

**Koroner baypas greftlemesi yapılacak karotis arter darlıklı hastalarda darlık derecesi ve cerrahi zamanlamanın inme ve mortaliteye etkisi: Retrospektif çalışma**

*The effect of degree of stenosis and surgical timing on stroke and mortality in patients with carotid artery stenosis who are undergoing coronary bypass grafting: retrospective study*

**Halim Ulugöl, Fevzi Toraman**

Acıbadem Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Derginin 2015 yılı 3. sayısında yayınlanan ‘Koroner baypas cerrahisi greftlemesi yapılacak karotis darlıklı hastada darlık derecesi ve cerrahi zamanlamanın inme ve mortaliteye etkisi: Retrospektif çalışma’<sup>[1]</sup> adlı makaleyi ilgi ve heyecanla okuduk. Geniş bir olgu serisinden oluşan çalışmanın bu konu ile ilgilenen klinisyenlere fikir vereceği aşikârdır ve yazarları bu nedenle tebrik ediyoruz. Ancak çalışma metodolojik olarak incelendiğinde eksikliklerin olduğunu ve tartışılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bunları aşağıda özetlemeye çalıştık;

Çalışmada bulgular kısmında grup 1 (hafif darlık  $\leq$ %50) ve grup 2 (orta darlık %50-70) hastalarda ameliyat sonrası inme sonuçları verilmiştir. Ancak önceden bildiğimiz literatür bilgilerine göre<sup>[2-4]</sup> %70’in altındaki karotis darlıkları asemptomatik olabilmekte ve beynin fizyolojik kan akımında anlamlı değişikliğe yol açmayabilmektedir. Bundan dolayı bu hasta gruplarında koroner arter baypas greft (KABG) sonrası oluşan inmenin nedeni karotis lezyonundan çok ameliyat sırası hemodinamik instabilitedir. Ancak çalışmada ameliyat sırası hemodinamik veriler verilmediği için bu konuda sağlıklı yorum yapmanın çok doğru olamayacağı kanısındayız.

Diğer önemli konu ise klinisyenler için en önemli grup olan öncelikli KABG yapılan (grup 3 %70-99) hastaların karotis endarterektomi (KEA) sonrası sonuçlarının verilmemiş olmasıdır. Çünkü yazının başlığında

da ifade edildiği gibi cerrahi zamanlamanın belirlenmesi açısından bunun tartışılması gerektiği, aksi takdirde başlığın değişmesi gerektiği kanısındayız.

Son olarak makalenin giriş kısmında da belirtildiği gibi KABG ve KEA cerrahisi sonrası görülen inmenin tek nedeni karotis lezyonları değildir.<sup>[5-8]</sup> Karotis darlığı olan hastalarda eşzamanlı aortik kalsifik plaklar bulunabilir ve KABG sırasında aortik kros-klemp uygulaması sırasında bu kalsifik plaklar inme nedeni olabilir. Bizim daha önce yapmış olduğumuz ve izole koroner baypas olacak 3248 hastanın değerlendirildiği çalışmamızda<sup>[7]</sup> ameliyat sonrası inme insidansı %0.9 olup, çok değişkenli analizde bağımsız risk faktörü olarak periferik arteriyal hastalığı (OR: 3.1, %95 GA 1.1-8.5, p=0.02) bulduk. Bu nedenle aortik kalsifikasyonların çok önemli risk faktörü olduğu kanısındayız. Elektif izole koroner baypas olacak 3842 hastanın değerlendirildiği başka bir çalışmamızda,<sup>[8]</sup> yaygın aortik plak varlığında (n=32), eş zamanlı çıkan aort replasmanının yapılmasının uzun dönem sonuçlarının (69 ay) güvenli olduğunu tespit ettik. Bizim bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda, yazarların karotis darlığı ve cerrahi zamanlama başlıklı çalışmalarının klinisyene sağlıklı bilgi aktarımında bulunabilmesi için hastalarının periferik arter hastalıklarını çok iyi değerlendirmeleri gerektiği kanısındayız.

Aortik bu plakların ameliyat sırası dönemde bilgisayarlı tomografi, epikardiyal ultrasonografi veya cerrahin aortu palpasyonu ile tespiti mümkün olabilir. Ancak çalışmada, hastaların aorttaki kalsifik plak durumu değerlendirmeye alınmamış görünmektedir. Aortik kalsifikasyonların değerlendirmeye alınmadığı KABG ameliyatlarında, özellikle karotis darlık oranı  $<$ %70 olan hasta gruplarındaki nörolojik kötü sonuçların tartışılmasının çok sağlıklı olamayacağı kanısındayız. Bu nedenle yazarların retrospektif bu çalışmaları için, mevcut dökümlerinden (database) bu eksiklikleri de tamamlayarak bilgilerini klinisyenlerle paylaşmalarının çok faydalı 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. Vural Ü, Kızılay M, Balcı AY, Aslan Z, Elbir F. Koroner baypas greftlemesi yapılacak karotis arter darlıklı hastalarda darlık derecesi ve cerrahi zamanlamanın inme ve mortaliteye etkisi: Retrospektif çalışma. *Türk Gogus Kalp Dama* 2015;23:478-84.
2. Li Y, Walicki D, Mathiesen C, Jenny D, Li Q, Isayev Y, et al. Strokes after cardiac surgery and relationship to carotid stenosis. *Arch Neurol* 2009;66:1091-6.
3. Naylor AR, Mehta Z, Rothwell PM, Bell PR. Carotid artery disease and stroke during coronary artery bypass: a critical review of the literature. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002;23:283-94.
4. Mahmoudi M, Hill PC, Xue Z, Torguson R, Ali G, Boyce SW, et al. Patients with severe asymptomatic carotid artery stenosis do not have a higher risk of stroke and mortality after coronary artery bypass surgery. *Stroke* 2011;42:2801-5.
5. Mérie C, Køber L, Olsen PS, Andersson C, Jensen JS, Torp-Pedersen C. Risk of stroke after coronary artery bypass grafting: effect of age and comorbidities. *Stroke* 2012;43:38-43.
6. Likosky DS, Marrin CA, Caplan LR, Baribeau YR, Morton JR, Weintraub RM, et al. Determination of etiologic mechanisms of strokes secondary to coronary artery bypass graft surgery. *Stroke* 2003;34:2830-4.
7. Senay S, Toraman F, Akgün Y, Aydın E, Karabulut H, Alhan C, et al. Stroke after coronary bypass surgery is mainly related to diffuse atherosclerotic disease. *Heart Surg Forum* 2011;14:E366-72.
8. Gullu AU, Okten EM, Akay MH, Senay S, Kocyigit M, Toraman F, et al. Replacement of the ascending aorta for severe atherosclerosis during coronary artery bypass surgery. *J Card Surg* 2012;27:538-42.

**Bu editöre mektubun yanıtı 188. sayfada bir sonraki editöre mektupta verilmiştir.**