

UZMAN YANITLARI

Koroner baypas cerrahisi planlanan ve iskemik mitral yetersizliği bulunan hastalarda mitral kapağa yönelik girişim endikasyonlarınız nelerdir?

Yanıt Biz koroner cerrahları olarak, yıllarca, hafif mitral yetersizliklerinde koroner baypas ameliyatını yaparsak revasküleriye edilen ventrikül daha iyi kasılacağı için mitral yetersizliğin azalacağına inanarak, iskemik mitral kapak yetersizliğine gereken önemi göstermedik. Yıllar bize bu inancımızın ne kadar yanlış olduğunu gösterdi. Koroner baypas ameliyatından 5-6 yıl sonra bu hastalar, daha ileri bir mitral yetersizlik ve daha kötü bir ventrikül ile birlikte, en önemlisi çalışan baypasları ile yeniden ameliyat için geri geldiler. Bu hastaların birçoğunun ventriküllerinin ameliyat edilemeyecek kadar kötü olduklarını büyük üzüntü ile gördük.

Bugün artık koroner baypas ameliyatı sırasında, iskemiye bağlı hafif mitral yetersizliği (++) dahi saptanmış olsa bunun bir ring plastiyle düzeltilmesi gerektiğine inanıyoruz. Hafif mitral yetersizliğinde sol atriyumun küçük olması cerrahi için biraz manipülasyon güçlüğü yaratmasına rağmen, torakoskopik aletler (penset ve iğne tutucular) kullanılarak bu sorun kolayca çözülmektedir.

2001 yılında koroner baypas ile birlikte sadece dört hastada mitral ring plasti yapmamıza rağmen, 2004 ve 2005 yıllarında bu sayıda ciddi bir artış görülmektedir.

2001	4
2002	2
2003	4
2004	17
2005	26

Mitral kapak tamiri her zaman birinci tercih olmalı ve mutlaka ring konulmalıdır. Ring konulup konulmaması değil, sadece hangi ringin konulacağı tartışılabilir. İleri mitral yetersizliklerde kapak ileri derecede bozulmuş ise (çok eski bir mitral prolapsus ile birlikte iskemik kalp hastalığı gibi) veya başarı-

sız bir tamir yapılmışsa replasman kaçınılmaz olacaktır. Özellikle, kötü ventriküller başarısız mitral kapak tamirlerini tolere edemeyeceği için, kapağın durumu iyi değerlendirilerek doğrudan replasmana gidilebilir.

Dr. Bingür Sönmez

*Memorial Hastanesi,
Kalp Cerrahisi Bölümü,
34385 Okmeydanı, İstanbul*

Tek ventrikül tamirinde “ekstrakardiyak Fontan” operasyonu mu, “lateral tünel” operasyonu mu tercih edilmelidir?

Yanıt Fontan sirkülasyonu, başta tek ventrikül olmak üzere, iki ventrikül tamiri imkanı olmayan veya iki ventrikül tamirinin çok yüksek mortalite ve morbidite taşıdığı kompleks patolojiler için fizyolojik düzeltme imkanı sağlamıştır. Çeşitli modifikasyonlarla Fontan operasyonunun erken ve geç dönem sonuçlarını daha da iyileştirme çabaları günümüzde de devam etmektedir. Özellikle geç dönem sonuçlarına ilişkin olarak, atriyal dilatasyon, trombüs ve emboli oluşumu, sistemik venöz basınç yüksekliği ve ventriküler disfonksiyon gelişmesi, atriyal insizyon ve dikiş hatlarına bağlı olduğu düşünülen aritmiler başlıca kaygıları oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, ekstrakardiyak Fontan operasyonu, retrograd kaçığı olmayan stabil bir akım dinamiği sağlaması, uzun atriyal insizyon ve dikiş hatları bulunmaması, sağ atriyal dilatasyona yol açmaması nedeniyle üstünlükler taşımaktadır. Ayrıca, bizim uygulamamızda inferior vena kavayı pulmoner artere yönlendirirken kullandığımız otolog perikardiyal tüpün çok daha az trombojenik olduğunu ve cerrahi teknik kolaylık sağladığını söyleyebiliriz. Öte yandan, sistemik ve pulmonik venöz dönüş anomalisi bulunması halinde, ekstrakardiyak Fontan yaklaşımı, lateral tünel operasyonuna göre daha kolay ve uygun bir cerrahi geometrik çözüm imkanı sunmaktadır. Çalışma grubu olarak geçtiğimiz 18 yıl içinde 140’den fazla hastaya lateral tünel operasyonu da dahil olmak üzere çeşitli modifikasyonlar içeren Fontan prosedürü uyguladık. 2000 yılından bu ya-

na 45 hastada ekstrakardiyak Fontan operasyonu yapmış bulunmaktayız. Erken ve geç dönem sonuçları bakımından ekstrakardiyak Fontan operasyonu mümkün olan her durumda öncelikle tercih ettiğimiz bir yaklaşımdır.

Dr. Tayyar Sarıoğlu

*Acıbadem Kalp Merkezi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü,
34140 Bakırköy, İstanbul*

Koroner baypas cerrahisinde radyal arter kullanımına güncel yaklaşımınız nedir?

Yanıt Koroner baypas cerrahisinde radyal arter kullanımı, dünyadaki gelişime paralel olarak son on yılda kliniğimizdeki uygulama içinde giderek daha fazla yer almaktadır. Meme arterlerinin uzun süreli açıklık oranlarının yüksek oluşu, olduğunca daha çok arter grefti kullanma prensibinin daha yaygın benimsenmesine yol açmaktadır. Bu nedenle, bir veya iki meme arterinin kullanımı yanı sıra radyal arter greftleri öncelikle tercih edilmektedir. Uzun süreli klinik deneyimlerimiz ve kontrol anjiyografi sonuçlarımız, açıklık oranlarının safen ven greftlerine göre daha iyi olduğunu göstermektedir. Girişim sırasında, (özellikle pulse oksimetre ile yapılan) Allen testiyle ye-

terli olduğu düşünülen ve ağırlıklı olarak kullanılmayan ekstremiteden alınan greftler %70 ve üzeri darlık gösteren damarlar için kullanılmakta, proksimal anastomozların ven greftlerinin tam aortik anastomoz bölgelerine veya çok kısa (5-6 mm'lik) bir ven parçası kullanılarak ya da *in situ* meme arterlerinin proksimal kesimlerine yapılmasına özen gösterilmektedir. Spazm sorununun önlenmesine yönelik olarak, peroperatif dönemden başlayarak uzun süreli (en az üç ay) ameliyat sonrası süreci içerecek şekilde kalsiyum kanal blokerleri (diltiazem veya daha çok tercih ettiğimiz verapamil) ile birlikte nitrogliserin preparatlarının sistemik kullanılmasına önem verilmektedir. Ameliyat sırasında arter greftleri için tamponlanmış olarak uygulanan ve heparin de içeren izotonik solüsyonların kullanımına bu preparatlar (halen birçok klinikte papaverin kullanılmasına rağmen) da eklenmektedir. Genel olarak kısa ve orta dönem açıklık için %80 ve hatta %90'ı aşan oranlar veriliyor olmasına karşın, daha net karar verebilmek için uzun dönemi içeren prospektif randomize çalışmalara gerek vardır.

Dr. Atıf Akçevin

*VKV Amerikan Hastanesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü
34365 Nişantaşı, İstanbul*