

Endarterektomi yapmak gerekli ise hangi tekniği kullanmak daha avantajlı?

If endarterectomy is necessary then which technique should be used?

Denyan Mansuroğlu, İsmail Cihan Özbek, Kenan Sever

Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sayın Editör,

Derginizde Ekim 2011 yılı 4. sayıda Gücü ve ark.^[1] nasıl yapılır kategorisindeki “Multisegmental sol ön inen koroner arter hastalığında yeni bir köprü baypas yöntemi” başlıklı yazılarını ilgiyle okudum.

Difüz sol ön inen arter (LAD) lezyonlarında koroner revaskülarizasyon, gerçekten cerrahi zor durumda bırakan ve erken dönemde hastanın hayatını, uzun dönemde ise anastomoz açıklığına tehlikeye sokan bir durumdur. Özellikle koroner stentlemelerin çok daha sıklıkla yapıldığı bu dönemde, kompleks koroner endarterektomilerin daha sık karşımıza çıkmaya başladığını düşünüyorum. Yazarların bahsettiği gibi, daha efektif bir revaskülarizasyonu yapmak için birçok seçenek vardır. Kapalı endarterektomi, açık endarterektomi veya jump anastomoz teknikleri kullanılabilir.^[2-5] Açık endarterektomi uygun şekilde yapıldıktan sonra arteriyotomi klasik olarak direkt internal meme arter (İMA) grefti ya da safen ven parçası veya radial arter parçası yayılarak kapatılabilir.^[2,3] Sonrasında İMA grefti yama üzerine uç yan şekilde anastomoz edilir. Bu işlemde çoğu zaman nativ arter ile İMA çap uyumsuzluğu görülmez. Eğer arteriyotomi safen yama ile kapatılacak ve geniş safen ven kullanılacak ise safen ven longitudinal açıldıktan sonra yarıya bölünerek kullanılmalıdır. Böylece anevrizmatik şişlik (bulging) sonucunda daha geniş trombojenik bir alan ve durağan bir akımdan kurtulmuş olunur. Böylece anastomoz ömrü uzatılmış olacaktır. Belki de Tandoğan ve ark.^[5] tanımladıkları gibi yamanın arteriyel konması

daha güven verici olacaktır. Kapalı endarterektomi yapıp plak inkomplet çıkarıldığında, LAD daha distalde farklı bir yerden yeniden açılıp endarterektomi tamamlanmalıdır. Bu durumda proksimal arteriyotomiye safen ven uç yan, distale ise İMA anastomoz edilir. İkinci bir alternatif yöntemde ise proksimal arteriyotomiye İMA uç yan anastomoz edilip, distal arteriyotomi küçük bir safen parçası ile yamaplasti yapılarak işlem tamamlanır. Her iki durumda da İMA direkt kullanıldığından erken ve geç dönemde greft açıklığı artırılmış olacaktır. Üçüncü teknik ise proksimal ve distal arteriyotomi arasına uç yan kısa bir safen parçası konularak üzerine İMA greftinin uç yan anastomoz edilmesidir. En son olarak da hiç endarterektomi yapmadan çoklu ardışık (sequential) veya atlayan (jump) anastomoz yapılarak sorunun çözülmesidir.

Gücü ve ark.^[1] bu işlemi yeni bir teknik olarak tanımlamışlardır. Oysa bu teknik farklı cerrahlar tarafından birçok kereler kullanılmıştır. Tezcaner ve ark.^[2] 1998 yılında yayınladıkları bir yazıda; 1992-1998 yılları arasında 214 olguluk çalışmalarında üç olguya aynı teknikle revaskülarizasyon yaptıklarını ifade etmişlerdir. Buradaki sıkıntı proksimal ve distal segment arasına konan safen ven greftinin uzun dönem açıklık oranının tartışmalı olmasıdır. Çünkü safen venin tübüler kullanılması uzun dönemde safen ven hastalığının gelişmesi sonucunda üstüne anastomoz edilen İMA greftini tehlikeye sokacaktır. Bunun yerine LAD arterin iki yerden açılması gerektiği durumlarda proksimalde safen, distalde ise İMA greftinin kullanılmasının greft açıklığını uzun dönemde garanti altına alacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Gücü A, Türk T, Beşir Y, Bozkurt ÖT, Rodoplu O, Tetik Ö. A New Bridge bypass technique for multisegmental left anterior descending coronary artery disease. Turk Gogus Kalp Dama 2011;19:682-5.
2. Tezcaner T, Yorgancıoğlu C, Çatav Z, Moldibi O, Tokmakoğlu H, Süzer K, et al. Kompleks koroner revaskülarizasyon: Endarterektomi, patch plasti ve jump bypass. Turk Gogus Kalp Dama 1998;6:379-90.
3. Sezer H, Kuzgun A, Akel S, Öztürk C, Kuzucan S, Sezer S. Kompleks LAD lezyonlarında cerrahi seçenek ve sonuçları. Turk Gogus Kalp Dama 1999;7:36-41.



Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2012.193
QR (Quick Response) Code

Yazışma adresi: Dr. Denyan Mansuroğlu, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 34245 Gaziosmanpaşa, İstanbul, Türkiye.
Tel: 0212 - 615 38 38 e-posta: ozbekmd@gmail.com

4. Erdil N, Tamim M, Çetin L, Demirkılıç U, Şener E, Tatar H. Diffüz koroner arter hastalığında sol inen artere genişletilmiş endarterektomi ve internal mammaryan arter bypass: Erken dönem anjiyografik sonuçlar. Turk Gogus Kalp Dama 2000;8:756-9.
5. Tandoğan A, Uygur F, Pya Y, Serçelik A, Yamak B. Diffüz LAD hastalığında radyal arterin tüp greft olarak kullanıldığı "Patchplasty" tekniği. Turk Gogus Kalp Dama 2004;12:126-7.

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Nasıl yapılr kategorisinde yayınladığımız 'Multisegmental sol ön inen koroner arter hastalığında yeni bir köprü baypas yöntemi' başlıklı yazımızla ilgili eleştirileri ilgi ile okudum. Öncelikle katkılar dolayısıyla teşekkür ederim.

Eleştiride proksimal ile distal segment arasına konulan kısa segment safen ven greftinin uzun dönem sonuçlarının tartışmalı olduğu belirtilmiştir. Uyguladığımız ve yayınladığımız yöntem ile ilgili uzun dönem sonuç-

ları elimizde yoktur. Ancak yazımızda da belirttiğimiz gibi, bu yöntemde kullanılan safen ven grefti kısa segmenttir ve bir arteriyel greft ile kanlandırılmaktadır. Sonuç olarak endarterektomi uygulanmadan yapıldığı için endarterektominin neden olabileceği yan etkilerden kaçınılabilmektedir ve arteriyel anastomozun kanlandırdığı alan artmaktadır. Ayrıca erken dönem safen ven greft trombozunun en sık nedeni olan proksimal anastomoz yapılmamaktadır.

Sonuç olarak; bu yazı bir nasıl yapılr kategorisi yazısıdır ve bilindiği üzere multisegmental LAD lezyonlarında başka birçok yöntem kullanılabilmektedir. Biz uyguladığımız bu yöntemin erken dönem sonuçlarında hiçbir hastada majör morbidite ve mortalite yaşamadık. Bu yöntemi seçilmiş multisegmental LAD lezyonlu hastalarda uygulamaya devam ediyoruz. Katkılarından dolayı arkadaşlara teşekkür ediyoruz.

İletişim adresi: Dr. Arif Gücü, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 16260 Yıldırım, Bursa, Türkiye. Tel: 0224 - 220 00 39 e-posta: gucuarif@hotmail.com