

Primer biliyer sirozda koroner arter bypass cerrahisi: Olgu sunumu

Coronary artery bypass surgery in primary biliary cirrhosis: a case report

Gökçe Şirin, Hakan Bingöl, Tankut Akay, Hikmet İyem, Vedat Yıldırım,¹ Harun Tatar

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı,

¹Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

Primer biliyer sirozlu (PBS) olgularda koroner arter bypass cerrahisi çok sıklıkla uygulanmamaktadır. Bu hastaların klinik sonuçları ile ilgili bilgilerin çoğu yayınlanmış küçük çalışmalardan elde edilmektedir. Bu yazımızda 66 yaşında koroner arter hastalığı ve PBS birlikteliği bulunan bayan hastada koroner bypass ameliyatı deneyimimizi sunduk. Bu hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon oranı sık olmasına rağmen hafif ve orta dereceli sirozlu olgularda kardiyopulmoner bypass ile koroner bypass ameliyatı, bypass ve kross-klemp zamanı kısa tutulursa güvenli şekilde gerçekleştirilebilir.

Anahtar sözcükler: Koroner arter hastalığı; koroner arter bypass; biliyer karaciğer sirozu.

Coronary artery bypass surgery is not frequent in cases with primary biliary cirrhosis (PBC). Limited data about the clinical course and prognosis of these patients is obtained from small series. In this short report, we present our coronary bypass surgery experience about a 66-year-old female patient with PBC associated with coronary artery occlusive disease. Although postoperative morbidity rate is expected to be high, we believe that coronary bypass surgery with cardiopulmonary bypass can be performed safely in patients with mild and moderate degrees of PBC, if cardiopulmonary bypass and aortic cross clamp times are not prolonged.

Key words: Coronary artery disease; coronary artery bypass; liver cirrhosis, biliary.

Karaciğer sirozlu olgularda koroner bypass cerrahisi çok sık uygulanmamaktadır. Kardiyopulmoner bypass (KPB) kullanılarak yapılan elektif kardiyak ameliyatlara orta ve şiddetli sirozlu hastalarda kontrendike olduğu kabul edilmektedir. Bu hastaların klinik sonuçları ile ilgili çok fazla bilgi bulunmamaktadır ve bu bilgilerin çoğu yayınlanmış birkaç küçük çalışmadan elde edilmektedir.^[1-4] Kardiyak cerrahi açısından baktığımızda, bu hastalarda ameliyat sonrası morbidite ve mortalite oranları önemli derecede yüksektir.^[1,3,4]

Minimal klinik bulguları olan hastalar KPB'yi tolere edebilir fakat ileri karaciğer sirozlu olgularda kardiyak cerrahi önerilmemektedir. Primer biliyer siroz (PBS) ve koroner arter hastalığı (KAH) birlikteliği nadir görülmektedir. Primer biliyer siroz, etyolojisi iyi bilinmeyen fakat hastalığın gelişmesinde otoimmünitenin önemli rol oynadığı safra yollarının harabiyeti ile karakterize bir hastalıktır. Bu yazımızda, PBS ve KAH birlikteliği bulunan ve koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatı uygulanan bir olgu bildirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık beş yıldır PBS (Child Class A) tanısı ile takip edilen 66 yaşında kadın hasta ikidamar koroner arter hastalığı nedeniyle ameliyat için kliniğimize kabul edildi. Yaklaşık bir yıldır hipertansiyonu, (140/90 mmHg) vardı ve medikal tedavi ile kontrol altında idi. Hasta PBS için ursodeoksikolik asit (UDKA), 300 mg/gün kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde, patolojik bir bulgu saptanmadı. Elektrokardiyografide sinüs bradikardisi (52/dk) ve DIII'te ST elevasyonu vardı. Akciğer grafisinde kalp-göğüs oranı %50'den büyüktü, aort elonge ve aort topuzu belirgindi. Ekokardiyografik incelemede, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %60 olarak ölçüldü ve birinci derece aort, mitral yetersizlik saptandı. Laboratuvar incelemelerinde üre 55, kreatinin 1.5 mg/dl idi. Karaciğer enzimlerinden, SGOT 26 U/L SGPT 27 U/L idi. Diğer laboratuvar bulgularında bir özellik saptanmadı. Koroner anjiyografisinde, sol ön inen arterde (LAD) birinci diyagonal dal sonrası %80, sağ koroner arter (RCA) proksimalinde ise %90 darlık

saptandı. Ameliyat öncesi, PBS bulunması nedeniyle hasta gastroenteroloji kliniği ile konsülte edildi.

Genel anestezi altında median sternotomiye takiben sol internal torasik arter (İTA) hazırlandı. Anestezik madde olarak isofluran, fentanil ve sisatrakurium besilat kullanıldı. Sistemik heparinizasyon ve "two-stage" kanülasyonu takiben koroner bypass ameliyatı KPB altında gerçekleştirildi. Sol İTA sol ön inen koroner arter için, safen ven ise sağ koroner arter için greft olarak kullanıldı. Kross-klemp süresi 31 dakika, toplam bypass süresi ise 43 dakika olarak gerçekleşti.

Hasta ameliyat sonrası sekizinci saatte ekstübe edildi. Oral beslenmeye başlanması ile birlikte UDKA tedavisine devam edildi. Karaciğer enzimleri sık aralıklarla takip edildi. Ameliyat sonrası birinci gün SGOT enziminde ameliyat öncesine göre artış saptandı (26 U/L'ye karşılık 89 U/L). Bu artış aynı gün normal değerine indi ve KPB'ye bağlı olduğu düşünüldü. Karaciğer enzim takipleri normal sınırlar içinde seyretti. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta ameliyat sonrası yedinci gün taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı. Rutin biyokimya incelemelerinde karaciğer enzimlerinin normal olduğu izlendi.

TARTIŞMA

Kardiyak cerrahiye verilen çok az sayıda sirozlu hasta olduğundan cerrahi müdahale için gerekli endikasyonlar halen netleştirilememiştir. Bu hastaların kardiyak ameliyatlardan sonraki klinik sonuçları az sayıda çalışma tarafından ele alınmıştır. Bu klinik çalışmalar arasındaki ortak görüş birliği orta dereceli sirozlu hastaların (Child-Pugh, class A) kardiyak cerrahiye tolere edeceği yönündedir.^[1-4]

Kardiyopulmoner bypass kullanılarak yapılan elektif kardiyak ameliyatların orta ve şiddetli sirozlu hastalarda kontrendike olduğu kabul edilmektedir. Kardiyopulmoner bypass kullanılmaması ve dolayısıyla yan etkilerinin ortaya çıkmaması bu hastalarda avantaj sağlayabilir ve cerrahi revaskülarizasyon gerektiren orta ve şiddetli sirozlu olgularda çalışan kalpte KAB ameliyatı alternatif bir tedavi stratejisidir.^[3,4] Kaplan ve ark.^[4] çalışan kalpte veya kısa KPB süreli kalp cerrahisinin sirozlu olgularda iyi sonuçlarla uygulanabileceğini göstermişlerdir. Biz hastamızı KPB altında ameliyat ettik ve ameliyat sonrası dönemde erken veya geç komplikasyon ile karşılaşmadık. Bu sonucun elde edilmesinde kısa ameliyat süresinin katkısı olduğu kanısındayız.

Bu olgularda KPB sonrası görülen morbidite ve mortalite oranları önemli derecede yüksektir. Çalışan kalpte ameliyat edilen olgularda majör komplikasyon oranları

%33-39 oranında görülmektedir.^[1,3] Fakat KPB altında bu oran %100'e ulaşabilmektedir.^[3] Mortalite oranları ise class A, B ve C için sırasıyla %0-8, %41-80 ve %100 olarak bildirilmektedir.^[1,3-5]

Daha önce yayınlanmış makaleler ile bizim olgumuzun demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, hastalığın şiddeti ve laboratuvar bulguları) karşılaştırdığımızda farklılık saptamadık.^[1,3,4] Bize göre tek farklılık, karaciğer sirozunun nedeniydi, bizim olgumuzda etyoloji PBS idi. Yayınlanmış makalelerin çoğunda etyoloji birbirine benzemektedir ve hepatit B virüs enfeksiyonu ve alkolik siroz en önemli etkenler olarak gösterilmektedir.^[1,3,5]

Hastanın karaciğer enzimleri ve bilirubin düzeyleri ameliyat sonrası dönemde sık aralıklarla takip edildi. Gerek karaciğer enzimleri gerekse kan bilirubin düzeyleri normal sınırlar içinde seyretti. Hastamız ameliyat öncesi UDKA kullanmaktaydı ve ameliyattan sonra oral alımı takiben UDKA tedavisine devam edildi. Hastanın oral alımının başlamasıyla birlikte UDKA tedavisinin eklenmesi ve hepatotoksik olmayan bir anestezik maddenin kullanılmasının bu değerlerin normal sınırlar içinde tutulmasına katkı sağladığını düşünüyoruz. Fakat, Suman ve ark.^[5] 43 hastada elde ettikleri bilgilere dayanarak enfluran, isofluran, fentanil, midazolam, morfin ve sufentanil tedavisi ile hepatik dekompanseasyon ve mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır.

Karaciğer sirozlu hasta nüfusunda KPB riskli gibi gözükse de, minimal klinik bulguları olan olgular (Child class A), KPB'yi tolere edebilirler. Koroner arter hastalığı ile birlikte karaciğer sirozu bulunan olgularda, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastanın klinisyeni ile gastroenterolog ve anesteziyologun oluşan bir ekibin uyumlu çalışması sonucu KAB ameliyatlarının güvenli olarak yapılacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Lin CH, Lin FY, Wang SS, Yu HY, Hsu RB. Cardiac surgery in patients with liver cirrhosis. *Ann Thorac Surg* 2005; 79:1551-4.
2. Hayashida N, Aoyagi S. Cardiac operations in cirrhotic patients. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2004;10:140-7.
3. Hayashida N, Shoujima T, Teshima H, Yokokura Y, Takagi K, Tomoeda H, et al. Clinical outcome after cardiac operations in patients with cirrhosis. *Ann Thorac Surg* 2004;77:500-5.
4. Kaplan M, Cimen S, Kut MS, Demirtas MM. Cardiac operations for patients with chronic liver disease. *Heart Surg Forum* 2002;5:60-5.
5. Suman A, Barnes DS, Zein NN, Levinthal GN, Connor JT, Carey WD. Predicting outcome after cardiac surgery in patients with cirrhosis: a comparison of Child-Pugh and MELD scores. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:719-23.