

## Pace telleri açık kalp cerrahisi sonrası gerekli midir?

*Are pacing wires necessary after open heart surgery?*

İlker Mataracı, Ferhat Borulu, Tanıl Özer

Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Trabzon, Türkiye

Sayın Editör

Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi'nde yayımlanmış; Hanedan ve ark.<sup>[1]</sup> tarafından yazılmış 'İzole koroner arter baypas graft cerrahisi sonrası geçici pace telleri gerekli midir?' başlıklı yazıyı büyük bir ilgi ile okuduk. Bu makalede yazarların amacı hangi hastaların pace gereksinimi olacağını önceden tahmin etmek ve bu hastaların karakteristik özelliklerini ortaya koyarak geçici epikardiyal pace teli (GEPT) kullanımını sınırlamaktır. Çalışmada yazarlar diabetes mellitus ve pozitif inotropik ajan kullanımının pace ihtiyacı ile ilişkili olduğunu multivariate analiz ile saptamışlar ve GEPT kullanımının yol açtığı komplikasyonlar da göz önüne alınarak yukarıda belirtilen değişkenlerin olmadığı durumlarda sınırlandırılmasını önermişlerdir. Biz de GEPT kullanımı ile ilgili kendi klinik deneyimlerimizi aktarmak istedik.

Geçici epikardiyal pace teli kullanımı yazarların da belirttiği gibi ventriküler laserasyonlara, safen ven grefti yaralanmalarına ve kardiyak tamponada neden olabilmektedir. Her ne kadar açık kalp cerrahisinde perikardiyal efüzyon sık rastlanan bir komplikasyon olsa da hayatı tehdit edici kardiyak tamponad nadir görülmektedir. Değişik çalışmalarda sıklığı %0.2 ile %1.9 arasında bildirilmiştir.<sup>[2]</sup> Kendi kliniğimizde son bir yıldır eğer ameliyat esnasında ihtiyaç doğmuyorsa kesinlikle GEPT kullanmıyoruz. Bizim uygulamamız sadece koroner arter baypas greftleme (KABG) cerrahisi uygulanan hastaları içermemektedir, ayrıca diğer açık kalp cerrahisi işlemlerinde de GEPT kullanmamaktayız. Eğer ameliyat sonrası pace ihtiyacı doğarsa yoğun bakım ünitesinde geçici trans-venöz pace yerleştirmektediriz.

Bir hastamızda serviste GEPT çekilmesi sonrası hayatı tehdit edici kardiyak tamponad gelişmesi üzerine bu uygulamaya başladık. Hastayı revizyona aldığımızda ventrikül üzerinde, GEPT yerinde kanama odağını gördük ve tamir ettik.

Son bir yılda kliniğimizde 341 hasta ameliyat edildi. Bu hastaların 253'ü (%74.19) izole KABG, 11'i (%3.23) KABG + karotis arter endarterektomi, 16'sı (%4.69) KABG + kapak işlemleri, 33'ü (%9.68) kapak işlemleri, 25'i (%7.33) aort cerrahisi ve üçü (%0.88) konjenital girişimlerdi. Yirmi bir hastaya (%6.16) bradikardi ve asistol nedeniyle GEPT takıldı, diğer hastalara ameliyathanede GEPT takılmadı. İki hastaya (%0.59) ise yoğun bakım ünitesinde transvenöz pace takıldı.

Birçok klinikte rutin olarak bir veya daha fazla GEPT kullanılmaktadır. Literatürde sıklıkla uygulanan bu işlemle ilgili birçok komplikasyon tanımlanmıştır.<sup>[3]</sup> Biz de yazarlar gibi bu komplikasyonlardan korunmak için GEPT kullanımının sınırlandırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### KAYNAKLAR

1. Hanedan MO, Yaşar E, Diken Aİ, Kadiroğulları E, Yalçınkaya A, Mola S ve ark. İzole koroner arter baypas graft cerrahisi sonrası geçici pace telleri gerekli midir? Turk Gogus Kalp Dama 2012;20:488-91.
2. Altıntaş G, Yaşar E, Kadiroğulları E, Hanedan MO, Diken Aİ, Çiçek ÖF ve ark. Kardiyak cerrahi sonrası semptomatik perikardiyal efüzyonlu hastalarda iki cerrahi tekniğin karşılaştırılması: subksifoid açık perikardiyal drenaj ve yan torakotomi. Turk Gogus Kalp Dama 2014;22:29-34.
3. Del Nido P, Goldman BS. Temporary epicardial pacing after open heart surgery: complications and prevention. J Card Surg 1989;4:99-103.

