

Atriyal septal defekt ve retrosternal toksik guatr için aynı seansta cerrahi tedavi: Olgu sunumu

Surgical treatment of atrial septal defect and retrosternal toxic goitre
in the same session: a case report

Mustafa Kemal Demirağ,¹ Koray Topgül,² Atilla Saraç,¹ Muzaffer Bahcivan,¹ Hasan Tahsin Keçeligil¹

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı,

²Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

Atriyal septal defekt ve retrosternal toksik guatrın birlikte bulunduğu 55 yaşında kadın hasta, ameliyat öncesinde 20 gün süreyle uygulanan 300 mg/gün dozunda peroral propiltiourasil tedavisi ardından aynı seansta ameliyat edildi. Ameliyat sonrası hiçbir sorunu olmayan hasta altıncı günde taburcu edildi. Hastada altı aylık takip sırasında herhangi bir sorunla karşılaşılmaı.

Anahtar sözcükler: Guatr/cerrahi; kalp septal defekti, atriyal/cerrahi.

A 55-year-old female patient underwent surgery in the same session for atrial septal defect and retrosternal toxic goiter following treatment with 300 mg/day propylthiouracil for 20 days. After an uneventful postoperative course she was discharged on the sixth day of operation. No complications were encountered during a follow-up of six months.

Key words: Goiter/surgery; heart septal defects, atrial/surgery.

Gerek atriyal septal defekt (ASD), gerekse retrosternal guatr klinikte sık karşılaşılan hastalıklardır. Her iki hastalığın da cerrahi tedavisi oldukça düşük mortalite ve morbidite ile başarılı bir şekilde yapılmaktadır. Koroner bypass ile total tiroidektomi ameliyatının birlikte yapıldığı hastalar nadir de olsa literatürde yer almasına rağmen, ASD ile birlikte total tiroidektomi ameliyatına literatürde rastlanmamıştır.

OLGU SUNUMU

Elli beş yaşındaki kadın hasta, çarpıntı ve nefes darlığı, göğüste ve sırtta ağrı yakınmalarıyla başvurdu. Hastada aynı zamanda kilo kaybı ve iştahsızlık da vardı. Olgunun 10 yıldır guatr hastası olduğu ve propiltiourasil (Propycil, Dr. F. Frik, İstanbul) kullandığı öğrenildi.

Fizik muayenede, kan basıncı 150/100 mmHg, nabız 76/dk ve düzenli, solunum sayısı 22/dk, vücut sıcaklığı 36.5 °C idi. Oskültasyonda, pulmoner odakta 2-3/6 derece sistolik üfürüm vardı. Laboratuvar tetkiklerinde, hemoglobin 12.7 g/dl, lökosit 7300/mm³, trombosit 208.000/mm³ ölçüldü; idrar tetkikinde hematüri ve proteinüri saptandı. Akciğer radyografisinde kardiyotorasik indeks 0.60, sinüsler açıktı. Elektrokardiyografide hız 60/dk, sinüs ritmi ve inkomplet sağ dal bloğu vardı.

Tiroid ultrasonografisinde, sol lob boyutlarında ileri derecede artma (73x56x46 mm) ve retrosternal uzanım, sol lobun tamamını kaplayan solid nodül izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, tiroid bezinin üst mediastene kadar girdiği; ayrıca, kalbin boyutlarının kardiyotorasik indekse göre arttığı görüldü (Şekil 1). Ekokardiyografide interventriküler septum hafif hipokinetik; sağ ventrikül, sağ atriyum, sol atriyum (49 mm) dilate idi; interatriyal septumda soldan-sağa geçiş, ASD vardı. Qp/Qs 2.57 ölçüldü; hafif derecede triküspid ve mitral kapak yetmezliği saptandı. Koroner anjiyografi ve kateterizasyonda koroner arterler normal bulunurken ASD (Qp/Qs=2.45) vardı. Pulmoner arter basıncı 45 mmHg olarak ölçüldü.

Genel cerrahi, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi ortak konseyinde hastaya ameliyat planlandı. Retrosternal guatr nedeniyle median sternotomi gerekebileceğinden, her iki ameliyatın da, hasta ötiroid hale geldiğinde birlikte yapılmasına karar verildi. Genel cerrahi kliniği tarafından medikal tedavisi düzenlenen hasta üç ay süreyle peroral yoldan propiltiourasil 300 mg/gün kullandı. Tiroid fonksiyonları normale dönerek ötiroid hale gelen hasta ameliyata alındı.

Genel anestezi altında median sternotomi yapıldı. Kanama kontrolünü takiben, genel cerrahlar tarafından tiro-

Geliş tarihi: 16 Mayıs 2005 *Kabul tarihi:* 21 Eylül 2005

Yazışma adresi: Dr. Hasan Tahsin Keçeligil, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 55139 Kurupelit, Samsun.
Tel: 0362 - 312 19 19 / 3222 e-posta: htkeceligil@yahoo.com



Şekil 1. Plonjan guatrın bilgisayarlı tomografik görünümü.

idektomi için Kocher'in kolye insizyonu uygulandı. Yaklaşık 10x15 cm boyutlarında olan sol tiroid lobunun retrosternal bölgeye uzanım gösterdiği izlendi; sağ lob ise multinodüler görünümdeydi. İntrakapsüler iki taraflı total tiroidektomi uygulandı. Kanama kontrolünü takiben, cilt kapatılmadan üzerine spanç konularak açık kalp cerrahisine geçildi. Aortobikaval kanülasyon ile kardiyopulmoner bypassa girildi. Aortik kros-klemp konulması ve antegrad kan kardiyoplejisi verilmesini takiben yapılan sağ atriyotomide yaklaşık 3 cm çapında sekundum tipte ASD görüldü. Otolog perikard yama kullanılarak ve 4/0 polipropilen dikiş materyali ile devamlı teknikte dikilerek ASD kapatıldı. De-aerasyon ve ısınmayı takiben, dekanülasyon işlemi tamamlanıp yeterli miktarda protamin yapıldı. Kanama kontrolü sonrası kapatma işlemine geçildi. Önce göğüs insizyonu ve peşinden de tiroidektomi insizyonu usulüne uygun olarak kapatıldıktan sonra hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Ameliyat sonrası dördüncü saatte ekstübe edilen hasta ertesi gün servise alındı. Ameliyat sonrası altıncı günde sorunsuz taburcu edilen hasta da altı aylık takipte herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Tiroid hormonlarının kardiovasküler sistemde önemli etkileri vardır.^[1] Tiroid hormonu verildiğinde sistemik vasküler dirençte azalma, kalp kontraktilitesi ve kardiyak outputta artma görülmektedir.^[1-4]

Koroner olsun, valvüler olsun, kardiyak hastalarda tiroid hastalığı %11 oranında görülmektedir.^[5] Tiroid disfonksiyonu kardiyovasküler fizyolojiyi etkiler. Bu etki miyokardiyal inotropi, kalp hızı, kardiyak output ve periferik arter reaktivitesi üzerinedir.^[6] Kardiyak cerrahi ve tiroidektomi kombine girişimi literatürde oldukça nadirdir. Literatürdeki bütün olgu sunumları koroner veya valvüler cerrahi ile kombine edilen tiroidektomi ameliyatlarıdır.^[7-9] Yaptığımız literatür taramasında atriyal septal defekt onarımı ve tiroidektomi kombine girişimine hiç rastlamadık.

Literatürde, tiroid cerrahisi ve kardiyak cerrahinin kombine yapılması önerilmektedir. Tiroid ve kalbin anatomik yerleşimi, her iki ameliyatın kombine yapılmasını mümkün kılmaktadır.^[7] Her iki cerrahinin kombine yapıldığı durumda kümülatif risk iki aşamalı işleme göre daha düşüktür.^[8,9] Kombine girişimin en önemli avantajlarından biri hastayı ikinci bir cerrahi işleminden kurtarmasıdır.^[9] İki aşamalı cerrahi yapılmayıp, kardiyak cerrahi tiroidektomiden önce yapıldığında erken ameliyat sonrası dönemde tirotoksikoz riskiyle karşı karşıya kalınabilir. Bizim olgumuzda, zaten toksik guatr olması ve tiroid bezinin retrosternal olarak büyümesi de eş zamanlı ameliyat açısından anlamlı bir durumdu. Diğer taraftan tiroidektomi kardiyak cerrahiden önce yapıldığında ameliyat sırasında anstabil kardiyak fonksiyon bozukluğu, aritmi ve miyokard infarktüsüne neden olabilmektedir.^[8]

Hipertiroidizmlili hastalarda ameliyat sırasında tiroid fonksiyonlarını ötiroid veya hipotiroid düzeyde tutmak önemlidir. Bunun nedeni ise kardiyak cerrahi sonrası hipertiroidizm, aritmi, ateş ve dokulardaki artmış oksijen tüketimine neden olabileceğidir.^[10]

Kalp ve tiroidin anatomik yerleşimi kombine cerrahi mümkün kılmaktadır.^[7] Dikkatli hemostaz yapıldığında tam doz heparinizasyonun cerrahi bölge kanamalarını artırmadığı görülmüştür. Kardiyak cerrahi sırasında tiroidektomi bölgesi kapatılmadığında, bu bölgede kanama olup olmadığını izleme imkanı vardır.^[7] Bu nedenle de tiroidektomi lojunun kapatılması sona bırakılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Keceligil HT, Kolbakir F, Adam B, Arikan A, Erk MK. Thyroid hormone alterations during and after cardiopulmonary bypass. *Cardiovasc Surg* 1996;4:617-22.
2. Salter DR, Dyke CM, Wechsler AS. Triiodothyronine (T3) and cardiovascular therapeutics: a review. *J Card Surg* 1992; 7:363-74.
3. Klein I. Thyroid hormone and the cardiovascular system. *Am J Med* 1990;88:631-7.
4. Klein I, Levey GS. New perspectives on thyroid hormone, catecholamines, and the heart. *Am J Med* 1984;76:167-72.
5. Jones TH, Hunter SM, Price A, Angelini GD. Should thyroid function be assessed before cardiopulmonary bypass operations? *Ann Thorac Surg* 1994;58:434-6.
6. Gomberg-Maitland M, Frishman WH. Thyroid hormone and cardiovascular disease. *Am Heart J* 1998;135(2 Pt 1): 187-96.
7. Abboud B, Sleilaty G, Asmar B, Jebara V. Interventions in heart and thyroid surgery: can they be safely combined? *Eur J Cardiothorac Surg* 2003;24:712-5.
8. Matsuyama K, Ueda Y, Ogino H, Sugita T, Nishizawa J, Matsubayashi K, et al. Combined cardiac surgery and total thyroidectomy: a case report. *Jpn Circ J* 1999;63:1004-6.
9. Wolfhard U, Krause U, Walz MK, Lederbogen S. Combined interventions in heart and thyroid surgery-an example of interdisciplinary cooperation. *Chirurg* 1994;65:1107-10. [Abstract]
10. Ladenson PW. Recognition and management of cardiovascular disease related to thyroid dysfunction. *Am J Med* 1990; 88:638-41.