

Editöre Mektup

İnfarktüs Sonrası Ventrikül Septum Rüptürü ve Kateter Yöntemleriyle Kapatma Girişimleri

Sayın Editör,

Derginizde yayınlanan infarktüs sonrası ventrikül septum rüptürü (İSVSR) konulu Dr. Özbaran ve arkadaşlarının (1) retrospektif araştırması ve aynı konudaki Dr. Taşdemir'in editöryal yorumunu (2) ilgiyle okudum. Her iki merkezden oldukça geniş sayılabilecek deneyimlerinin aktarıldığı yazılarda konu hemen her yönüyle ele alınmakta gerek kardiyologlar gerekse cerrahlar için yararlı ve önemli kaynak oluşturmaktadır.

Konuyla ilgili küçük bir ek olarak son yıllarda kardiyologlar tarafından kateter yöntemleriyle tedavi girişimlerine başlandığının anımsanmasının yararlı olacağını düşünmekteyim (3,4). Deneyimli merkezlerde ve erken cerrahi girişime rağmen İSVSR nde mortalitenin önemli ölçüde yüksek olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası erken dönemde rezidü veya nüks rüptür ve şant gelişimi sık görülen, erken ve geç mortaliteyi ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir komplikasyondur. Rezidü veya nüks rüptürün erken farkedilmesi önemlidir. Ameliyat sırasında onarım bitirilip vücut dışı dolaşım sonlandırılınca transözofageal ekokardiyografiyle kontrolü, ameliyat sonrası günlerde gerek klinik izlem (üfürüm, sağ ventrikül ve pulmoner arter kan basınçları ve oksijen saturasyonları), gerekse günlük rutin ekokardiyografi incelemesiyle nüks rüptürlerin erken farkedilmesi ve tekrar cerrahi onarımı yaşam kurtarıcı olabilmektedir. Bizim deneyimimizde bir olguda birincil ve ikincil girişimlerden 2 ve 3 gün sonra nüks ortaya çıkmış, şant oranı saatler içerisinde artarak hemodinamiyi olumsuz etkilemeye başladığından iki kez reoperasyon uygulanması gerekli olmuştur. Bu olguda üç ardışık cerrahi girişim sonrasında düşük oranlı şant (Qp/Os 1,3) tekrar gelişmiştir. Tekrar cerrahi girişimi kabul et-

meyen hasta 4 yıldır ilaç tedavisiyle NYHA 2-3 fonksiyonel kapasiteyle yaşamını sürdürmektedir. Ameliyat öncesi intraaortik balon kullanılarak mekanik destek sağlanması ve erken cerrahi girişim uygulanmasıyla sağkalım oranlarının daha iyi olduğu (1,2) fikrine katılmaktayım, ancak az sayıda olmakla birlikte izlediğimiz olgularda genellikle sol ventrikülde anevrizmal segment gelişerek ventrikül işlevlerini olumsuz etkilediğini gözlemekteyim. Editör yorumunda da vurgulanarak belirtildiği gibi ince dikişlerin kullanılması tercih edilmesine rağmen aşırı fragil infarkt alanının mümkün olduğunca uzağına, sağlam endokarda yerleştirilen sütürler infarkt sahasının genişlemesine yol açmaktadır. Ameliyat ettiğimiz olguların hemen tümünde dikkati çeken bir özellik ventrikül kavitesinin oldukça küçük olduğu ve yeterli bir atım hacmi sağlanabilmesi için genişçe bir yama kullanımı gerekmesi, bunun da geniş bir akinetik alana yol açmasıdır. Kateter yöntemleriyle daha az invazif bir girişim uygulanarak sol-sağ şantın durdurulması hemodinamik olarak hızlı bir düzelmeye zaman kazanılması ve infarkt sahasında fibrotik iyileşme ile dikiş sağlamlığı için uygun bir doku oluşumunu ve anevrizmal gelişim sınırlarının daha net belirlenmesini sağlayacak bir yöntem olarak görünmektedir. Kateter yöntemleriyle değişik tiplerde septum kapatma araçları kullanılmakta ve sürekli geliştirilmektedir (3,4). Gelecek yıllarda kateter yöntemlerinin cerrahi girişime tercih edilen öncelikli alternatif olacağını düşünmekteyim. Kateter girişimleriyle erken dönemde başarılı sonuçların elde edilmesi, geç dönemde anevrizma veya rezidü şant nedeniyle cerrahi girişim gerekse bile daha düşük mortaliteyle sonuçlanacağı, optimal ventrikül geometrisinin daha kolay sağlanabileceği, rezidü veya nüks şant olasılığının önemli ölçüde azalacağı tahmin edilebilir.

Cerrahi uygulamalara ilişkin olarak yama ile doku arasında veya çift yama arasında GRF veya "bioglu" gibi doku yapıştırıcılarının kullanılmasının rezidü ve nükslerin azaltılmasında yararlı olabileceği düşünülmektedir (5).

Saygılarımla,

Doç. Dr. Serdar ENER

Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, 16059 Bursa

KAYNAKLAR

- 1. Özbaran M, Posacıoğlu H, Nalbantgil S, Çalkavur T, İslamoğlu F, Yağdı T, Apaydın AZ:** İnfarktüs sonrası gelişen ventriküler septal rüptür tamiri sonuçlarımız: Morbidite ve mortalite üzerine etkili değişkenlerin değerlendirilmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş 2002; 30: 627-33*
- 2. Taşdemir O:** İnfarktüse bağlı ventrikül septum perforasyonunda cerrahi tedavi. *Türk Kardiyol Dern Arş 2002; 30: 652-3*
- 3. Chessa M, Carminati M, Cao QL. et al:** Transcatheter closure of congenital and acquired muscular ventricular

septal defects using the Amplatzer device. *J Invasive Cardiol 2002;14: 322-7*

- 4. Pienvichit P, Piemonte TC:** Percutaneous closure of postmyocardial infarction ventricular septal defect with the CardioSEAL septal occluder implant. *Catheter Cardiovasc Interv 2001;54: 490-4*

- 5. Yamamoto N, Ohara K, Nie M, Torii S, Imai H, Yoshimura H:** Double-patch closure using gelatin resorcinol formol glue of a ventricular septal perforation following acute myocardial infarction. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 2002;50:294-7*