

AORTOKORONER BYPASS CERRAHİ SONRAŞI PROKSİMAL ANASTOMOZDAN KAYNAKLANAN AKUT AORT DİSEKSİYONU

Yrd.Doç.Dr. Faruk Cingöz, Yrd.Doç.Dr. Celalettin Günay, Dr. Kubilay Karabacak, Prof.Dr. Ufuk Demirkılıç, Prof.Dr. Harun Tatar

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Aort diseksiyonu, kalp cerrahisi sonrasında görülebilen mortal seyreden nadir komplikasyonlardan biridir. Sıklıkla Aortik kanül veya kardiyoplejik kanülün yerleştirildiği yerlerden kaynaklandığı bildirilmektedir. Bununla birlikte proksimal anastomoz için konulan side klemp alanında da intimal yırtık olabileceği vurgulanmaktadır. Daha önce safen ven greft kullanılarak Aorta-LAD bypass ameliyatı uygulanmış olan postoperatif 5 yılında akut aortik diseksiyon tanılı hastaya asendan aortaya tüp greft interpozisyonu ve iki

damara (Ao-LAD, Ao-SğKr) bypass operasyonu uygulanmıştır. Vaka literatür bilgileri altında değerlendirilerek, proksimal anastomozdan aortik diseksiyon oluşabileceğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Aortokoronar Bypass, Aortik Diseksiyon

(Türk Girişimsel Kard. Der. 2007;83-85)

GİRİŞ

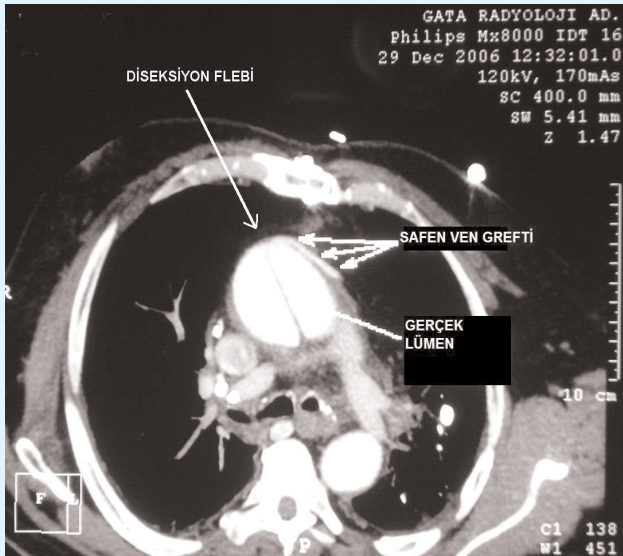
Aort diseksiyonu kalp cerrahisinden sonra nadir olarak görülen ancak mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. Kalp cerrahisi sonrası görülen aort diseksiyonu görülme sıklığı %0.16-%0.35 olarak bildirilmektedir¹⁻². Etiyolojik olarak, hipertansiyon, yaş, aortun konnektif doku hastalıkları, ateroskleroz, ince duvarlı aortik dilatasyon³, yanı sıra kardiyak cerrahi sonrasında bu faktörlere aortik ve kardiyoplejik kanül yerleri, kross klemp ve side klemp konulması, ile proksimal anastomoz bölgelerindeki yapısal değişiklikler öne sürülmektedir⁴⁻⁷.

OLGU

Beş yıl önce safen ven grefti kullanılarak aortokoronar bypass (Ao-LAD) ameliyatı olan ve 20 yıldır hipertansiyon nedeni ile medikal tedavi almakta olan 65 yaşındaki erkek hasta göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Elektrokardiyografisinde nodal ritim 65

vuru/dk, telekardiyografisinde mediastinal genişleme, yapılan transtorasik ekokardiyografide tübüler aortik seviyede aort çapının 56 mm (EF:%50, 1-2/4 aort yetmezliği, perikardiyal efüzyon izlenmedi) ve çıkan aortada diseksiyon saptanması üzerine hasta yatırılarak Tip-1 aortik diseksiyon tanısı ile operasyona hazırlandı. Bilgisayarlı tomografide asendan aortada 4x5x6 cm boyutlarında hematoma kesesi ve bu keseden yalancı lümen kontrast geçişi rapor edildi (Resim-1). Hastanın koroner lezyonlarının değerlendirilmesi için yapılan koroner anjiyografide asendan aortada intimal yırtığın gözlenmesi yanında LAD'de diagonal I sonrası %80, RCA'da %70 darlık olduğu belirlendi. Ancak daha önce LAD' ye yapılan safen ven grefti görüntülenemedi. Hasta mevcut tetkikler sonrasında ameliyata alındı. Femoral arter ve ven yolu ile kanülasyonu takiben sternotomi yapıldı. Müteakiben sternum açılarak yapışıklıklar giderildikten sonra trunkus brakiosefalikusun proksimalinden aortaya kross klemp konuldu. Anevrizma kesesi üzerinden aortotomi yapıldı. İntimal yırtığın safen ven proksimal anastomoz yerinden başlayıp aortik kapaklara doğru uzandığı, sol koroner ostiumun yaklaşık 1 cm üzerinde sonlandı görüldü. Distalde ise

Resim 1: Safen ven proksimal anastomozundan kaynaklanan aort diseksiyonunun BT anjiografi görüntüsü



trunkus brakiosefalikusun birkaç santimetre distaline kadar arkus aortaya uzanım gösterdiği ve yalancı lümenin tromboze olduğu saptandı. Koroner arter ostiumları yoluyla doğrudan kardiyopleji solusyonu verildi. Aort kapak koaptasyonu iyi olarak değerlendirildiği için art kapak korundu. Safen ven grefti kullanılarak LAD ve sağ koroner arter distal anastomozları yapıldı. 19 oC sistemik hipotermi sağlandıktan sonra total sirkülatuar arreste girildi. 28 mm Dacron tüp greft aortun iç ve dış kısmına teflon şerit desteği ile asendan aorta uç-uca anastomoz edildi. Dacron greft üzerine kros klemp konularak tekrar kardiyopulmoner bypassa geçildi ve hasta ısıtılarak sıcak kan kardiyoplejisi sonrası kros klemp alınarak Dacron tüp greft üzerine side klemp konularak safen ven greftlerinin proksimal anastomozları yapıldı. Hasta komplikasyonsuz olarak yogun bakım ünitesine alındı.

TARTIŞMA

Aort diseksiyonu açık kalp cerrahisinden sonra gelişebilen ve mortalitesi oldukça yüksek olan ciddi bir komplikasyondur. Bu konu ile ilgili yapılan çok az çalışma olmakla birlikte son zamanlarda Gillinov ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada daha önce kardiyak cerrahi geçiren ve diseksiyon gelişen 56 hastada mortalite %14 olarak belirtilmiştir⁴.

Daha önce kardiyak cerrahi geçiren hastalarda aortik diseksiyon gelişme insidensi %0.16-%0.35 olarak bildirilmiş olup, hemen postoperatif erken dönemde olabileceği gibi, yıllar sonrada görülebileceği vurgulanmıştır^{1,2}. Bizim vakamızda ilk ameliyat-

tan sonra 5. yılda diseksiyon görüldü. Kardiyak cerrahi sonrasında görülen aortik diseksiyon için predispozan faktörler arasında aortik kanülasyon, kros klemp, side klemp ve proksimal anastomoz yeri sayılmaktadır^{6,7}. Bununla birlikte hipertansiyon, hastanın yaşı, konnektif doku hastalığı olması ve ateroskleroz diseksiyon insidansını arttıran diğer önemli faktörlerdir³. Bizim vakamızda da hipertansiyon öyküsü vardı ve diseksiyonun kaynaklandığı yer safen ven proksimal anastomoz yeri idi. Daha önceki vakalarımıza göre intimal yırtığın başlangıç yeri ilk defa farklı idi. Sonuç olarak bu yazıda 65 yaşında 5 yıl önce aorto koroner bypass operasyonu olan (AoLAD) ve safen ven proksimal anastomoz hattındaki intimal yırtık neticesinde asendan aort diseksiyonu meydana gelen bir erkek olgu sunulmuştur.

Kalp cerrahisi sonrası sıklıkla aortik iğne yeri ve kanül yeri intimal yırtık için bir başlangıç noktası olduğu bildirilmektedir^{2,4}. Koroner bypass ameliyatları sonrasında herhangi bir zamanda görülebilecek olan ve fatal seyredebilen aortik diseksiyon safen ven proksimal anastomozundan kaynaklanabileceği görülmüştür. Bu nedenle bu ciddi komplikasyonun önlenmesi amacı ile greftlerin aortaya anastomoz edilecekleri ostiumlarının açarken çok dikkatli olunmalı ve tek parça, tam kat kesi yapacak şekilde aortik punch kullanılmalı, aortadan geçen dikişlerin tüm aortik tabakaları alacak şekilde geçilmelidir⁵. Bu basit teknik detaylar iatrojenik aort diseksiyonunun insidensinin azaltılabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. R.J. Still, A.D. Hilgenberg, C.W. Akins, W.M. Daggett and M.J. Buckley, Intraoperative aortic dissection, *Ann Thorac Surg* 1992;53: 374-79.
2. D.A. Murphy, J.M. Craver, E.L. Jones, D.K. Bone, R.A. Guyton and C.R. Hatcher Jr, Recognition and management of ascending aortic dissection complicating cardiac surgical operations, *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983;85:247-56.
3. Epperlein S, Mohr-Kahaly S, Erbel R, Kearney P, Meyer J. Aorta and aortic valve morphologies predisposing to aortic dissection. An in vivo assesment with transoesophageal echocardiography. *Eur Heart J* 1994;15:1520-27.
4. Gillinov AM, Lytle BW, Kaplon RJ, et al. Dissection of the ascending aorta after previous cardiac surgery: differences in presentation and management. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1999;117:252-60.
5. Siavosh Khonsari. *Cardiac Surgery: Safeguards and Pitfalls in Operative Technique*, by Lipincott

- Raven Publishers, Philadelphia 1997;p.152.
6. Stranger O, Oberwalder P, Dacar D, Kenaz I, Rigler B. Late dissection of the ascending aorta after previous cardiac surgery: risk, presentation and outcome. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;21:453-58.
 7. Boruchow IB, Iyengar R, Jude JR. Injury to ascending aorta by partial-occlusion clamp during aorta-coronary bypass. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1977;73:303-305.

