistler (dobutamin ve dopamin) ve kalsiyuma duyarlılığı artırıcılarıdır (levosimendan).

Akut KY tedavisinin amacı, hastanın semptomlarını, laboratuvar bulgularını (özellikle BNP), hemodinamik bulgularını (yükselmiş olan pulmoner kapiller kama basıncını ve azalmış olan kardiyak debiyi) düzeltme yanı sıra sağkalımı da artırmaktır. İlk üç amacı gerçekleştirmede levosimendan dobutamine üstün

iken, hiçbir inotropik ajan sağkalımı artırmamaktadır. Dobutamine göre daha etkili olacağı olgularda, fiyat olarak yüksek olsa bile, levosimendanın tercih edilmesi gerekmektedir. Böylece, zemininde iskemi olan akut kalp yetersizliği (RUSSLAN çalışması) ve daha önceden beta-bloker kullanan hastalarda (LIDO çalışması) levosimendan tercih edilebilir.

Levosimendan sol ventrikül diyastolik doluşu yüksek olan hastalarda etkilidir. Kardiyak indeksin 1.6 l/dk/m²'den düşük olduğu, atriyal fibrilasyon ve orta-ciddi mitral yetersizliğinin eşlik ettiği dirençli dekompanse kalp yetersizliklerinde etkili değildir. Levosimendan dozu hastanın kan basıncına göre ayarlanır. Kan basıncı takip edilerek aşağıdaki tabloda tavsiye edilen dozlara ulaşılır. Titrasyonda bir saat sonra üst doza artırma yapılır. İnfüzyon dozu tolere edilemezse, önceki doza inilir veya bir süre ilaç kesilir.

Dr. Mehmet Eren

*Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
34668 Haydarpaşa, İstanbul*

Durum	10 dk i.V. bolus dozu	24 saat i.V. infüzyon dozu
SKB>100 mmHg, akut dekompanse KKY	6 µg/kg	0.1- 0.2 µg/kg/dk
SKB>100 mmHg, yeni akut KY	6 µg/kg	0.1 µg/kg/dk
SKB=90-100 mmHg, yeni akut KY	Yok	0.05-0.1 µg/kg/dk
SKB<90 mmHg, yeni akut KY	Yok	Sıvı yüklenmesi veya Dp/NE ile beraber

SKB: Sistolik kan basıncı; KKY: Kronik kalp yetersizliği; Dp: Dopamin; NE: Norepinefrin; i.V: İntravenöz.