

İnfarktüse Bağlı Ventrikül Septum Perforasyonunda Cerrahi Tedavi

Doç. Dr. Oğuz TAŞDEMİR
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi

Postinfarktüs ventriküler septal defekt (PIVSD), akut miyokard infarktüsünün en ciddi mekanik komplikasyonlarından olup, cerrahi tedavi yapılamayan olguların %80'i ilk bir ay içinde ölmektedir. Son 20 yıldan bu yana PIVSD, cerrahi olarak acil müdahale grubunda değerlendirilmiştir. Hastalarda konjestif kalp yetersizliğinin bulunması, BUN seviyesinin artması, idrar miktarının azalması ve kardiyojenik şoktaki olgularda acil cerrahi girişim indikasyonu vardır. Ancak hastada septik komplikasyon veya multiorgan yetersizliği varsa, operasyon geciktirilmelidir. Bu durumda uzun süreli IABP tedavisi ve yoğun medikal tedavi yapılmalı, infeksiyon bertaraf edilmelidir. Hastaların çok az bir bölümü (~%5) hemodinamik açıdan stabil durumdadır ki, bu olgularda preoperatif tam bir değerlendirme için zaman kazanılmış olur. Ancak yine de operasyon en fazla 12 ile 24 saat içinde yapılmalıdır.

Bu tür miyokard hasarı yaygın ve mortalitesi yüksek olgularda cerrahi başarı oranı, ancak preoperatif tam bir değerlendirme (koroner anjiyografi ve sol kalp kateterizasyonu dahil) ve yoğun preoperatif tedavi kombinasyonu yanında rafine cerrahi tekniğin uygulanması ile yükselmektedir.

PIVSD'li olguların %50-60'ının ileri konjestif kalp yetersizliği ve düşük kalp debisi nedeniyle yoğun bir medikal tedaviye ihtiyacı vardır. İnfarktın yaygınlığı ve sol-sağ şantın büyüklüğüne bağlı olarak konjestif yetersizlik veya kardiyojenik şok gelişmesi erken dönem sonuçları belirleyen en önemli faktörlerdir. Uygulanacak preoperatif tedavi ile sistemik vasküler rezistansın düşürülerek, sol-sağ şantın azaltılması, yeterli kardiyak debinin sağlanması ve koroner kan akımının artırılması hedeflenmelidir. Bu amaçla, ilk 24 saat içinde en güvenli ve maksimal destek tedavisi IABP uygulamasıdır. Özbaran ve ark.'nın bu sayıda yer alan makalelerinde (1) preoperatif NYHA sınıf IV olan ve 10 tanesi kardiyojenik şokta bulunan 15 hastanın ancak 4'üne (%26) IABP konulabilmesi, postoperatif mortalite ve morbidite oranlarının yük-

sek olmasında etkili olmuş olabilir. Kaldı ki, kardiyojenik şokta olan 10 hastanın 6'sı kaybedilirken, istatistiki açıdan kardiyojenik şokun mortalite üzerinde etkisiz görünmesi olgu sayısının azlığı ile açıklanabilir.

Son yıllarda cerrahi teknikteki bazı değişiklikler ile operatif mortalitenin düşürülmesi sağlanmıştır. Buna göre; PIVSD cerrahisinde temel prensipler; transmural infarktüsün olduğu bölgeden yapılan ventrikülektomi ile defekte ulaşmak, hatta gerekirse defektin sınırlarının tam olarak belirlenebilmesi için sınırlı bir sağ ventrikülektomi yapılması, canlı miyokard dokusu ile infarktli bölge arasındaki sınırın iyice belirlenmesi, gevrek endokard dokusunun dikişlerle parçalanmasını önlemek için prostetik materyal ile gerginlik yaratmadan defektin kapatılması ve ince dikişlerin (5/0 polypropylene) kullanılmasıdır. Kalın iğneli dikişlerin (2/0, 3/0) kullanımı gevrek miyokardı parçalayarak defektin büyümesine yol açabildiği gibi geç dönemdeki yüksek debili şantlara da zemin hazırlayabilir. Ayrıca dikişlerin sağlam olsun diye geniş bir normal miyokard dokusunu kasılma dışında bırakması da, septumda geniş bir akinetik alan yaratacaktır. Bu nedenle "patch" gayet ince ve nazik dikişlerle septumun sol tarafına yerleştirilmelidir. Zaten sol ventrikül basıncı ile patch'in dikiş gerginliği ve zorlanması daha az olacaktır.

Defekte eşlik eden sol ventrikül anevrizması olan olgularda, sol ventrikül tarafında kalacak şekilde tek yama ile onarım gerçekleştirilebilir. PIVSD'li olguların %60'ında infarkta neden olmuş koroner arter lezyonu dışında ek koroner arter lezyonları vardır. Gerek rezidü ventrikül fonksiyonları, gerekse uzun dönem sonuçları açısından mümkün olduğunca komplet revaskülarizasyon sağlanmalıdır.

Operasyon esnasında ventrikül boyut ve fonksiyonlarının değerlendirilmesinde, rezidüel şant olup olmadığının gösterilmesinde ve de valvüler fonksiyonların değerlendirilmesinde intraoperatif transösöfaj-

Ekokardiyografi (TEE) kullanımı son derece yararlı ve gereklidir.

1982-1995 döneminde opere edilen 21 olgunun 8'i (38) kaybedilirken (2,3), 1995'ten beri yukarıda anahtarları ile bahsedilen preoperatif tam bir değerlendirme ve destek tedavisi uygulanması yanında cerrahi yaklaşımın rafine hale getirilmesiyle son 25 olguda erken dönem mortalitesi 6 olguyla %24'e inmiştir. Ayrıca, 1998 yılında Antalya'da düzenlenen XIV. Ulusal Kardiyoloji Kongresi'ndeki "A.M.İ. sonrası cerrahinin zamanlaması" başlıklı panelde, A.M.İ.'de komplikasyonların cerrahi tedavisi konulu konuşmasında da belirttiğim gibi 35 olguluk seride son 3 içerisinde PIVSD'li olguların preoperatif-operatö postoperatif yoğun ve organize bir çalışmayla mortalitesinin %7.1'e indirildiği tebliğ edilmiştir (4). Ayrıca serimizde yaptığımız analizlerde; operatif mortalite üzerinde etkili olan faktörler olarak kardiyogen şok, ileri yaş (60⁺) ve posterior yerleşimli rüptür bildirilmiştir. Yine ilave olarak koroner bypass

yapılanlarda, yapılmayanlara göre hem erken mortalite, hem de uzun dönem morbidite daha düşük oranlarda gerçekleşmiştir.

Sonuç olarak, PIVSD yüksek mortalite ve morbiditesi yanında hastane kaynaklarını da (uzun yoğun bakım ve hastane yatışı, yoğun medikal ve mekanik destek gereksinimi, vb.) olumsuz yönde etkileyen ciddi bir problemdir. Son yıllarda preoperatif-operatif ve postoperatif stratejilerde rafine uygulamaların geliştirilmesi ile erken dönem sonuçları ve geç dönem sürvi oranları düzeltilmiştir.

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. Sarıtaş A, Uzunonat G, Tarcan O, Karagöz H, Taşdemir O, Bayazıt K: Post infarktüs ventriküler septal defekte cerrahi yöntem ve sonuçları. III. Ulusal Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kongresi Bildiri Özetleri, Göğüs Kalp Damar Cerr Derg 1994; 2:8
3. Sarıtaş A, Uzunonat G, Tarcan O, Karagöz H, Taşdemir O, Bayazıt K: Post infarktüs ventriküler septal defekte cerrahi yöntem ve sonuçları. X Ulusal Kardiyoloji Kongresi 1994 özet kitabı, 125
4. Taşdemir O: Akut miyokard infarktüsünün komplikasyonlarının cerrahi tedavisi. "A.M.İ. sonrası cerrahinin zamanlaması" konulu panel. XIV. Ulusal Kardiyal Kongresi, 1998