

Transfemoral girişimin uygun olmadığı TAVI uygulamalarında en iyi girişim yolu neresi olmalıdır?

Which one is the best access when the transfemoral way is not a suitable access for TAVI patients?

İhsan Sami Uyar,¹ İlker Gül,² Faik Fevzi Okur¹

Şifa Üniversitesi, ¹Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, ²Kardiyoloji Kliniği, Anabilim Dalı, Türkiye

Sayın Editör,

Derginizin Nisan 2014 sayısında İşbir ve ark.^[1] tarafından bildirilen “Direkt Aortik Transkateter Aort Kapağı İmplantasyonu” başlıklı olgu sunumunu ilgiyle okuduk. İşbir ve ark.nı bu güzel olgu sunumu nedeniyle tebrik ederiz. Kurumumuz kalp takımı tarafından şu ana kadar dört hastaya greft olmaksızın direkt transaortik (TAo) yöntemle kalp kapağı implantasyonu gerçekleştirilmiştir. Literatür taramasından elde ettiğimiz bilgi doğrultusunda olgularımız ülkemizdeki greft dikilmeksizin, direkt çıkan aort yoluyla transkateter aort kapak implantasyonu (TAVI) uygulanan ilk olgular arasındadır. Biz de transaortik yöntemle kalp kapağı implantasyonu ile ilgili kendi klinik deneyimlerimizi bu vesile ile paylaşmak istedik.

Son yıllarda bütün dünyada TAVI yöntemi ile aortik biyoprotez kapak implantasyonu uygulamalarının sıklığı gittikçe artmaktadır. Transfemoral (TF) yolun kullanılmadığı iliofemoral çap yetersizliği veya ileri tortuoze gibi durumlarda TAo, transapikal (TA), transsubklaviyan ve transkarotis yöntemleri alternatif olarak önerilmektedir. Kliniğimizde TF yolun kullanılmadığı olgulara rutin olarak TAo işlemi uygulamaktayız ve kontrendikasyon olmadıkça da uygulamaya devam etmeyi düşünmekteyiz. Transaortik yöntemin olası bir komplikasyon durumunda hemen pompaya geçme imkanını tanıması ve TA yöntemin papiller kas ve kordalara zarar verme riskinden dolayı TAo yöntemin tercih sıklığı gittikçe artmaktadır. Özellikle düşük ejeksiyon fraksiyonlu

hastalarda TA yaklaşıma göre tercih edilmesinin daha güvenilir olduğunu belirten yayınlar vardır.^[2,3] Sonuç olarak, TF yolun kullanılmadığı durumlarda mini torakotomi ile TAo yoldan TAVI çok kolay ve konforlu bir şekilde yapılabilir. Şifa Üniversitesi kalp takımı tarafından Haziran 2013 - Mayıs 2014 tarihleri arasında 65 hastanın dördünde TAo-TAVI yöntemi ile aort kapak replasmanı yapılmıştır. Kendi olgularımızın hiçbirinde tüm sternum açılmamış, mini J torakotomi ile kapaklar başarıyla implante edilmiştir. Mini J torakotomi sadece TAVI için açılmış ve ilave bir işlem yapılmamıştır. İlk olgumuzun on iki aylık takipleri dolmuştur. Hastamızın yakınmaları ortadan kalkmış ve TAo-TAVI’den yedi ay sonra sorunsuz olarak prostat ameliyatı uygulanmıştır. Derginizde çıkan olgu sunumunda; “alternatif giriş yolları arasında transapikal yol, ikinci seçenek olarak kullanılmaya başlanmıştır” denilmektedir. Bize göre TAo yol TA’ya göre daha güvenilir ve femoral dışı olgularda tercih edilmesi gereken bir yoldur. Son zamanlarda literatürde bu görüşü destekleyen yayınlar daha fazla öne çıkmaktadır.^[2,3] Değerli okuyucular için vurgulamak istediğimiz ikinci nokta şudur; derginizde sunulan olguda TAo-TAVI için kendiliğinden açılabilen CoreValve (Medtronic, Minneapolis, MN, USA) cihazı kullanıldığı belirtilmiştir. Bu cihaz daha geniş hacimli ve daha uzun bir cihazdır. Transaortik işlem için minimum gerekli olan 6 cm kapak mesafesi nedeniyle TAo her olguya uygun olmayabilir. Kliniğimizde kullandığımız balon ile genişletilen Edwards-Saphien XT (Edwards Lifesciences, Irvine, CA, USA) kapağı ise daha küçük ebatlardadır. Edwards-Saphien XT kapağı bize göre TAo işlemlerde manipülasyon ve aynı eksen üzerinde yönlendirilmesi daha kolay bir cihazdır. Ayrıca en son güncel çalışmalarda (CHOICE) komplikasyon, aort yetersizliği, kalp pili implantasyonu ve toplam komplikasyon oranlarının CoreValve kapağına göre daha düşük olduğu ortaya konmuştur.^[4-6] Söz konusu olan olgu sunumunda tek damar sol ön inen arter bypass ile birlikte TAVI yöntemi uygulandığı belirtilmektedir. Ancak günümüzde tek damar lezyonu bulunan çoğu hastada perkütan anjiyoplasti işlemleri pek çok merkezde başarı ile yapılabilmektedir. Risk skoru yüksek hastalarda sternotomi yapılmadan kapak replasmanı yapılmasının konforunun hasta açısından daha iyi olacağını 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. İsbir S, Birkan Y, Ak K, Elçi E, Kararmaz A. Direkt aortik transkateter aort kapak implantasyonu. Türk Gogus Kalp Dama 2014;22:403-406.
2. Dahle G, Rein KA. Direct aorta ascending approach in transcatheter aortic valve implantation. Innovations (Phila) 2014;9:1-9.
3. Bapat VN, Bruschi G. Transaortic access is the key to success. EuroIntervention 2013;9 Suppl:S25-32.
4. Abdel-Wahab M, Mehili J, Frerker C, Neumann FJ, Kurz T, Tölg R, et al. Comparison of balloon-expandable vs self-expandable valves in patients undergoing transcatheter aortic valve replacement: the CHOICE randomized clinical trial. JAMA 2014;311:1503-14.
5. Schlingloff F, Schäfer U, Frerker C, Schmoeckel M, Bader R. Transcatheter aortic valve implantation of a second-generation valve for pure aortic regurgitation: procedural outcome, haemodynamic data and follow-up. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2014;19:388-93.
6. Gül M, Yıldırım A, Uslu N, Eksik A, Erol MK, Uyarel H ve ark. Edwards SAPIEN ve CoreValve cihazlar ile transkateter aort kapak implantasyonu sonuçları: Türkiye'den tek merkezli deneyim. Türk Gogus Kalp Dama 2012;20:434-41.

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Uyar ve ark.nın “Direkt Aortik Kapak Implantasyonu” çalışmamıza istinaden yapmış oldukları geribildirim çok teşekkür ederiz. Kendileri direkt

aortik kapak implantasyonunda mini “J” sternotomisinin önemini belirtmektedirler.

Mini “J” sternotomi artık tüm dünyada, izole aort kapak replasmanı (AKR) ameliyatlarında neredeyse rutin olarak kullanılan ve bizim de gene izole AKR’lerde sıklıkla kullandığımız bir tekniktir. Ancak bu yazıda AKR ile beraber sol ön inen arterde bifurkasyon lezyonu olan bir olgu sunulmuş ve eş zamanlı sol ön inen arter lezyonuna sol internal torasik arter ile baypas yapılmıştır. Alternatif olarak sol ön inen arter lezyonuna perkütan girişim yapılabilir miydi sorusuna cevaben bu lezyon için girişimsel yöntemin iyi bir seçenek olmadığı düşünüldüğünden denenmemiştir. Kliniğimizde bu olgudan sonra yapmış olduğumuz ve periferik arter hastalığı nedeni ile trans-femoral yolun uygun olmadığı diğer hastada ise mini “J” sternotomi tekniği uygulanmıştır.

Uyar ve ark. tarafından belirtildiği üzere transkateter kapak replasmanı olgularında ilk seçenek trans-femoral yol olarak kabul edilmektedir. Bu yolun uygun olmadığı olgularda ise TAO yol ile transapikal (TA) yol arasında tercih yapılması gerektiğinde, TAO yol, özellikle dilate kalp ve solunum fonksiyonu bozuk olan hastalarda TA yola tercih edilmelidir.

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.

Tüm yazarlar adına,

İletişim adresi: Dr. Selim İsbir. Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 34865 Üst Kaynarca, Pendik, İstanbul, Türkiye.

Tel: 0216 - 625 46 00 e-posta: selim.isbir@marmara.edu.tr